

Revisão Rápida



Políticas e programas de promoção da saúde em países com sistemas públicos universais de saúde

Quais são os países (exceto Brasil) com Sistemas Públicos Universais de Saúde que possuem políticas e programas de promoção da saúde, e quais são suas características?

3 de janeiro de 2023

Preparada para:

Departamento de Promoção da Saúde
(DEPROS/SAPS/MS), Brasília, DF

Preparada por:

Fiocruz Brasília, Brasília, DF
Instituto de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP

Elaboração:

Fernando Meirinho Domene, Jessica De Lucca
Da Silva, Tereza Setsuko Toma.

Coordenação: Jorge Otávio Maia Barreto

Sumário

1. Contexto.....	3
2. Pergunta de pesquisa.....	4
3. Métodos.....	4
3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	4
3.2 Bases de dados e estratégias de busca.....	4
3.3 Atalhos para a revisão rápida.....	4
3.4 Extração e análise dos dados.....	5
4. Evidências.....	5
5. Síntese dos resultados.....	6
5.1. Evidências de estudos publicados.....	6
5.1.1. Programa de promoção da alimentação saudável.....	12
5.1.2. Programas de promoção da atividade física.....	13
5.1.3. Programas de doenças crônicas não transmissíveis.....	15
5.1.4. Programas de promoção de estilo de vida saudável.....	18
5.1.5. Programas de promoção da saúde.....	21
5.1.6. Programas de promoção da saúde bucal.....	25
5.1.7. Programas de promoção da saúde da criança e da mulher.....	27
5.1.8. Programa de promoção da saúde do homem.....	28
5.1.9. Programas de promoção de saúde do idoso.....	29
5.1.10. Programas de promoção da saúde escolar.....	30
5.1.11. Programas de promoção da saúde mental.....	33
5.1.12. Programas de promoção da saúde ocular.....	35
5.1.13. Programas de promoção da saúde sexual e prevenção de HIV.....	36
5.1.14. Programas de controle do tabagismo.....	37
5.2 Informações de sites governamentais.....	39
6. Considerações finais.....	47
7. Referências.....	49



Resumo executivo

Contexto

A Promoção de Saúde engloba “um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social”. Políticas de saúde são essenciais para responder às necessidades de saúde da população, porém sua implementação em nível local pode ser dificultada por diversos tipos de entraves. Informações sobre como países com sistemas de saúde públicos e/ou universais caracterizam e operacionalizam políticas nacionais de promoção da saúde podem ser de grande valia para tomadores de decisão no contexto brasileiro.

Pergunta

Quais são os países com sistemas públicos e universais de saúde, exceto Brasil, que possuem políticas e programas de promoção da saúde e quais são suas características?

Métodos

Realizou-se uma revisão rápida com base em protocolo de pesquisa previamente definido. A busca de estudos foi realizada em outubro de 2022 na base de dados PubMed e sites governamentais.

Resultados

Dentre 1.235 registros recuperados da base de dados, 53 foram selecionados. Os dados extraídos apresentam informações sobre programas e políticas de promoção da saúde da África do Sul, Arábia Saudita, Austrália, Botsuana, Canadá, Cuba, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Irlanda, Islândia, Malta, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido, San Marino, Sri Lanka, Suécia.

Esses estudos abordam os seguintes temas: Doenças crônicas não transmissíveis (n=9), Estilo de vida (n=7), Atividade física (n=6), Promoção da saúde e prevenção de doenças (n=5), Saúde mental (n=5), Saúde da criança e da mulher (n=4), Saúde escolar (n=4), Tabagismo (n=3), Saúde bucal (n=3), Saúde do idoso (n=2), Saúde sexual e HIV (n=2), Alimentação saudável (n=1), Saúde ocular (n=1), Saúde do homem (n=1).

Dados adicionais foram obtidos em sites governamentais de Bahrein, Brunei, Butão, Geórgia, Grécia, Itália, Kuwait, Malásia, Maldivas, Omã, Taiwan, Trindade e Tobago e Ucrânia.

Considerações finais

Os estudos revelam a importância de se realizar monitoramento e avaliação de políticas e programas para conhecer o processo de implementação em diferentes contextos, o alcance em termos da população-alvo, o impacto sobre indicadores de saúde, além da percepção de profissionais de saúde e usuários. Tal conhecimento é fundamental para se decidir sobre a expansão ou necessidade de ajustes dos programas de saúde.

1. Contexto

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa, foi o resultado de um amplo movimento em ascensão de reformulação do conceito de saúde. Em função disso, diversos órgãos internacionais e governos nacionais passaram a incorporar um conceito mais amplo de saúde em suas políticas públicas¹.

No Brasil, com a aprovação da Lei 8.080/1990, que regula as ações e serviços de saúde em todo o território nacional, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado. Em consonância com esse movimento de ampliação do conceito, a saúde passou a ser compreendida também como efeito do modo de vida, da organização e da produção de um certo contexto histórico, social e cultural².

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006³, tem a finalidade de regulamentar e organizar ações e serviços de saúde dentro do desenho institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNPS foi atualizada na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, com o objetivo de “Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais”³.

Segundo a Portaria de Consolidação nº2, a promoção de saúde engloba “um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais”³.

A existência de políticas de saúde é essencial para o alcance das necessidades da população, no entanto, inúmeros entraves podem dificultar ou inviabilizar sua operacionalização no nível local. A divisão institucionalizada entre aqueles que formulam e os que implementam uma política são reconhecidas de longa data, sendo incentivado o diálogo entre todas as partes interessadas no problema. Além disso, o monitoramento e a avaliação são considerados momentos importantes para verificar a abrangência, os desafios e os resultados das políticas de saúde, de modo a subsidiar as ações de tomadores de decisão⁴.

Nesse sentido, informações sobre como os países com sistemas de saúde públicos e/ou universais caracterizam e operacionalizam políticas nacionais de promoção da saúde podem ser de grande valia para tomadores de decisão no contexto brasileiro.

2. Pergunta de pesquisa

Quais são os países, exceto Brasil, com sistemas públicos universais de saúde que possuem políticas e programas de promoção da saúde e quais são suas características?

Quadro 1. Acrônimo PCC de acordo com a pergunta de interesse.

P Problema	Necessidade de conhecer políticas ou programas de promoção da saúde
C Conceito	Abrangência e características das ações de promoção de saúde
C Contexto	Países com sistema público universal de saúde

3. Métodos

Um protocolo de pesquisa foi elaborado previamente e submetido ao Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS).

3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos estudos e informações governamentais, disponíveis em inglês, português e espanhol, sobre políticas e programas nacionais de promoção de saúde em países com sistema de saúde público universal, exceto Brasil. Nessa categoria, incluem-se os seguintes países, onde os cuidados de saúde financiados pelo governo estão disponíveis para todos os cidadãos, independentemente de sua renda ou situação de emprego: Austrália, Bahrein, Butão, Botsuana, Brunei, Canadá, Cuba, Dinamarca, Finlândia, Geórgia, Grécia, Islândia, Irlanda, Itália, Kuwait, Malásia, Maldivas, Malta, Nova Zelândia, Coreia do Norte, Noruega, Omã, Portugal, San Marino, Arábia Saudita, África do Sul, Espanha, Sri Lanka, Suécia, Taiwan, Trindade e Tobago, Ucrânia, Reino Unido ⁵. Adotou-se o limite de estudos publicados nos últimos dez anos.

3.2 Bases de dados e estratégias de busca

A busca de estudos foi realizada em outubro de 2022 na base de dados PubMed, utilizando os termos MeSH "*health promotion*"; "*primary health care*" e a lista dos países considerados (Apêndice 1). Uma busca adicional foi realizada nos sites governamentais desses países.

3.3 Atalhos para a revisão rápida

Nesta revisão rápida, apenas o processo de seleção de estudos foi realizado duplamente, de modo independente, por meio do gerenciador de referências Rayyan ⁶. Não foi realizada uma avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

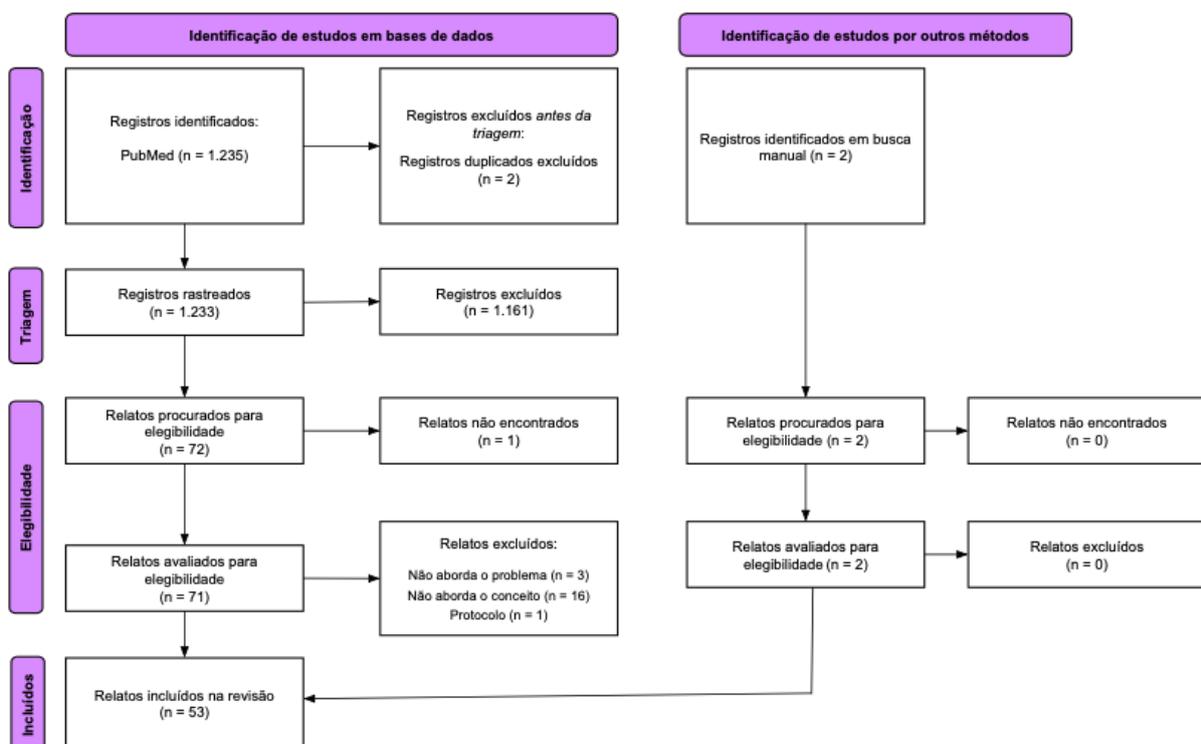
3.4 Extração e análise dos dados

Os seguintes dados foram extraídos em planilha eletrônica: autor e ano, desenho e objetivo do estudo, país, nome da política ou programa de promoção da saúde e suas características, população alvo e conclusão do estudo.

4. Evidências

Dentre 1.235 registros recuperados da base de dados, 1.233 títulos e resumos foram triados após exclusão de duplicatas. Setenta e dois relatos elegíveis, além de dois relatos identificados por busca manual, foram lidos na íntegra. Vinte relatos foram excluídos por não atenderem aos critérios desta revisão rápida e um não foi localizado (Apêndice 2). Portanto, 53 relatos⁷⁻⁵⁹ foram incluídos em síntese narrativa (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de estudos



Fonte: Elaboração própria, adaptada da recomendação PRISMA 2020⁶⁰. Tradução livre dos autores.

5. Síntese dos resultados

Esta revisão rápida apresenta as principais características de políticas e programas de promoção da saúde, extraídas de estudos recuperados na base de dados PubMed ou de sites governamentais.

Informações extraídas dos estudos são descritas para África do Sul, Arábia Saudita, Austrália, Botsuana, Canadá, Cuba, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Irlanda, Islândia, Malta, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido, San Marino, Sri Lanka e Suécia.

Para os seguintes países, as informações foram obtidas somente de sites governamentais: Bahrein, Brunei, Butão, Geórgia, Grécia, Itália, Kuwait, Malásia, Maldivas, Omã, Taiwan, Trindade e Tobago e Ucrânia.

Não foram identificados dados de estudos ou de sites governamentais da Coreia do Norte.

5.1. Evidências de estudos publicados

Os 53 estudos abordam os seguintes temas relacionados a programas e políticas de promoção da saúde: Alimentação saudável (n=1)⁴², Atividade física (n=6)^{22,24,25,31,38,51}, Doenças crônicas não transmissíveis (n=9)^{10,13,29,30,34,40,41,47,51}, Estilo de vida (n=7)^{16,27,40,45,48,57,58}, Promoção da saúde e prevenção de doenças (n=5)^{9,11,23,37,56}, Saúde bucal (n=3)^{44,53,59}, Saúde da criança e da mulher (n=4)^{28,35,39,50}, Saúde do homem (n=1)³², Saúde do idoso (n=2)^{8,15}, Saúde escolar (n=4)^{12,23,46,49}, Saúde mental (n=5)^{7,14,19-21}, Saúde ocular (n=1)⁵⁴, Saúde sexual e HIV (n=2)^{18,26}, Tabagismo (n=3)^{17,33,55}.

Esses estudos referem-se principalmente a programas implementados na Austrália (n=13), Espanha (n=8), Suécia (n=7) e Inglaterra (n=5), seguidos de África do Sul (n=3), Portugal (n=3), Canadá (n=2), Nova Zelândia (n=2), Arábia Saudita, Botsuana, Cuba, Dinamarca, Irlanda, Noruega, Reino Unido, Sri Lanka (n=1 de cada país), Islândia, Malta e San Marino (relatado em um único estudo).

No Quadro 2 são apresentados os programas de promoção de saúde relatados nos estudos selecionados. Informações mais detalhadas estão disponíveis no Apêndice 3.

Quadro 2. Distribuição dos programas conforme o foco, a população-alvo e o país.

Programa	População-alvo	Lançamento ou período de implementação	País	Autor; ano
Alimentação saudável				
<i>EatRight Ontario - ERO</i> (Comer direito)	Indivíduos e mediadores de saúde	2007 a 2018	Canadá	Norman CD et al., 2020 ⁴²
Atividade física				
<i>MOVE Program</i> (Programa MOVE)	Indivíduos que não se sentem à vontade para ir a uma academia ou para iniciar um programa de exercícios por conta própria	2013	Canadá	Klein et al., 2017 ³¹
<i>Physical Activity, Sports, and Health Plan - PAFES</i> (Plano de Atividade Física, Esportes e Saúde)	População adulta (15 a 69 anos) com pelo menos um fator de risco cardiovascular	2008 a 2012	Espanha	Gonzalez-Viana et al., 2018 ²²
<i>Green Prescription</i> (Prescrição Verde)	Geral	2012 a 2013	Nova Zelândia	Hamlin et al., 2016 ²⁵
Programa Nacional de Promoção da Atividade Física – PNPAF	Usuários de serviços de atenção primária	2016	Portugal	Mendes et al., 2020 ³⁸
Programa Nacional de Promoção da Atividade Física – PNPAF	Usuários de serviços de atenção primária	2016	Portugal	Shinn et al., 2020 ⁵²
<i>Swedish Physical Activity on Prescription - SPAP</i> (Programa de Atividade Física Sueca com Prescrição)	Geral	2021	Suécia	Gustavsson et al., 2018 ²⁴
Doenças crônicas não transmissíveis				
<i>Care navigator program</i> (Programa de Navegador de Cuidados)	Famílias marginalizadas com crianças menores de cinco anos com problema crônico de saúde	2017 a 2018	Austrália	Kirby et al., 2021 ³⁰
<i>Health Check</i> (Exame de Saúde)	Adultos entre 30 e 49 anos	2012	Dinamarca	Bjerregaard et al., 2022 ¹³

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

<i>NHS Health Check</i> (Exame de Saúde do NHS)	Idosos	2009	Inglaterra	Baker et al., 2015 ¹⁰
<i>NHS Health Checks</i> (Exame de Saúde do NHS)	Adultos entre 40 e 74 anos, sem doença cardiovascular, hipertensão, diabetes ou doença renal crônica	2009	Inglaterra	Nicholas et al., 2013 ⁴⁰
<i>NHS Health Checks</i> (Exame de Saúde do NHS)	Adultos e idosos (40-74 anos)	2009	Inglaterra	Robson et al., 2017 ⁴⁷
<i>NHS Health Checks</i> (Exame de Saúde do NHS)	Adultos e idosos (40-74 anos)	2009	Inglaterra	Shaw et al., 2015 ⁵¹
<i>Sollentuna Prevention Program - SoPP</i> (Programa de Prevenção de Sollentuna)	Munícipes com um ou mais fatores de risco para doenças cardiovasculares e sem infarto do miocárdio prévio	1988	Suécia	Journath et al., 2020 ²⁹
<i>Västerbotten Intervention Programme - VIP</i> (Programa de Intervenção Västerbotten)	Cidadãos com 40, 50 e 60 anos de idade	1985	Suécia	Lindholm et al., 2018 ³⁴
<i>Västerbotten Intervention Programme - VIP</i> (Programa de Intervenção Västerbotten)	Cidadãos com 40, 50 e 60 anos de idade	1985	Suécia	Norberg et al., 2012 ⁴¹
Estilo de vida				
<i>Healthy Eating Activity and Lifestyle Program - HEALTM</i> (Programa de Alimentação Saudável e Estilo de Vida).	Pessoas em risco ou com obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares	2010	Austrália	Hetherington et al., 2015 ²⁷
<i>Healthy Eating Activity and Lifestyle Program - HEALTM</i> (Programa de Alimentação Saudável e Estilo de Vida)	Comunidades em risco de desenvolver doenças cardiovasculares e diabetes mellitus tipo 2	2010 a 2013	Austrália	Dennis et al., 2015 ¹⁶
<i>Active In-Betweens</i> (Mediadores Ativos)	Pré-adolescentes de comunidades carentes	2018 a 2019	Austrália	Norman J, et al., 2022 ⁴³

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

GGT DPP - <i>Diabetes prevention program</i> (Programa de prevenção do diabetes)	Pessoas com alto risco para diabetes	2004 a 2006	Austrália	Walker et al., 2012 ⁵⁷
<i>Prescribe Vida Saludable</i> (Prescrever Vida Saudável)	Geral	2016 a 2018	Espanha	Rogers et al., 2021 ⁴⁸
<i>Finnish National Diabetes Prevention Program - FIN-D2D</i> (Programa Nacional de Prevenção de Diabetes da Finlândia)	Pessoas com alto risco para diabetes mellitus tipo 2	2004 a 2007	Finlândia	Rautio et al., 2013 ⁴⁵
<i>Pro-Health</i> (Pró-Saúde)	Homens e mulheres de 18 a 79 anos usuários de serviços de atenção primária	2007 a 2008	Suécia	Waller et al., 2016 ⁵⁸
Promoção da saúde				
<i>Re-engineering Primary Health Care - rPHC</i> (Reengenharia de Atenção Primária à Saúde)	Geral	2010	África do Sul	Austin-Evelyn et al., 2017 ⁹
<i>Australian multi-disciplinary primary health care services</i> (Promoção da saúde e prevenção de doenças nos serviços multidisciplinares de saúde primária)	Crianças, jovens em risco ou sob a tutela, gestantes, mulheres refugiadas, pessoas em risco ou com doenças crônicas, pessoas com doença mental, pessoas mais velhas.	2010	Austrália	Baum et al., 2014 ¹¹
Educação e promoção da saúde	Geral	1988	Botsuana	Tapera et al., 2017 ⁵⁶
Atividades comunitárias de promoção da saúde	Geral	2001 a 2008	Espanha	March et al., 2014 ³⁷
<i>Health-promoting community project</i> (Projeto comunitário promotor de saúde)	Geral	Não informado	Islândia	Gualtieri, Antonelli & Romeo 2020 ²³
Saúde bucal				
<i>Early Childhood Oral Health Program - ECOH</i> (Programa de	Crianças	2007	Austrália	Maher et al., 2012 ³⁶

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

Saúde Oral na Primeira Infância)				
<i>Nganampa Health Council Dental Program</i> (Programa Odontológico do Conselho de Saúde de Nganampa)	População aborígine	1986	Austrália	Wooley, 2016 ⁵⁹
Programa vale-odontológico	Idosos, gestantes, crianças e adolescentes, portadores de HIV/Aids e pacientes com câncer bucal	2008	Portugal	Simões et al., 2018 ⁵³
<i>Building Brighter Smiles</i> (Construindo Sorrisos Mais Brilhantes)	Crianças em creches	2007	Reino Unido	Paige & Shahid, 2014 ⁴⁴
Saúde da criança e da mulher				
Programa de Atenção Pré-Natal Básico	Gestantes e crianças	2007	África do Sul	Ngxongo; Sibiyi, 2014 ³⁹
<i>Well-baby clinic - WBC</i> (Serviço de clínica para bebês)	Crianças menores de 5 anos	Não informado	Arábia Saudita	Shati et al., 2021 ⁵⁰
<i>Maternal and Child Health Programs - MCH</i> (Programas e serviços de Saúde Materna e Infantil)	Mulheres aborígines em idade fértil, grávidas ou mães e suas famílias.	Não informado	Austrália	Jongen et al., 2014 ²⁸
<i>Celebrate and Protect</i> (Projeto Celebrar e Proteger)	Crianças	2012	Inglaterra	Lwembe et al., 2016 ³⁵
Saúde do homem				
<i>ENGAGE Program</i>	Homens	2012 a 2015	Irlanda	Lefkowich et al., 2018 ³²
Saúde do idoso				
<i>Examen de Salud para mayores de 65 años - EdS65+</i> (Exame de Saúde para Adultos com mais de 65 anos)	Idosos	2006	Espanha	Conlin et al., 2021 ¹⁵
<i>Advanced Geriatric Nurse - AGN</i>	Idosos	2011	Noruega	Antypas; Kirkevold, 2020 ⁸

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

(Enfermeira Geriátrica Avançada)				
Saúde escolar				
<i>Doctors in secondary schools program</i> (Programa de médicos no ensino médio)	Alunos do ensino médio	2018	Austrália	Reid et al., 2019 ⁴⁶
<i>Students As LifeStyle Activists - SALSA</i> (Estudantes Ativistas do Estilo de Vida)	Adolescentes	2004	Austrália	Shah et al., 2017 ⁴⁹
<i>A whole-school approach to a healthy lifestyle: healthy eating and physical activity</i> (Abordagem escolar para estilo de vida)	Crianças em idade escolar	Não informado	Malta	Gualtieri, Antonelli & Romeo 2020 ²³³
Programas de combate à obesidade	Crianças em idade escolar	Não informado	San Marino	Gualtieri, Antonelli & Romeo 2020 ²³
<i>Healthy School Start - HSS</i> (Começo Escolar Saudável)	Crianças de 6 anos e seus pais	Não informado	Suécia	Bergström et al., 2020 ¹²
<i>Depression in Swedish Adolescents - DISA</i> (Programa de Depressão em Adolescentes Suecos)	Alunos da 8ª série	2012 a 2014	Suécia	Garmy et al., 2019 ²⁰
Saúde mental				
Estratégia Nacional de Intervenção para a Doença de Alzheimer e Síndromes Demenciais	Médicos e famílias	2015	Cuba	Bosch-Bayard et al., 2016 ¹⁴
Programa de Apoio Primário	Pessoas com problemas de saúde mental	2006	Espanha	Gil-Girbau et +al., 2022 ²¹
<i>Mental health policy, strategies, services and programmes</i> (Políticas, estratégias e serviços de Promoção da saúde mental)	LGBTI	Não informado	Nova Zelândia	Adams et al., 2013 ¹⁰

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

Política e programas de saúde mental	Geral	2000	Sri Lanka	Fernando et al., 2017 ¹⁹
Saúde ocular				
Programas de promoção da saúde ocular	Geral	Não informado	África do Sul	Sithole, 2017 ⁵⁴
Saúde sexual e HIV				
<i>Sexual health quality improvement program</i> (Programa de melhoria contínua da qualidade de saúde sexual)	Jovens de comunidades aborígenes	2010 a 2014	Austrália	Hengel et al., 2018 ²⁶
Programa de prevenção e diagnóstico precoce do HIV	Geral, com ênfase em populações vulneráveis	2009	Espanha	Esteban-Vasallo et al., 2014 ¹⁸
Tabagismo				
Programa antitabagismo	Comunidade de áreas remotas	2005	Austrália	Tall et al., 2015 ⁵⁵
Programa de Cessação do Tabagismo	Geral	1994	Espanha	Egüés Olazabal et al., 2019 ¹⁷
Programa de educação para prevenção do tabagismo	Estudantes do ensino médio, 12 a 16 anos	2010 a 2014	Espanha	Leiva et al., 2018 ³³

Fonte: Autores. **Nota:** AGN: *Advanced Geriatric Nurse*; DISA: *Depression in Swedish Adolescents*; ECOH: *Early Childhood Oral Health Program*; EdS65+: *Examen de Salud para mayores de 65 años*; ERO: *EatRight Ontario*; FIN-D2D: *Finnish National Diabetes Prevention Program*; GGT DPP: *Diabetes prevention program*; HEALTHM: *Healthy Eating Activity and Lifestyle Program*; HIV: vírus da imunodeficiência humana; HSS: *Healthy School Start*; LGBTI: lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais; MCH: *Maternal and Child Health Programs*; NHS: *National Health Service*; PAFES: *Physical Activity, Sports, and Health Plan*; PNPAF: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física; rPHC: *Re-engineering Primary Health Care*; SALSA: *Students As LifeStyle Activists*; SoPP: *Sollentuna Prevention Program*; SPAP: *Swedish Physical Activity on Prescription*; VIP: *Västerbotten Intervention Programme*; WBC: *Well-baby clinic*.

5.1.1. Programa de promoção da alimentação saudável

EatRight Ontario (Canadá) foi avaliado quanto ao seu impacto no conhecimento, atitudes e comportamento dos consumidores, utilização, níveis de suporte e satisfação dos mediadores de saúde. Os autores argumentam que, embora o financiamento do governo de Ontário tenha sido retirado em 2018, o legado do programa é um modelo projetado para portabilidade para outras jurisdições (Quadro 3)⁴².

Quadro 3. Principais características do programa de alimentação saudável.

ERO - EatRight Ontario (Canadá)⁴²
<p>O programa foi criado, em Ontário, com o objetivo de fornecer acesso a informações e conselhos nutricionais oportunos e baseados em evidências aos indivíduos e mediadores de saúde.</p> <p>Ele apresentava uma plataforma multimodal que fornecia informações nutricionais baseadas em evidências por meio de telefone gratuito com um nutricionista registrado, serviço de e-mail ou informações de autoatendimento no site interativo.</p> <p>A plataforma multimodal acomodou diferentes públicos que buscavam aconselhamento quando e onde precisavam, usando sua mídia e canais preferidos⁴².</p>

Fonte: Autores. **Nota:** ERO: *EatRight Ontario*.

5.1.2. Programas de promoção da atividade física (AF)

Seis estudos forneceram informações sobre as características de programas direcionados para a promoção de atividade física (Quadro 4)^{22,24,25,31,38,52}.

Green Prescription (Nova Zelândia), uma intervenção de cuidados primários de AF, foi avaliada quanto à sua efetividade. Concluiu-se que havia uma falta de comunicação entre os profissionais de saúde. Além disso, o fato de o programa ser generalizado para abarcar todos os problemas de saúde dificultava a obtenção de um aconselhamento correto sobre AF²⁵.

MOVE program (Canadá), um programa baseado em cuidados primários na comunidade, foi considerado viável e eficaz, em uma avaliação inicial³¹.

Physical Activity, Sports, and Health Plan (Espanha), apresentou bons resultados para a maioria dos indicadores avaliados²².

O **Programa Nacional de Promoção da Atividade Física** (Portugal) foi analisado em dois estudos. Concluiu-se que o país tem feito uma ação decisiva para promover a AF entre seus cidadãos tendo os cuidados primários de saúde como prioridade³⁸. Observou-se aumento do interesse dos médicos de família para incorporar a promoção de AF em sua prática clínica, aumento da formação específica disponível, desenvolvimento de recursos informáticos que auxiliam a promoção da AF e iniciativas locais envolvendo estes profissionais. Houve uma evolução favorável à prática de AF em espaços urbanos, bem como políticas autárquicas de promoção da AF⁵².

Swedish Physical Activity on Prescription (Suécia) é um método de prescrição de AF na atenção primária. Verificou-se que houve um conhecimento limitado dos principais componentes do método entre os profissionais de saúde. Isso mostra a necessidade de uma educação mais aprofundada sobre como praticar o método, sua lógica e seus fundamentos teóricos²⁴.

Quadro 4. Principais características de programas de atividade física.

Green Prescription (Nova Zelândia)²⁵
<p>A Prescrição Verde, atualmente gerenciada pelo Ministério da Saúde.</p> <p>Ele envolve a avaliação das necessidades de atividade física de pacientes em risco e o fornecimento de recomendações tangíveis na forma de uma prescrição de atividade.</p> <p>Um encaminhamento do clínico geral ou da enfermeira é enviado ao centro esportivo regional, que atua como facilitador e auxilia na mudança de comportamento, conectando o paciente com a atividade e fornecendo apoio interpessoal e motivação, quando necessário, durante um período de 3 meses²⁵.</p>
MOVE Program (Canadá)³¹
<p>MOVE é um programa de exercícios semanal gratuito que oferece aos pacientes a oportunidade de serem fisicamente ativos ao lado de um médico de família e um cinesiologista.</p> <p>O programa de exercícios combina caminhada, treinamento de força e outras AF e exercícios baseados em evidências, como treinamento intervalado de alta intensidade, no ambiente natural de um parque comunitário local.</p> <p>O programa é baseado em uma única Rede de Cuidados Primários, com equipe interdisciplinar incluindo enfermeiras, nutricionistas e cinesiologistas. Mudanças recentes no programa incluíram a adição de outros membros da equipe de saúde, como nutricionistas que fornecem informações nutricionais durante a caminhada³¹.</p>
PAFES - Physical Activity, Sports, and Health Plan (Espanha)²²
<p>O objetivo é aumentar a proporção de adultos que cumprem as recomendações de AF (especialmente aqueles com fatores de risco cardiovascular).</p> <p>A intervenção no nível da atenção primária segue uma diretriz clínica para aumentar a AF, com base em uma abordagem motivacional e no modelo de mudança de comportamento de saúde²².</p>
PNPAF - Programa Nacional de Promoção da Atividade Física (Portugal)^{38,52}
<p>O PNPAF objetiva aumentar a literacia, a valorização e a participação da população na atividade física, a capacitação de profissionais de saúde e a promoção de alterações estruturais que promovam AF⁵².</p> <p>O programa tem como documento orientador a Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar – ENPAV 2016-2025, elaborado com a colaboração de dezenas de técnicos da saúde, do esporte, da educação, de estruturas profissionais e acadêmicas⁵².</p> <p>O programa disponibiliza também várias infografias a respeito de recomendações sobre AF para bebês e crianças (0-5 anos), crianças e adolescentes (5-18 anos), adultos e idosos (> 18 anos) e gestantes⁵².</p> <p>Três ferramentas digitais de promoção da atividade física foram desenvolvidas para o programa³⁸:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Ferramenta de Avaliação Breve de Atividade Física: No âmbito das consultas de APS, os profissionais de saúde devem realizar rotineiramente uma avaliação breve de AF e comportamento sedentário; → Ferramenta de Aconselhamento Breve de Atividade Física: Após a avaliação, os profissionais de saúde devem discutir o padrão apresentado (aumento versus diminuição de AF e comportamento sedentário) usando também o recurso de aconselhamento breve. → Ferramenta de automonitoramento de atividade física: Esses recursos recomendam o uso de dispositivos de automonitoramento (para acompanhar as metas e planos de ação traçados), e assim, a ferramenta de automonitoramento pode ser acionada a cada consulta³⁸.

SPAP - Swedish Physical Activity on Prescription (Suécia)²⁴

É um método para promover a atividade física tanto para a prevenção quanto para o tratamento de distúrbios de saúde relacionados ao estilo de vida, que consiste em cinco componentes principais:

- consulta de promoção da saúde centrada na pessoa;
- prescrição escrita de atividade física, com base nas intenções e objetivos expressos do paciente e no conhecimento e competência do profissional de saúde;
- prescrição orientada por conhecimento baseado em evidências sobre atividade física na prevenção e tratamento de agravos à saúde;
- seguimento da prescrição realizada;
- colaboração entre o serviço de saúde e os organizadores de atividade física fora da saúde (clubes desportivos, ginásios)²⁴.

Fonte: Autores. **Nota:** AF: atividade física; APS: Atenção Primária à Saúde; ENPAV: Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar; PAFES: *Physical Activity, Sports, and Health Plan*; PNPAF: Programa Nacional de Promoção da Atividade Física; SPAP: *Swedish Physical Activity on Prescription*.

5.1.3. Programas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

Nove estudos apresentaram características de programas voltados para promoção da saúde em DCNT (Quadro 5)^{10,13,29,30,34,40,41,47,51}.

Care navigator program (Austrália) visa promover mudanças para melhorar a vida do usuário. O programa ajudou os pais a se beneficiarem dos serviços sociais e de saúde. A saúde das crianças melhorou com a adesão ao programa de atendimento integrado. As habilidades parentais e a confiança em lidar com a burocracia aumentaram³⁰.

Health Check (Dinamarca) mostrou que os participantes apresentaram melhor situação em termos de saúde geral. Todavia, não se observou efeito no fornecimento de exames preventivos de saúde e acompanhamento de cidadãos quanto ao risco cardiovascular, nível de AF, saúde autoavaliada ou capacidade funcional¹³.

NHS Health Checks (Inglaterra) foi analisado em quatro estudos. As conclusões apontam diferenças na aceitação e implementação das avaliações dos usuários, parecendo haver uma superestimação do risco de doenças cardiovasculares (DCV)¹⁰; houve uma diversidade considerável na implementação⁴⁰; o treinamento dos profissionais precisa incluir o uso e a evidência da eficácia de metas na mudança de comportamentos de saúde; a importância da fidelidade ao protocolo do programa precisa ser comunicada aos profissionais de saúde e comissários para garantir a consistência; o monitoramento e a medição do acompanhamento precisam de recursos para fornecer evidências de sucesso em termos de estilos de vida mais saudáveis e redução do risco de DCV⁵¹; após um ciclo completo de cinco anos, a oferta do programa em grupos de comissionamento clínico foi equitativa, com uma cobertura de 85%⁴⁷.

Sollentuna Prevention Program (Suécia) é um programa de prevenção de eventos cardiovasculares, que combinou uma abordagem individual e baseada na população em todos os quatro centros de saúde primários do município de Sollentuna no condado de Estocolmo.

O programa é baseado em cuidados primários de saúde, com foco na promoção de AF e mudanças no estilo de vida, e no gerenciamento de distúrbios de fatores de risco. Concluiu-se que após duas décadas o programa foi associado à redução do risco de eventos cardiovasculares, e mortes por DCV e por todas as causas²⁹.

Västerbotten Intervention Programme (Suécia) foi analisado em dois estudos. Os resultados mostraram que houve aumento na taxa de participação de 56% em 1995 para 65% em 2006, independentemente das características socioeconômicas, idade, sexo ou histórico médico⁴¹; o programa foi considerado extremamente econômico em relação ao valor do limiar sueco³⁴.

Quadro 5. Principais características de programas de DCNT.

Care navigator program (Austrália)³⁰
<p>O programa apresenta as seguintes características:</p> <p>A ênfase é ajudar as pessoas a ganhar e manter o controle de sua saúde e suas vidas. As posições de navegador podem ajudar um crescente número de pessoas com problemas complexos e condições crônicas, especialmente aqueles que não são atendidos ou não estão engajados com o sistema.</p> <p>Os cargos de navegadores, geralmente ocupados por enfermeiros qualificados, atuando como "mediadores", têm sido amplamente utilizados na coordenação de serviços para pessoas com câncer.</p> <p>As famílias foram abordadas pelo navegador de cuidados e perguntadas se estavam dispostas a participar do programa e compartilhar sua saúde pessoal e outros dados usados nos serviços.</p> <p>Os problemas do cliente foram identificados e priorizados na discussão entre o navegador de cuidados e a família do cliente e um plano de cuidados foi desenvolvido³⁰.</p>
Health Check (Dinamarca)¹³
<p>O programa tem quatro componentes principais:</p> <ul style="list-style-type: none">→ Convite enviado pela clínica geral;→ Exame de saúde e um questionário;→ Resumo personalizado do perfil de saúde;→ Acompanhamento com estratificação de risco no centro de saúde ou pelo próprio clínico geral do participante, se necessário¹³.
NHS Health Checks (Inglaterra)^{10,40,47,51}
<p>As pessoas são convidadas para uma consulta presencial para avaliar o risco de desenvolver doença cardiovascular em dez anos⁴⁰.</p> <p>Indivíduos cujo risco de um evento cardiovascular é >20% em dez anos são classificados como 'alto risco' e entram em um registro para uma linha de cuidado designada⁴⁰.</p> <p>O plano envolve aconselhamento personalizado e apoio ao estilo de vida, que foram incorporados ao programa para ajudar a lidar com a mudança de comportamento. Os exames são realizados em consultórios de clínica geral e na comunidade e são entregues por médicos de família, enfermeiras e assistentes de saúde⁵¹.</p>

O Departamento de Saúde encorajou os cuidados primários locais a decidir a melhor forma de organizar a entrega dos exames de saúde, reconhecendo que diferentes modelos podem atender às necessidades de diferentes populações locais⁴⁰.

As políticas locais de entrega são implementadas por meio de contratos com prestadores de serviços, incluindo consultórios gerais, farmácias e equipes de atendimento⁴⁰.

As organizações de atenção primária também podem ser responsáveis por oferecer treinamento ao pessoal envolvido no fornecimento de exames, bem como organizar serviços em todo o distrito para promoção de exercícios, controle de peso ou cessação do tabagismo⁴⁰.

Os critérios de auditoria refletem indicadores nacionais e padrões locais de segurança e qualidade, incluindo 39 indicadores-chave de desempenho e o número de convites e aceitação de pacientes e avaliações de fatores de risco de DCV realizadas durante a consulta¹⁰.

Estes critérios incluem medidas físicas (cintura, altura, etc.) e fatores de estilo de vida (atividade física, tabagismo, consumo de álcool, etc.) além de cálculos de pontuação que ajudam os médicos a avaliar o risco de um paciente ter um ataque cardíaco ou derrame nos próximos dez anos; diagnósticos de DCV e outros encaminhamentos¹⁰.

Grupos de comissionamento clínico substituíram os fundos de cuidados primários em 2013, e a responsabilidade pelos exames de saúde passou para as autoridades locais. O programa foi implementado com sucesso em três grupos de comissionamento clínico do leste de Londres⁴⁷.

SoPP - Sollentuna Prevention Program (Suécia)²⁹

Neste programa os visitantes dos centros de saúde foram convidados a participar.

Um questionário autoaplicável foi usado para a triagem inicial, seguido de um exame físico por um clínico geral ou enfermeiro. Peso, altura e pressão arterial de repouso foram medidos e amostras de sangue em jejum foram coletadas.

Diretrizes estabelecidas para prevenção de DCV foram usadas para aconselhamento sobre estilo de vida, bem como tratamento e acompanhamento de fatores de risco identificados.

Os participantes receberam aconselhamento individualizado e personalizado; uma grande variedade de diferentes grupos educacionais e uma série de palestras foram disponibilizadas como suporte. Palestras públicas semanais para participantes e seus familiares com foco em estilo de vida saudável e mudanças comportamentais foram oferecidas por dezessete anos.

Uma nova ferramenta para promover a atividade física – Atividade Física sob Prescrição – foi desenvolvida. Os profissionais de saúde registrados foram instruídos a emitir um encaminhamento para treinamento supervisionado em uma associação esportiva local.

Sessões em grupo também estavam disponíveis ocasionalmente para cozinhar, reduzir o peso, parar de fumar e controlar o estresse.

A equipe do centro de saúde recebeu treinamento contínuo em medicina do estilo de vida e ciência comportamental de acordo com as diretrizes²⁹.

VIP - Västerbotten Intervention Programme (Suécia)^{34,41}

VIP é um programa de longo prazo orientado para a população para a prevenção de DCV e diabetes³⁴.

Baseia-se na cooperação integrada nas comunidades locais, tendo os cuidados de saúde primários como eixo coordenador, com atividades de promoção da saúde voltadas para a comunidade^{34,41}.

Todos os cidadãos com 30, 40, 50 e 60 anos de idade foram convidados para um exame físico combinado com um diálogo saudável no centro de saúde local^{34,41}.

Os centros de saúde assumiram a responsabilidade de entregar o programa às suas próprias populações de captação e adaptar as atividades para se adequarem bem aos serviços oferecidos em centros de saúde específicos⁴¹.

O conceito central de intervenção – exame físico, pesquisa e diálogo em saúde – foi implementado em todos os municípios do condado durante o início dos anos 1990³⁴.

Enfermeiros forneceram feedback aos participantes com base nos resultados das medições dos fatores de risco de DCV, saúde, hábitos de vida e fatores socioeconômicos e psicossociais. Se apropriado, foram recomendadas visitas de acompanhamento ou encaminhamento ao médico de família para avaliação e tratamento adicionais³⁴.

Fonte: Autores. **Nota:** APS: Atenção Primária à Saúde; DCV: doenças cardiovasculares; HEALD: *Healthy Eating and Active Living for Diabetes in Primary Care Networks*; NHS: *National Health Service*; SoPP: *Sollentuna Prevention Program*; VIP: Programa de Intervenção *Västerbotten*.

5.1.4. Programas de promoção de estilo de vida saudável

Sete estudos apresentaram características de programas de promoção de estilo de vida saudável(Quadro 6)^{16,27,43,45,48,57,58}.

Active In-Betweens (Austrália), com foco na faixa etária pré-adolescente preenche uma lacuna significativa nos programas pós-escolares atualmente oferecidos no país e mostra mérito para tradução em outras comunidades carentes onde residem crianças nessa faixa etária⁴³.

Finnish National Diabetes Prevention Program (Finlândia) tem foco em indivíduos com alto risco para diabetes mellitus tipo 2 (DM2) ou com DM2 detectada. O alto número de visitas foi um forte preditor de sucesso na perda de peso⁴⁵.

Diabetes prevention program (Austrália) é um programa considerado como de grande complexidade. A avaliação revelou como as teorias psicossociais se traduziram em autoeficácia de enfrentamento e planejamento pelos participantes, o que por sua vez contribuiu para os resultados clínicos; fatores externos à própria intervenção, tais como relações familiares e comunitárias, desempenharam um papel no seu sucesso⁵⁷.

Healthy Eating Activity and Lifestyle (Austrália) foi analisado em dois estudos. Concluiu-se que as parcerias foram importantes para a implementação bem-sucedida e que elas levam tempo para se desenvolver, dependem das necessidades das partes interessadas e são facilitadas por uma liderança consistente e uma força de trabalho estável¹⁶; o programa melhorou os comportamentos de saúde e as medidas de resultados de saúde dos participantes²⁷.

Pro-Health (Suécia) é um programa de promoção da saúde especialmente adaptado para mudanças no estilo de vida, promovido em centros públicos de atenção básica. Concluiu-se que esse tipo de programa pode atingir e envolver grupos de pessoas

socioeconomicamente vulneráveis para iniciar e realizar mudanças duradouras em estilos de vida saudável⁵⁸.

Prescribe Vida Saludable (Espanha) trata de uma intervenção de promoção da saúde baseada em evidências em centros de atenção primária. O programa se mostrou compatível com os valores dos profissionais da APS, no entanto estes relataram barreiras à implementação, envolvendo política externa e incentivos, compatibilidade com o fluxo de trabalho existente, e recursos disponíveis para executar o programa⁴⁸.

Quadro 6. Principais características de programas de estilo de vida.

Active In-Betweens (Austrália)⁴³
<p>É um programa de estilo de vida saudável semanal de 2 horas, dirigido a crianças de 9 a 12 anos, entregue em um ambiente comunitário, depois da escola durante o período letivo (36 semanas por ano), e inclui as seguintes atividades:</p> <ul style="list-style-type: none">→ O programa reúne semanalmente de 10 a 30 crianças locais que podem ou não se conhecer.→ As crianças são ajudadas a desenvolver um conjunto de diretrizes e valores comportamentais acordados no início do programa, que é revisitado a cada período.→ Chá da tarde saudável é oferecido em todas as sessões e muitas vezes preparado com as crianças.→ São realizadas atividades interativas regulares de culinária, plantio e colheita de alimentos, bem como jogos de frutas e vegetais, experimentos com água e refrigerantes.→ Um programa diversificado de atividade física é oferecido semanalmente, incluindo brincadeiras e jogos ativos direcionados às crianças, esportes individuais e coletivos.→ Oportunidade para atividades criativas e tempo de inatividade também são fornecidos, apoiando as interações pessoais entre as crianças e os facilitadores.→ Jovens trabalhadores de programas locais frequentam regularmente o programa.→ Incursões – facilitadores são convidados para programar em resposta às solicitações contínuas das crianças e observações do facilitador.→ Excursões - contribuem para descobrir ativos da comunidade local (passeio de bicicleta, hortas comunitárias). <p>É entregue às crianças por uma organização não governamental regional de promoção da saúde, em parceria com dois centros comunitários locais e dois serviços sem fins lucrativos de apoio à criança e à família.</p> <p>As sessões são ministradas em conjunto por um facilitador masculino e feminino com experiência em promoção da saúde, desenvolvimento comunitário e prática informada sobre traumas⁴³.</p>
FIN-D2D - Finnish National Diabetes Prevention Program (Finlândia)⁴⁵
<p>Inclui intervenções individuais no estilo de vida (peso, frequência das refeições, gordura [ingestão, qualidade], uso de sal, ingestão de fibras, exercícios, álcool, tabagismo) ou sessões em grupo (grupos de manutenção de peso/exercício, palestras sobre mudanças no estilo de vida e diabetes)⁴⁵.</p>
GGT DPP - Diabetes prevention program (Austrália)⁵⁷
<p>Este programa de estilo de vida em grupo orientado para objetivos é sustentado por teorias sociais cognitivas e de autorregulação da mudança de comportamento de saúde.</p> <p>Dentro do ambiente de aprendizagem em grupo, os participantes mantiveram diários sobre alimentos e aprenderam a ler rótulos de alimentos, além de receber conselhos sobre alimentos e exercícios e discutir os fatores de risco que enfrentam⁵⁷.</p>

HEALTM - *Healthy Eating Activity and Lifestyle* (Austrália)^{16,27}

Trata-se de um programa de promoção da saúde comunitária com o objetivo de reduzir o excesso de peso e a obesidade e aumentar a atividade física, particularmente entre pessoas que têm risco de desenvolver doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2¹⁶.

O programa se concentra na combinação de nutrição, atividade física e psicologia, e o desenvolvimento do conteúdo educacional foi baseado no 'Modelo Transteórico e Estágios de Mudança', abordando²⁷:

- Aumento da consciência: encontrar e aprender novos fatos, ideias e dicas que apoiam a mudança de comportamento saudável;
- Reavaliação ambiental: perceber o impacto negativo do comportamento não saudável ou o impacto positivo do comportamento saudável no ambiente social ou físico proximal;
- Autoavaliação: perceber que a mudança de comportamento é uma parte importante da identidade da pessoa;
- Autolibertação: assumir um compromisso firme com a mudança;
- Ajuda aos relacionamentos: fazer uso do apoio social para uma mudança de comportamento saudável;
- Contracondicionamento: substituir comportamentos e crenças alternativas mais saudáveis por comportamentos não saudáveis;
- Gerenciamento de contingência: desenvolver contratos, reforços e incentivos de forma aberta e encoberta para manter a mudança;
- Combinação de exercício e educação baseada em evidências da eficácia na prevenção do desenvolvimento ou progressão de condições crônicas²⁷.

O programa foi entregue em uma ampla variedade de locais em 67 áreas do governo local, incluindo: salões comunitários, estúdios de exercícios, salas de reuniões, centros de saúde aborígene, centros de acomodação para refugiados²⁷.

A cada semana, os participantes completaram uma hora de exercício em grupo supervisionado, seguida de uma hora de educação sobre o estilo de vida. Exemplos de atividades realizadas incluem: aulas de circuito aeróbico, sessões de musculação, caminhadas supervisionadas, dança tradicional, sessões de ginástica ao ar livre, aeróbica aquática, aulas de boxe modificadas e dança de linha²⁷.

Cada participante recebeu um manual contendo os slides de educação e materiais de apoio, pontos de discussão em grupo, atividades em casa e um programa de exercícios em casa. Uma versão resumida do manual do participante foi desenvolvida para pessoas com baixa alfabetização em inglês e para pessoas de origens não falantes de inglês, bem como uma versão aborígene²⁷.

***Pro-Health* (Suécia)⁵⁸**

Programa de promoção da saúde especialmente adaptado para mudanças no estilo de vida na atenção primária, incluindo:

- questionário de saúde,
- perfil de saúde,
- diálogo de promoção da saúde, e
- escolha de atividades para os participantes após o diálogo de promoção da saúde.

Um questionário autoadministrado foi utilizado como instrumento para iniciar a reflexão do participante sobre o próprio estilo de vida e iniciar um processo motivacional para mudanças.

Após realizar o perfil de saúde foi iniciado um diálogo de promoção de saúde de enfermagem, com duração de cerca de 60 minutos.

Os participantes foram informados sobre um acompanhamento por meio de telefone, após seis meses, seguido de um acompanhamento de um ano⁵⁸.

PVS - *Prescribe Vida Saludable* (Espanha)⁴⁸

O programa PVS é uma intervenção elaborada a partir de modelos teóricos baseados em evidências e estratégias de intervenção para modificação do comportamento de saúde.

Os comportamentos-alvo de interesse são a cessação do tabagismo, exercícios e dieta saudável.

A intervenção do programa PVS é liderada por profissionais dos centros de cuidados primários locais, com o envolvimento da comunidade circundante, para alcançar a integração efetiva da promoção de estilo de vida saudável visando múltiplos fatores de risco no ambiente de cuidados primários do dia-a-dia⁴⁸.

Fonte: Autores. **Nota:** APS: Atenção Primária à Saúde; FIN-D2D: *Finnish National Diabetes Prevention Program*; GGT DPP - *Diabetes prevention program*; HEALTM - *Healthy Eating Activity and Lifestyle*; OMS: Organização Mundial de Saúde; PVS: *Prescribe Vida Saludable*.

5.1.5. Programas de promoção da saúde

Cinco estudos informaram características de programas de promoção da saúde (Quadro 7)^{9,11,23,37,56}.

Atividades comunitárias de promoção da saúde (Espanha) é um programa com desigualdade significativa na oferta de serviços, sendo identificada a liderança da enfermagem, e papel relevante do assistente social, porém variável entre as comunidades autônomas³⁷.

Health-promoting community project (Islândia) foi analisado em um estudo que envolveu oito países europeus. Concluiu-se que países com populações menores têm uma vantagem significativa para promover e implementar políticas e estratégias de saúde e bem-estar que contam com a contribuição de muitos setores²³.

Programas de educação e promoção da saúde (Botswana) têm desempenhado um papel fundamental na conscientização sobre os serviços de saúde pública no país, bem como na promoção de mudanças comportamentais positivas em nível nacional⁵⁶.

Promoção da saúde e prevenção de doenças realizadas nos serviços multidisciplinar de saúde primários (Austrália) é um programa que foi analisado em um estudo. Observou-se que cada um dos locais de APS realizava quantidades significativas de trabalho de prevenção de doenças e uma gama mais limitada de atividades de promoção da saúde; maior esforço foi dado às intervenções com indivíduos de alto risco; responder aos níveis crescentes de doenças crônicas era o foco dos quatro serviços gerenciados pelo estado¹¹.

Re-engineering Primary Health Care (África do Sul) foi explorado em um estudo, mostrando que os agentes generalistas de saúde comunitária sentiram que o programa tinha o potencial de transformar a saúde da comunidade; eles valorizaram as consultas robustas e completas da comunidade que precederam o lançamento do projeto, observando o impacto

positivo na aceitação e confiança por parte dos membros da comunidade, curandeiros tradicionais e líderes comunitários; questões na gestão, supervisão, escopo e qualidade do programa desafiaram a capacidade de realizar o potencial dos agentes de saúde para melhorar a saúde e o bem-estar da comunidade⁹.

Quadro 7. Principais características de programas de promoção da saúde.

Atividades comunitárias de promoção da saúde (Espanha)³⁷
<p>Desde que a transferência de competências de saúde para as comunidades autônomas foi finalizada em Espanha em 2001, cada sistema autónomo de saúde pode desenvolver a sua própria política de saúde, adaptando a organização às suas prioridades, metas e objetivos.</p> <p>Observa-se uma variabilidade importante no desempenho das atividades comunitárias.</p> <p>Os profissionais mais envolvidos são enfermeiros e assistentes sociais.</p> <p>A maioria das comunidades autônomas oferece formação nestas temáticas aos seus profissionais, especialmente na educação para a saúde.</p> <p>A formação de residentes em medicina familiar e comunitária e em diferentes especialidades de enfermagem é menos frequente.</p> <p>O principal apoio institucional vem da gestão da atenção básica, serviços regionais de saúde, prefeituras e serviços públicos de saúde, e o apoio não institucional de sociedades científicas, associações de cidadãos e organizações não-governamentais³⁷.</p>
Health-promoting community project (Islândia)²³
<p>O projeto comunitário de promoção da saúde é implementado em toda a Islândia e apoiado por sua inclusão no orçamento anual do estado. Ele atende as comunidades em um nível local para trabalhar em todos os setores e criar ambientes favoráveis que promovam a saúde e o bem-estar de todos os habitantes, enfatizando a saúde em todas as políticas. Esses mecanismos participativos reuniram atores de diferentes setores, o que facilitou a comunicação, o entendimento conjunto e o senso de propriedade entre os envolvidos. Uma importante lição aprendida foi a importância de usar uma linguagem e conceitos com os quais todos possam se relacionar. Mostrar a outros setores como melhor promover a saúde pública e o bem-estar e reduzir as desigualdades em saúde ajudou-os a alcançar seus objetivos e facilitou o cumprimento de metas imediatas de saúde pública, bem como a melhoria da saúde pública em todas as faixas etárias em geral²³.</p>
Programas de educação e promoção da saúde (Botswana)⁵⁶
<p>Os programas de educação e promoção da saúde, coordenados pela unidade de promoção da saúde a nível nacional do departamento de Saúde Pública do Ministério da Saúde, tem as seguintes atribuições:</p> <ul style="list-style-type: none">→ Coordenar o desenvolvimento e implementação de políticas, diretrizes, legislação, regulamentos, normas e estratégias de promoção e educação da saúde relevantes para a saúde pública;→ Desenvolver, promover e sustentar intervenções relevantes de promoção da saúde e educação, incluindo novas inovações e projetos como base para a construção de programas baseados em evidências;→ Projetar, desenvolver e disseminar informações e comunicações de saúde, incluindo mídia impressa, televisão/vídeo e computador, em apoio a todos os programas e campanhas de saúde;→ Coordenar o desenvolvimento da comunidade e outras estruturas e processos que melhorem o envolvimento e a participação da comunidade;→ Construir, coordenar e facilitar a implementação de um Programa Nacional de Saúde Escolar Integral em colaboração com as partes interessadas relevantes;

- Monitorar e avaliar programas e intervenções de promoção da saúde e educação em colaboração com o departamento de Política, Planeamento, Monitorização e Avaliação;
- Identificar as necessidades de investigação e implementar a investigação relacionada com a promoção da saúde e educação em colaboração com o departamento de Política, Planeamento, Monitorização e Avaliação;
- Fornecer apoio técnico e orientação ao governo e organizações/agências não governamentais e outros parceiros de implementação em assuntos relacionados com a promoção e educação da saúde⁵⁶.

Promoção da saúde e prevenção de doenças realizadas nos serviços multidisciplinar de saúde primários (Austrália)¹¹

As atividades de promoção da saúde em seis locais multidisciplinares de Atenção Primária à Saúde são descritas abaixo.

Crianças e famílias:

- Alimentação saudável para crianças;
- Apoio a creches;
- Apoio para pais de crianças de 0 a 4 anos;
- Apoio para cantinas escolares saudáveis;
- Assistência na preparação de alimentos para crianças e com orçamento limitado;
- Clínica de bebês (imunizações, verificações de desenvolvimento);
- Creche infantil; Programa pré-escolar;
- Cuidados maternos e infantis;
- Cuidados pré-natais e parto;
- Divulgação aos centros infantis;
- Grupo de jovens aborígenes;
- Grupo para crianças com atrasos na fala;
- Grupos de apoio para novos pais, jovens pais;
- Grupos de primeira infância, por exemplo, playground, grupo de brincadeiras, fala, natação e sensoriais;
- Intervenção precoce com crianças aborígenes;
- Intervenções na primeira infância, por exemplo, fonoaudiologia, dietética, psicologia;
- Programa de amamentação aborígene;
- Programa de Educação em Saúde Comunitária (educação focada em saúde sexual—incluindo grupos comunitários, jovens, escolas).
- Programa para pais de crianças com excesso de peso;
- Serviço de Apoio Familiar Direcionado (intervenção precoce para famílias em risco);
- Visitas.

Condições crônicas:

- Assistência na preparação de alimentos com orçamento limitado;
- Clínica de nutrição; conselhos nutricionais;
- Conversas de promoção da saúde;
- Cozinhas Comunitárias;
- Grupo de diabetes, com visita ao supermercado, cozinha e jardinagem;
- Grupos de exercícios - caminhada, atividade física em mulheres mais velhas; pilates
- Grupos de promoção da saúde aborígene;
- Grupos de voluntário sobre culinária e nutrição;
- Liderança de colegas de peso saudável;
- Programa de alimentação e estilo de vida saudável;
- Programa de autogestão de condições crônicas;

- Programa de Doenças Crônicas (apoia clientes com diabetes, condições renais ou cardiovasculares);
- Programa de estilo de vida para pessoas em risco de desenvolver doenças crônicas;
- Programa de idosos frágeis e deficientes;
- Saúde da mulher - educação em saúde comunitária para mulheres jovens;
- Saúde masculina - educação em saúde;
- Trabalho de desenvolvimento comunitário com populações migrantes recém-chegadas (particularmente em nutrição, segurança alimentar);
- Verificações de saúde de adultos (incluindo triagem).

Saúde Mental:

- Esquema de visitantes comunitários de pessoas em centros de cuidados para idosos;
- Grupo de apoio à violência doméstica;
- Jardim comunitário para pessoas com doença mental;
- Meditação, yoga;
- Programa de bem-estar comunitário (intervenções terapêuticas, apoio social e defesa);
- Programa sobre álcool e drogas, incluindo viagens regulares ao campo, ajudando na interação dos usuários a programas de treinamento e educação;
- Saúde da Mulher - programa cultural;
- Saúde masculina - educação em saúde, fornecimento de chuveiros, galpão masculino, programa cultural;
- Trabalho com jovens em risco.

Outras:

- Advocacia para clientes individuais em habitação e outras questões;
- Almoços; almoços regulares para a comunidade;
- Apoio aos eventos da semana de reconciliação nacional e na região;
- Conscientização cultural em serviços de saúde;
- Contribuição para a liderança em redes locais;
- Contribuição para redes locais, por exemplo, fórum comunitário do governo local; fórum de segurança comunitária; rede de diversidade cultural; grupo de plano de ação de peso saudável; redes de nutrição.
- Defesa de clientes individuais sobre moradia, violência familiar e outras questões;
- Educação e treinamento para profissionais de saúde;
- Grupo de mulheres, incluindo acampamentos;
- Grupo masculino, incluindo acampamentos;
- Mediação;
- Programa de triagem do câncer de intestino;
- Promoção da saúde médica, por exemplo, imunizações, exames de saúde¹¹.

rPHC - Re-engineering Primary Health Care (África do Sul)⁹

A rPHC é composta por equipes formadas por agentes comunitários de saúde sob a supervisão de enfermeiros, para fornecer educação em saúde, promover comportamentos saudáveis, avaliar as necessidades de saúde da comunidade, gerenciar problemas de saúde menores e apoiar as conexões com os serviços e estabelecimentos de saúde.

Seus elementos-chave são:

- Melhorar a qualidade de vida dos membros da comunidade, no sentido de melhorar o acesso e a prestação de cuidados de saúde primários no contexto de um ambiente intersectorial.
- Promover saúde e prevenir doenças;
- Realizar avaliações da comunidade e atuar em torno das necessidades da comunidade;
- Realizar avaliação estruturada do agregado familiar para identificar as suas necessidades de saúde;

- Fornecer apoio psicossocial aos membros da comunidade;
- Identificar e gerir pequenos problemas de saúde;
- Apoiar programas de triagem e promoção da saúde em escolas e centros de desenvolvimento infantil;
- Promover e trabalhar com outros setores e realizar intervenções colaborativas de base comunitária;
- Apoiar a continuidade dos cuidados por meio da coordenação de serviços com outros provedores de serviços relevantes⁹.

Fonte: Autores. Nota: rPHC: Reengenharia de Atenção Primária à Saúde.

5.1.6. Programas de promoção da saúde bucal

Quatro estudos apresentaram programas de promoção da saúde bucal (Quadro 8)^{36,44,53,59}. Os estudos apontam para benefícios e alguns desafios.

Building Brighter Smiles (Reino Unido) teve como seu maior desafio o banco de dados de computador para monitoramento do programa⁴⁴.

Early Childhood Oral Health Program (Austrália) estabeleceu modelos de responsabilidade compartilhada pela saúde bucal e, por meio de planejamento de programa apropriado, governança, desenvolvimento de recursos, fornecimento de treinamento e desenvolvimento de vias de encaminhamento, resultou em profissionais de saúde infantil incorporando orientação preventiva de saúde bucal, triagem, identificação precoce e encaminhamento em sua prática de rotina³⁶.

Nganampa Health Council Dental Program (Austrália) apresenta múltiplas estratégias e parcerias confiáveis que têm sido fundamentais para estabelecer e manter um programa de saúde bucal acessível, apropriado e eficaz nas comunidades remotas⁵⁹.

O **Programa vale-odontológico** (Portugal) aumentou a cobertura de populações vulneráveis aos cuidados de saúde bucal, mas poderá ser dificultado pela necessidade de contenção de custos e de alcançar a sustentabilidade financeira do sistema nacional de saúde⁵³.

Quadro 8. Principais características de programas de saúde bucal.

Building Brighter Smiles (Reino Unido)⁴⁴
O objetivo do programa é que todas as crianças com idade entre dois e quatro anos recebam quatro aplicações de verniz fluoretado durante um período de dois anos.
O primeiro ano do programa começou em pequena escala, pois exigia o recrutamento de dentistas e terapeutas dentários.
O programa piloto foi bem-sucedido, sendo lançado para a população mais ampla de dois a quatro anos em 2008-2009 ⁴⁴ .
Early Childhood Oral Health Program (Austrália)³⁶

É um programa comunitário focado na prestação de serviços integrados e no desenvolvimento de parcerias efetivas entre famílias, profissionais de saúde infantil e profissionais de saúde bucal.

O primeiro objetivo é apoiar a capacidade dos profissionais de saúde infantil para incorporar a saúde bucal em exames regulares de saúde infantil, o que inclui fornecer informações sobre saúde bucal aos pais, triagem de saúde bucal para bebês e crianças pequenas, identificação precoce e encaminhamento para serviços de saúde bucal para lactentes e crianças pequenas com cárie na primeira infância, ou em risco de desenvolver cárie na primeira infância.

Os pais recebem orientação antecipada, recursos e apoio para permitir comportamentos positivos de saúde bucal em casa e para incentivar o monitoramento parental da saúde bucal de seus filhos.

O segundo objetivo é apoiar os profissionais de saúde oral a centrarem-se na gestão precoce da doença dentária e a incorporar a promoção e a prevenção nos seus serviços, trabalhando em parceria com os pais e famílias.

O Programa usa uma abordagem universal, fornecendo a todos os pais e profissionais de saúde infantil informações sobre saúde bucal, e uma abordagem direcionada para crianças com alto risco de desenvolver a cárie na primeira infância. A abordagem direcionada cria caminhos de encaminhamento e gerenciamento adequado por profissionais de saúde bucal. O Programa ECOH abrange uma abordagem de 'estágios de mudança' para a promoção da saúde bucal, em que crianças e profissionais de saúde bucal são treinados para fornecer entrevistas motivacionais aos pais, a fim de incentivar comportamentos positivos de saúde bucal em casa. A teoria da mudança organizacional também é utilizada, com sistemas, processos e políticas desenvolvidas em todo o estado para apoiar a implementação do programa³⁶.

Nganampa Health Council Dental Program (Austrália)⁵⁹

O objetivo é permitir que a região alcance a melhoria da saúde por meio da entrega de um programa de saúde bucal acessível, apropriado e eficaz.

As principais áreas do programa incluem: Promoção da Saúde Bucal, Serviço de Emergência, Programa Odontológico Escolar, Programa Odontológico para Adultos, Necessidades Especiais e Prótese Dentária.

A equipa dentária visita cada uma das comunidades num ciclo de oito meses, sendo a clínica móvel (complemento das duas clínicas fixas) a principal estratégia para permitir o acesso regular a cuidados de saúde bucal neste contexto remoto⁵⁹.

Programa vale-odontológico (Portugal)⁵³

O programa consistia na disponibilização de um vale-odontológico a doentes ou grupos populacionais específicos, que podia ser utilizado para receber cuidados de dentistas privados que contratassem o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

O programa é inteiramente financiado pelo SNS, cobrindo tratamentos preventivos (aplicação de selantes de fissuras, aplicação de flúor), tratamentos curativos (extração de dentes, restauração) e outros tratamentos (escalonamento), de acordo com o público-alvo.

As Administrações Regionais de Saúde são responsáveis pela coordenação regional e pelo pagamento dos prestadores privados.

Os vales são emitidos pelas unidades de cuidados de saúde primários do SNS a todos os elegíveis. Os beneficiários podem escolher livremente o prestador dentre os dentistas que aderiram ao programa.

Na primeira consulta, o dentista faz uma avaliação e elabora um plano de tratamento, de acordo com o número de vales a que o usuário tem direito⁵³.

Fonte: Autores. Nota: ECOH: *Early Childhood Oral Health Program*; SNS: Sistema Nacional de Saúde.

5.1.7. Programas de promoção da saúde da criança e da mulher

Quatro estudos apresentaram programas de promoção da saúde da criança e/ou da mulher (Quadro 9)^{28,35,39,50}.

Basic Antenatal Care programme (África do Sul) foi avaliado por meio de entrevistas, mostrando que algumas barreiras tiveram um efeito negativo na implementação bem-sucedida do programa³⁹.

Celebrate and Protect (Inglaterra) foi desenvolvido como um chamado à ação para melhorar a adoção de vacinas infantis em algumas áreas de Londres, porém há questões pendentes em termos de sustentabilidade do programa e capacidade de demonstrar melhorias quantitativas nas taxas de adesão³⁵.

Maternal and Child Health Programs (Austrália) foram abordados em uma revisão sistemática. Constatou-se que houve um aumento substancial nas publicações que documentam programas e serviços de saúde infantil e materna das Ilhas Aborígenes e do Estreito de Torres. Eles apontam promoção/educação e aconselhamento/apoio de saúde relatados na maioria das publicações de saúde materna e infantil, bem como subutilização de intervenções de cessação do tabagismo nos cuidados pré-natais²⁸.

Well-baby clinic (Arábia Saudita) foi avaliado quanto a conscientização e percepção dos pais em centros de cuidados primários de saúde. Concluiu-se que o cuidado adequado é vital para a sobrevivência da criança, bem como para seu desenvolvimento físico e mental ideal. Mães e cuidadores de crianças tinham consciência adequada e atitude aceitável em relação aos serviços prestados⁵⁰.

Quadro 9. Principais características de programas de saúde da criança e da mulher.

BANC - <i>Basic Antenatal Care programme</i> (África do Sul)³⁹
<p>Em 2007, a África do Sul introduziu um novo programa de atenção pré-natal, em substituição à abordagem anterior.</p> <p>O BANC respondeu às recomendações da OMS (2004), incluindo aconselhamento, exames e apenas testes com um propósito imediato e benefícios comprovados para a saúde.</p> <p>A nova abordagem se concentra na qualidade e não na quantidade de visitas, com ênfase especial no fato de que cada visita deve ser direcionada a um objetivo³⁹.</p>
<i>Celebrate and Protect</i> (Inglaterra)³⁵
<p>O programa visava aumentar a aceitação da vacinação infantil.</p> <p>A primeira onda do programa foi iniciada em julho de 2012 em nove fundações de cuidados primários de Londres. Parte do escopo era avaliar a viabilidade e aceitabilidade do programa por meio do envolvimento com uma série de partes interessadas.</p>

Um cartão comemorativo personalizado e um folheto informativo com calendário de vacinação foram elaborados em conjunto com os pais ou responsáveis, com os quais foram realizadas oficinas para avaliar a resposta ao desenho dos cartões.

O cartão destina-se a celebrar o nascimento ou o aniversário de uma criança e tem a função de incentivar os pais ou responsáveis a contactar a clínica e marcar um exame de saúde ou vacinação³⁵.

MCH - Maternal and Child Health Programs (Austrália)²⁸

A maioria das publicações relatou programas e serviços que operam de Organizações de Saúde Controladas pela Comunidade Aborígene.

Os cuidados pré-natais e pós-natais foram identificados como os principais tipos de intervenção, seguidos de modelo integrado ou contínuo de cuidados de maternidade, serviço direcionado a mães e bebês incluindo promoção e educação em saúde, defesa, apoio e psicoterapia.

Os componentes mais comuns das intervenções foram:

- Promoção, educação e aconselhamento, apoio à saúde;
- Tópicos de promoção da saúde - nutrição, amamentação, imunização, cuidados infantis e acesso a grupos e serviços.
- Concentração em cessação do tabagismo, saúde sexual e reprodutiva, uso indevido de substâncias, sinais de alerta precoce de complicações e síndrome da morte súbita Infantil;
- Visita domiciliar, exames e apoio pré-natais e pós-natais, serviços de transporte, apoio ao parto e nascimento, assistência na marcação ou comparecimento de consultas e reservas hospitalares, triagem de gravidez, aconselhamento e psicoterapia, encaminhamentos, treinamento e apoio para parteiras e profissionais de saúde aborígenes²⁸.

WBC - Well-baby clinic (Arábia Saudita)⁵⁰

O WBC é implementado em todos os centros de cuidados primários de saúde e é fornecido com base em padrões internacionais para todas as crianças menores de 5 anos na Arábia Saudita. É um pacote abrangente de promoção da saúde e cuidados curativos para melhorar e manter o estado de saúde e o bem-estar desse grupo etário.

Os seguintes serviços são oferecidos:

- Imunizações para doenças infantis como tétano, difteria, coqueluche, poliomielite, haemophilus influenza tipo B, hepatite B, sarampo, caxumba, rubéola e varicela;
- Avaliação de crescimento e desenvolvimento;
- Em cada visita, avaliação de desequilíbrio muscular, ouvidos, olhos, coração, quadris;
- Orientação parental para aqueles sem sistema de apoio para reduzir o abuso e a negligência infantil⁵⁰.

Fonte: Autores. **Nota:** BANC: *Basic Antenatal Care programme*; GP: clínica geral; MCH: *Maternal and Child Health Programs*; OMS: Organização Mundial da Saúde; PCTs: fundações de cuidados primários; TB: tuberculose; WBC - *Well-baby clinic*.

5.1.8. Programa de promoção da saúde do homem

ENGAGE programme (Irlanda) foi analisado em um estudo sobre o processo pelo qual o modelo de formação de formadores foi desenvolvido e implementado para efetuar a difusão máxima (Quadro 10). Discute-se que uma abordagem de aprendizagem experiencial em combinação com mecanismos de feedback e promoção de apoio baseado em pares são estratégias-chave que promovem a apropriação individual, comunitária e organizacional. Como tal, as principais estratégias do ENGAGE poderiam ser usadas para informar novos modelos de treinamento em saúde nos próximos anos³².

Quadro 10. Principais características de programas de saúde do homem.

ENGAGE <i>programme</i> (Irlanda)³²
<p>Trata-se de um programa nacional de treinamento em saúde masculina da Irlanda desenvolvido por uma parceria de setores estatutários, acadêmicos e comunitários.</p> <p>Foi adotado um modelo de entrega em cascata de Treinamento de Instrutores; indivíduos de organizações-chave foram recrutados para o treinamento para se tornarem instrutores do programa de treinamento de 1 dia para prestadores de serviços.</p> <p>Os formadores comprometeram-se a ministrar três programas de formação ENGAGE³².</p>

Fonte: Autores.

5.1.9. Programas de promoção de saúde do idoso

Dois estudos abordaram a questão da saúde de idosos^{8,15} (Quadro 11).

Advanced Geriatric Nurse (Noruega) foi avaliado quanto às condições que condicionam a implementação dos diferentes modelos de cuidados. Verificou-se que o papel da enfermeira gerátrica avançada pode levar a impactos positivos para os pacientes e os municípios. No entanto, a adaptação deve ser orientada por evidências para evitar a rejeição prematura de alguns modelos⁸.

Exame de Saúde para Adultos com mais de 65 anos (Espanha), um programa de promoção, prevenção e ações de saúde em situações de fragilidade e prevenção, foi avaliado em um estudo que apresentou resultados que contribuem não só para o conhecimento do próprio programa e da prevalência da fragilidade, como também para a concepção e implementação noutras Comunidades Autónomas ou países de programas semelhantes¹⁵.

Quadro 11. Principais características de programas de saúde do idoso.

AGN - <i>Advanced Geriatric Nurse</i> (Noruega)⁸
<p>O programa AGN envolve enfermeiros registrados, com conhecimento especializado e habilidades para tomadas de decisão complexas e competências clínicas para prática expandida.</p> <p>Cinco municípios incluídos no estudo desenvolveram diferentes modelos de atendimento em torno do papel da AGN:</p> <ul style="list-style-type: none"> → Enfermeira de Desenvolvimento Profissional, combinada com assistência direta ao paciente, na qual os AGNs trabalhavam 50% clinicamente como AGNs e 50% com treinamento interno e supervisão. → Policlínica de Enfermagem, em que a AGN lidera uma policlínica de atenção básica para doenças crônicas específicas. Uma Equipe de Resposta dava suporte a enfermeiras domiciliares com recursos extras em casos complicados de pacientes. → Virtual Ward era uma equipe, liderada por um AGN, com o objetivo de tornar eficiente a transição do paciente do hospital para os serviços de atendimento domiciliar. → Coordenador de Qualidade - combinou a função clínica da AGN com responsabilidade estendida pela auditoria de qualidade e melhorias nos serviços de saúde municipais. → Atendimento direto ao paciente do AGN⁸.
EdS65+ - Exame de Saúde para Adultos com mais de 65 anos (Espanha)¹⁵

O EdS65+ é um programa de promoção, prevenção e ações de saúde em situações de fragilidade e prevenção, atraso e tratamento da dependência.

É realizado em contextos de Cuidados Primários da Andaluzia e busca a detecção precoce da fragilidade e a implementação de planos de intervenção biopsicossocial centrados na pessoa.

A maioria de seus componentes apela para o domínio da enfermagem (avaliações clínicas, funcionais e cognitivas), com componentes farmacológicos que requerem revisão e intervenção médica¹⁵.

Fonte: Autores. **Nota:** AGN: *Advanced Geriatric Nurse*; EdS65+: Exame de Saúde para Adultos com mais de 65 anos.

5.1.10. Programas de promoção da saúde escolar

Quatro estudos apresentaram programas de promoção da saúde escolar (Quadro 12)^{12,23,46,49}.

Doctors in secondary schools program (Austrália) foi relatado em um estudo que analisou seu primeiro ano de implementação. Concluiu-se que ele forneceu acesso aos serviços de saúde a uma população escolar rural. O enfermeiro e o clínico geral consideraram as necessidades de cuidados desses adolescentes e defenderam ativamente o aumento dos serviços específicos para eles, além de fornecer uma variedade de informações e recursos para melhorar a alfabetização em saúde e o bem-estar⁴⁶.

Healthy School Start (Suécia) é um programa denominado que visava o apoio aos pais e era voltado para a promoção da AF e hábitos alimentares saudáveis no contexto escolar de seus filhos. As barreiras à implementação incluíam restrições financeiras e de tempo, outras necessidades de saúde competindo por recursos e desafios para envolver os pais. Os fatores internos que facilitam a implementação foram o uso de recursos pré-existentes, como equipe competente e engajada, equipes multidisciplinares de saúde, sistemas baseados na web para documentação e comunicação, redes municipais e especialistas locais, além de integração do programa nas rotinas escolares, conscientização de todos os funcionários, nomeação de um líder de implementação em cada escola¹².

Programas de combate à obesidade (San Marino) e ***Whole-school approach to a healthy lifestyle*** (Malta) foram relatados em um estudo sobre oito pequenos países europeus. O princípio fundador dessa rede de iniciativas é que as experiências desses pequenos países podem fornecer oportunidades úteis de aprendizado, particularmente na área de saúde²³.

The Students As LifeStyle Activists program (Austrália) foi analisado em um estudo cujos resultados indicaram que as parcerias entre os setores de saúde e educação são essenciais para o sucesso contínuo e a sustentabilidade do programa e que compartilhar dados de avaliação na forma de um breve relatório com diretores e professores é valioso para iniciar mudanças em seu ambiente escolar, como aumentar a disponibilidade de alimentos saudáveis nas cantinas escolares⁴⁹.

Quadro 12. Principais características de programas de saúde escolar.

Doctors in secondary schools program (Austrália)⁴⁶

Os objetivos gerais desse programa estadual são tornar os cuidados de saúde primários mais acessíveis aos alunos do ensino médio, fornecer assistência aos adolescentes para identificar e abordar as preocupações de saúde precocemente e reduzir a pressão sobre os pais que trabalham.

O programa é ministrado na escola por um consultório local em parceria com uma clínica do pequeno serviço de saúde rural do município.

A clínica escolar é composta por um médico generalista e uma enfermeira e funciona duas vezes por semana durante os períodos escolares.

As razões mais comuns para procurar apoio da clínica incluíam imunizações, exames de sangue, asma, dores de cabeça, dor abdominal, problemas de pele, depressão, ansiedade, preocupações comportamentais e sono ruim⁴⁶.

HSS - Healthy School Start (Suécia)¹²

O programa HSS foi desenvolvido para promover a atividade física e hábitos alimentares saudáveis e prevenir a obesidade, especialmente entre crianças em áreas desfavorecidas onde a prevalência de sobrepeso e obesidade é alta.

A promoção da saúde está incluída nas diretrizes nacionais da saúde escolar e compreende três componentes:

- Um folheto contendo informações de saúde para os pais;
- Duas sessões individuais de entrevista motivacional para os pais;
- Dez atividades de sala de aula de 30 minutos conduzidas pelo professor para as crianças.

Todos esses componentes visam os pais: os dois primeiros diretamente e o terceiro indiretamente por meio do dever de casa das crianças.

A entrevista motivacional é um método centrado no cliente e de direção de objetivos para apoiar um indivíduo na mudança de comportamento. Na primeira sessão os pais escolhem algum aspecto da alimentação, atividade física ou sono de seus filhos que desejam mudar. Na segunda sessão exploram seus esforços para atingir esse objetivo.

Para as atividades em sala de aula, os professores recebem um manual e uma caixa de ferramentas com materiais pedagógicos sobre alimentação, atividade física e sono, e as crianças recebem tarefas de casa para fazer junto com os pais¹².

Programas de combate à obesidade (San Marino)²³

Os programas são apoiados por resoluções específicas emitidas pelo Parlamento de São Marino, que estabeleceu um grupo de trabalho multidisciplinar e intersetorial para o planejamento e coordenação das intervenções de promoção da saúde e educação nas escolas.

Nessa linha de ação pública, o Ministro da Saúde, com o apoio e coordenação da Autoridade de Saúde, forneceu diretrizes sobre educação em saúde em ambientes escolares e orientações a nutricionistas e pediatras sobre o desenvolvimento de cardápios e dietas especiais.

Uma iniciativa intersetorial, incluindo o Ministério da Educação, também foi desenvolvida, o que garante que uma estreita colaboração seja mantida entre as aulas de ciências escolares e as oficinas fora do campus²³.

SALSA - The Students As LifeStyle Activists program (Austrália)⁴⁹

O programa é sustentado pela teoria cognitiva social e pela abordagem de educação de empoderamento e se

alinha com a estrutura das escolas promotoras de saúde da OMS.

Estudantes universitários voluntários de faculdades de saúde ou educação, que receberam capacitação como educadores SALSA, visitam escolas secundárias em pequenas equipes e capacitam alunos voluntários do 10º ano como líderes de pares, desenvolvendo habilidades de facilitação, ensino e liderança de grupos.

Esses líderes de pares, por sua vez, oferecem quatro aulas de 70 minutos, durante o horário de aula, para alunos do 8º ano sobre maneiras práticas de serem mais ativos fisicamente e de comer de forma saudável. Os alunos do 8º ano desenvolvem um objetivo pessoal e, como classe, trabalham em um "plano de ação escolar" para criar um ambiente escolar favorável para uma vida saudável.

A avaliação do processo é realizada anualmente para informar a relevância e a fidelidade do programa. Os alunos são incentivados a compartilhar o que aprenderam com suas famílias usando a pasta de trabalho SALSA usada durante as aulas do programa.

O programa tem sido sustentado por meio de uma parceria sinérgica entre escolas de ensino médio, universidades e provedores de saúde do governo local, incluindo médicos de clínica geral, especialistas em saúde aliados e promoção da saúde.

Os aspectos dos sete melhores investimentos que o programa aborda são:

- Programa para toda a escola - ele é integrado ao currículo do 8º ano das escolas de ensino médio e inicia os planos de ação escolar direcionados aos alunos para criar ambientes escolares de apoio.
- Atividade física e prevenção de DCNT integrada aos sistemas de atenção primária à saúde – as oficinas de treinamento desenvolvem competências em estudantes universitários, clínicos gerais e profissionais de saúde aliados.
- Educação pública, incluindo mídia de massa para aumentar a conscientização e mudar as normas sociais sobre atividade física - a abordagem de educação pelos pares envolve alunos do ensino médio na mudança das normas sociais.
- O programa é desenvolvido e mantido por meio de uma forte parceria entre os setores de educação e saúde, especificamente escolas de ensino médio, universidades, médicos de clínica geral locais e distritos de saúde do governo.
- O programa envolve estudantes universitários e do ensino médio como alunos e educadores para capacitar os adolescentes a assumir o controle de sua saúde e bem-estar⁴⁹.

Whole-school approach to a healthy lifestyle: healthy eating and physical activity (Malta)²³

Os setores de saúde e educação uniram esforços para implementar um programa nacional de política e estratégia escolar, a fim de alcançar uma melhor atividade física e nutrição para todos os escolares e criar condições equitativas em todas as escolas.

O princípio era oferecer oportunidades iguais para todas as crianças praticarem atividade física e se beneficiarem de uma nutrição melhorada em ambientes escolares.

A "Abordagem escolar integral para um estilo de vida saudável: alimentação saudável e atividade física" está ativo em Malta, incluindo iniciativas voltadas para adolescentes em escolas secundárias. Esta abordagem inclui, por exemplo, sessões de dança, que são oferecidas aos alunos durante os intervalos das aulas de acordo com as preferências das adolescentes. Têm sido implementadas mudanças nos tipos de alimentos vendidos nas merendas escolares para promover uma alimentação mais saudável, e aulas de culinária para crianças e pais são propostas como atividades extracurriculares. Além disso, uma campanha de incentivo à lancheiras mais saudáveis foi veiculada em televisão, rádio e redes sociais.

As instituições governamentais estão totalmente envolvidas no desenvolvimento de políticas e estratégias desta abordagem operacional, em particular os setores de educação e saúde compartilham a liderança, e a sociedade civil está envolvida em diferentes níveis. As associações de pais são consultadas regularmente e os meios de

comunicação social desempenham um papel ativo na promoção e divulgação de informação.

A importante lição aprendida no desenvolvimento deste programa, que pode ser oferecido como uma experiência útil para outras nações, é que a colaboração intersetorial bem-sucedida exige que o esforço de cada setor seja complementar, pois objetivos conflitantes podem dificultar seu sucesso²³.

Fonte: Autores. **Nota:** DCNT: doença crônica não transmissível; HSS: *Healthy School Start*; OMS: Organização Mundial de Saúde; SALSA: *The Students As LifeStyle Activists program*.

5.1.11. Programas de promoção da saúde mental

Cinco estudos apresentaram características de programas de promoção da saúde mental (Quadro 13)^{10,14,19,20,21}.

Depression in Swedish Adolescents (Suécia) foi avaliado como um programa viável para a prevenção escolar de depressão²⁰.

Estratégia Nacional de Intervenção para a Doença de Alzheimer e Síndromes Demenciais (Cuba) visa melhorar a formação do pessoal médico que trata pacientes com deficiência cognitiva, apoiar as famílias dos pacientes e facilitar a interação entre os setores sociais relacionados. Os autores relataram que cuidar de pessoas com deficiência cognitiva requer ampla participação social e proteção dos direitos dos idosos¹⁴.

Mental health policy, strategies, services and programmes to GLBTI population (Nova Zelândia) visa identificar as atuais iniciativas de promoção da saúde mental voltado para a população LGBTI. Constatou-se que há uma política mínima em relação à saúde mental dessa população, porém foram identificados serviços limitados de promoção ou prevenção de saúde mental¹⁰.

Mental health policy of Sri Lanka 2005–2015 (Sri Lanka) foi descrito quanto à reconfiguração dos serviços de saúde mental, mostrando que melhorias significativas foram feitas e novos quadros de profissionais de saúde mental foram introduzidos¹⁹.

Programa de Apoio Primário (Espanha) foi analisado na perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos. Verificou-se que o desenvolvimento do programa é influenciado por fatores intrínsecos ao próprio programa e fatores externos ligados aos pacientes, aos profissionais de saúde, à gestão do cuidado, à gestão das políticas de saúde e aos recursos comunitários²¹.

Quadro 13. Principais características de programas de saúde mental.

DISA - *Depression in Swedish Adolescents* (Suécia)²⁰

O DISA é um programa universal ministrado em sala de aula.

Ele é baseado em um modelo multifatorial em que se assume que a depressão resulta de múltiplos elementos etiológicos, como cognições negativas, eventos estressantes, vulnerabilidades predisponentes, fatores de risco (ser do sexo feminino, ter histórico anterior de depressão ou ter pais com depressão) e imunidades à depressão (auto-estima elevada, habilidades de enfrentamento ou frequência elevada de eventos e atividades

agradáveis).

O programa foi realizado uma vez por semana durante uma hora e meia por um período de dez semanas, com base em um manual, com um currículo fixo para cada sessão com técnicas cognitivo-comportamentais destinadas a mudar pensamentos negativos, treinamento de comunicação e em estratégias de resolução de problemas e exercícios para fortalecer habilidades, redes sociais e aumentar a participação na promoção de atividades de saúde.

Os tutores concluíram um curso de treinamento de três dias e foram solicitados a preencher um formulário referente à fidelidade do programa e ao tempo necessário para conduzir e preparar cada sessão²⁰.

Estratégia Nacional de Intervenção para a Doença de Alzheimer e Síndromes Demenciais (Cuba)¹⁴

O programa visa melhorar a formação dos médicos que tratam pacientes com deficiência cognitiva, apoiar as famílias dos pacientes e facilitar a interação entre os setores sociais relacionados.

A Estratégia inclui diretrizes de trabalho para atenção primária e secundária, educação sobre os direitos das pessoas com deficiência cognitiva, desenvolvimento profissional, pesquisa e promoção da saúde e prevenção da demência.

Um plano de ação associado, focado na atenção primária, inclui propostas de criação de clínicas de memória, centros de dia e serviços integrais de reabilitação para estimulação cognitiva.

As medidas de curto prazo incluem: aumentar a detecção precoce; criar um registro de morbidade e mortalidade por demência; promover a formação profissional; fornecer apoio às famílias; e promover a pesquisa básica e clínica sobre demência.

As propostas de médio prazo visam reduzir a incidência e a mortalidade por demência; controlar os fatores de risco; promover estilos de vida saudáveis; oferecer novas opções de tratamento; e otimizar a detecção precoce.

Um conjunto de indicadores foi desenvolvido para avaliar a implementação da estratégia¹⁴.

Mental health policy, strategies, services and programmes to GLBTI population (Nova Zelândia)¹⁰

Na Nova Zelândia existem vários documentos de políticas e estratégias abrangentes para orientar a promoção da saúde mental, alguns dos quais incluem a menção de algumas ou todas as populações LGBTI.

Várias organizações sociais e outras organizações LGBTI fornecem suporte geral, serviços sociais, de defesa e informação, serviços sociais, que provavelmente contribuem para a saúde mental e o bem-estar das pessoas LGBTI.

Estes serviços funcionam principalmente ao nível dos contextos (por exemplo, nas escolas) ou ao nível pessoal (por exemplo, aconselhamento).

Além disso, foram identificados doze recursos de promoção de saúde mental focados em LGBTI, incluindo recursos impressos e online de promoção de saúde mental¹⁰.

Mental health policy of Sri Lanka 2005–2015 (Sri Lanka)¹⁹

Os principais objetivos da política eram fornecer serviços de saúde mental de boa qualidade nos níveis primário, secundário e terciário; garantir o envolvimento ativo das comunidades, famílias e usuários dos serviços; tornar os serviços de saúde mental culturalmente apropriados e baseados em evidências; e proteger os direitos humanos e a dignidade de todas as pessoas com transtornos de saúde mental.

Os serviços de saúde mental prestados por oficiais médicos incluem atendimento ambulatorial e domiciliar, promoção de saúde mental nas escolas e educação em saúde mental comunitária.

A política de saúde mental recomendou que houvesse pelo menos dois enfermeiros psiquiátricos comunitários

alocados para cada distrito. Seu papel principal era estender os cuidados de saúde mental para além do hospital para a comunidade, com acompanhamento ativo dos pacientes para incentivar a adesão ao tratamento.

Os enfermeiros prestam cuidados de saúde mental domiciliários: supervisionam a adesão ao tratamento; administram o tratamento; e fornecem educação em saúde mental para pacientes, seus familiares e comunidade, em colaboração com equipes de atenção primária à saúde.

Um quadro de assistentes sociais psiquiátricos foi incluído na extensão dos cuidados de saúde mental de um ambiente hospitalar para ambientes comunitários. O assistente social psiquiátrico é capaz de facilitar o estabelecimento de um vínculo entre um paciente e sua família e as agências sociais relevantes.

Normalmente, os cuidados são prestados através de uma equipa multidisciplinar, composta pelo médico assistente, enfermeiro psiquiátrico comunitário e assistente social psiquiátrico. Em algumas circunstâncias, um terapeuta ocupacional também pode se juntar à equipe. Esta abordagem multidisciplinar permite avaliar as necessidades médicas, psicológicas e sociais dos pacientes.

Envolvimento da comunidade com a ajuda de organizações não-governamentais: essas organizações voluntárias comunitárias funcionam em vários níveis. Algumas funcionam como organizações independentes, enquanto outras funcionam com a assistência dos serviços estaduais de saúde mental. Suas atividades incluem detecção precoce e encaminhamento de doentes mentais; supervisão do tratamento; prestação de apoio psicológico a pacientes e seus familiares; reconhecimento da recaída e encaminhamento adequado; e educação em saúde mental para aumentar o nível de alfabetização em saúde mental na comunidade e iniciar atividades geradoras de renda para facilitar a integração na comunidade¹⁹.

Programa de Apoio Primário (Espanha)²¹

O Programa de Apoio Primário foi implementado para melhorar, desde o primeiro nível de atenção, o tratamento da população com problemas de saúde mental de complexidade leve a moderada, bem como a identificação e encaminhamento de casos graves para cuidados especializados²¹.

Fonte: Autores. **Nota:** DISA: *Depression in Swedish Adolescents*; LGBTI: lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros e intersexuais.

5.1.12. Programas de promoção da saúde ocular

Programas de promoção da saúde ocular (África do Sul) foram analisados em um estudo com o objetivo de determinar as direções governamentais de saúde envolvidas na promoção da saúde ocular e as políticas de saúde relacionadas (Quadro 14). O autor apontou que tendo em vista a prestação de serviços oftalmológicos com diferentes modelos de atendimento é importante considerar a reestruturação da prestação de serviços de saúde ocular, que deve incluir um modelo integrado e o desenvolvimento de um documento de política específica⁵⁴.

Quadro 14. Principais características de programas de saúde ocular.

Programas de promoção da saúde ocular (África do Sul)⁵⁴

A Diretoria de Doenças Crônicas, Deficiências e Geriatria era responsável pelos serviços oftalmológicos em âmbito nacional e provincial.

As questões de promoção da saúde ocular faziam parte de quatro diretrizes nacionais sobre diferentes aspectos dos cuidados oftalmológicos: Extensão comunitária; Visita escolar; Formação de promotores de saúde; Formação de enfermeiras oftalmológicas.

A Diretoria de Doenças Crônicas, Deficiências e Geriatria disponibilizou as seguintes orientações, que eram os únicos documentos sobre saúde ocular em geral:

- Diretriz Nacional sobre Prevenção da Cegueira na África do Sul;
- Diretriz nacional sobre o gerenciamento e controle de condições oculares em nível primário;
- Diretriz nacional sobre triagem de erros refrativos para pessoas com 60 anos ou mais;
- Diretriz Nacional de Cirurgia de Catarata⁵⁴.

Fonte: Autores.

5.1.13. Programas de promoção da saúde sexual e prevenção de HIV

Dois estudos analisaram programas relacionados à saúde sexual^{18,26} (Quadro 15).

Programa de prevenção e diagnóstico precoce do HIV (Espanha) foi analisado em um estudo quanto à população-alvo do programa oferecido por meio de serviços adaptados socioculturalmente em centros de atenção primária, mostrando que conseguiu atingir uma alta proporção de pessoas de populações vulneráveis¹⁸.

STRIVE CQI program - Sexual health quality improvement program (Austrália) foi descrito a partir de pesquisa com a equipe clínica. Resultados positivos foram observados, porém com alguns desafios. Considerando os componentes do programa, os relatórios de dados clínicos tiveram o maior grau de integração e normalização, enquanto os dois tipos de financiamento - promoção da saúde e pagamentos de incentivo - tiveram níveis baixos de integração e normalização²⁶.

Quadro 15. Principais características de programas de saúde sexual e HIV.

Programa de prevenção e diagnóstico precoce do HIV (Espanha)¹⁸
<p>Os principais objetivos deste programa incluem: aumentar o conhecimento do estado sorológico do HIV entre as pessoas que pertencem a grupos desproporcionalmente afetados pelo HIV ou que estão em maior risco de contrair o HIV, ou aqueles que podem ter mais dificuldades de acesso aos cuidados de saúde.</p> <p>Embora esses centros estejam abertos a todas as pessoas, eles foram adaptados para serem acessíveis a pessoas que fazem parte de grupos mais vulneráveis, como migrantes econômicos, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens. Estes centros têm mediadores culturais que se dirigem aos imigrantes e promovem a eficácia do aconselhamento.</p> <p>Esses serviços foram promovidos por meio de uma variedade de abordagens direcionadas e gerais, incluindo: trabalho de divulgação nas ruas por mediadores culturais, anúncios na mídia de massa e na Internet, distribuição de brochuras informativas, por meio do serviço de informações telefônicas da Cruz Vermelha e por organizações não governamentais.</p> <p>O acesso ao serviço era totalmente gratuito e anônimo. Após marcação de consulta pelo usuário, era agendada a data para a entrevista. Aconselhamento e testes de HIV foram fornecidos quando necessário. As consultas podiam ser realizadas em dez idiomas diferentes¹⁸.</p>
STRIVE CQI program - Sexual health quality improvement program (Austrália)²⁶
<p>O programa foi baseado em um ciclo de feedback com os seguintes componentes: (i) seis relatórios mensais de dados clínicos projetados para fornecer à equipe da clínica informações contínuas sobre sua cobertura de testes de infecções sexualmente transmissíveis (IST); (ii) avaliação anual de sistemas para medir e descrever os</p>

processos de prestação de cuidados de saúde sexual dentro da clínica; (iii) planejamento de ações para desenvolver e orientar mudanças na prestação e no aumento das visitas clínicas para testes de IST; e (vi) pagamentos de incentivo às clínicas com base no progresso para atingir as metas de melhores práticas relacionadas a IST.

Relatório de dados clínicos com dados extraídos de laboratórios participantes e registros médicos eletrônicos:

- Seis relatórios mensais de dados clínicos específicos da clínica foram apresentados à equipe em uma visita presencial;
- O formato visual forneceu à equipe da clínica percepções sobre a prática clínica local associada às metas de melhores práticas do programa.

Ferramenta de Avaliação de Sistemas de outros programas australianos de qualidade, desenvolvida especificamente para a saúde sexual:

- Abrangeu seis componentes que impactaram a prestação sistemática de cuidados de saúde sexual;
- A equipe autoavalia sua clínica em uma escala de 0 a 11 (sendo 11 o alcance do nível de melhores práticas);
- A ferramenta levou de 1 a 3 horas para ser concluída e teve como objetivo incluir todos os funcionários que trabalham dentro da clínica.

Configuração do plano de ação:

- Lacunas destacadas na Ferramenta de Avaliação de Sistemas e no relatório de dados clínicos alimentados em um plano de ação;
- Plano de ação específico para cada clínica;
- Impulsionado por equipe clínica;
- Inclui funções e responsabilidades designadas.

Coordenador STRIVE:

- Empregado pelo programa;
- Cinco coordenadores empregados para trabalhar com os sites participantes;
- Trabalho em parceria com quaisquer funções de saúde sexual existentes e de base regional, empregadas por departamentos de saúde ou serviços controlados pela comunidade;
- Contato regular com as clínicas participantes por meio de três chamadas telefônicas mensais;
- Seis visitas clínicas presenciais mensais envolveram a entrega de relatórios de atividade clínica, realização de avaliações de sistemas e criação de planos de ação.

Financiamento da Promoção da Saúde:

- O programa forneceu às clínicas um pagamento único de 2.000 dólares americanos;
- O pagamento deveria ser usado para uma atividade projetada para incentivar os jovens a entrar nas clínicas para testes de IST;
- Clínicas individuais pagas por teste feito e em relação à melhoria geral para atingir as metas de melhores práticas relacionadas a IST²⁶.

Fonte: Autores. **Nota:** HIV: vírus da imunodeficiência humana; IST: infecções sexualmente transmissíveis; STRIVE CQI program - Sexual health quality improvement program.

5.1.14. Programas de controle do tabagismo

Três estudos analisaram programas de controle do tabagismo (Quadro 16)^{17,33,55}.

Anti-smoking program (Austrália), visto a partir de experiências vividas pela equipe da APS envolvida na implementação do programa, mostrou resultados que podem ajudar os serviços de saúde a adaptar melhor os programas antitabagismo para o ambiente rural remoto, onde as taxas de tabagismo são particularmente altas⁵⁵.

ITACA - Programa de educação para prevenção do tabagismo (Espanha) foi avaliado quanto à eficácia de uma intervenção escolar realizada por um professor sobre a iniciação do tabagismo em adolescentes. Os resultados não apresentaram um efeito significativo sobre a incidência de tabagismo em adolescentes³³.

Programa de Ayuda a Dejar de Fumar (Espanha) foi submetido a uma avaliação preliminar. O financiamento de medicamentos para ajudar a parar de fumar mostrou-se associado a altas taxas de cessação do tabagismo, sendo necessário avaliar o programa a médio e longo prazo¹⁷.

Quadro 16. Principais características de programas de tabagismo.

Anti-smoking program (Austrália)⁵⁵
<p>O programa consistiu em um plano de tratamento individualizado, terapia de reposição de nicotina subsidiada e aconselhamento individual semanal e sessões de apoio com um gerente de caso designado durante 12 semanas, além de suporte telefônico.</p> <p>Os usuários que não puderam ou não compareceram às consultas semanais foram acompanhados por seu gerente de caso por telefone ou em casa, comunidade ou local de trabalho.</p> <p>Os usuários também foram encaminhados para um clínico geral e para terapia de reposição de nicotina, vareniclina ou bupropiona. Problemas de saúde mental e/ou drogas e álcool também foram avaliados.</p> <p>Os gerentes de caso incluíam pessoal de enfermagem, profissionais de saúde indígenas e outros trabalhadores da APS de unidades de saúde e multifuncionais controladas pelo governo, e organizações de saúde controladas pela comunidade aborígine.</p> <p>O treinamento do gerente de caso consistiu em educação geral para parar de fumar e treinamento específico para a entrega do programa⁵⁵.</p>
ITACA - Programa de educação para prevenção do tabagismo (Espanha)³³
<p>O ITACA é um programa de prevenção ao tabagismo de quatro anos, originalmente projetado para alunos do ensino médio de 12 a 16 anos de idade.</p> <p>Ele é uma intervenção cognitivo-comportamental que se baseia no modelo das influências sociais e está integrada nas atividades curriculares regulares das escolas.</p> <p>Cada escola designou um coordenador para realizar a intervenção e estabeleceu um sistema de comunicação para o coordenador, professores e pesquisadores do projeto relatarem a eficácia da implementação.</p> <p>O componente curricular de quatro anos consistia em 22 aulas de aproximadamente 50 minutos cada:</p> <ul style="list-style-type: none">→ 8 aulas no currículo de ciências ambientais,→ 6 no currículo de ciências sociais,→ 2 no currículo de educação física,→ 1 no currículo de matemática, e→ 5 como tutoriais de alunos³³.
PAF - Programa de Ayuda a Dejar de Fumar (Espanha)¹⁷
<p>O PAF foi resultado da colaboração entre a Saúde Pública e a Atenção Primária. Em 2001 foi integrado no Plano de Ação Regional do Tabaco, juntamente com as outras duas linhas de ação: prevenção da iniciação tabágica e</p>

promoção de espaços livres de fumo.

O PAF inclui dois níveis de intervenção, um básico e outro intensivo, com apoio educativo programado, individual e em grupo.

Em dezembro de 2017, foi reintroduzido o financiamento de medicamentos para cessação tabágica, nas mesmas condições de qualquer outro medicamento. Os tratamentos são limitados a um por paciente e ano, sempre incluindo suporte educacional¹⁷.

Fonte: Autores. **Nota:** ITACA: Programa de educação para prevenção do tabagismo; PAF: *Programa de Ayuda a Dejar de Fumar*.

5.2 Informações de sites governamentais

Informações de programas e políticas também foram obtidas em sites governamentais para os seguintes países: África do Sul, Arábia Saudita, Austrália, Canadá, Cuba, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Irlanda, Islândia, Kuwait, Malta, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido e Sri Lanka. Bahrein, Brunei, Butão, Geórgia, Grécia, Itália, Kuwait, Malásia, Maldivas, Omã, Taiwan, Trindade e Tobago e Ucrânia apresentam informações extraídas somente de sites governamentais. O quadro a seguir contém detalhes de programas, políticas e os links de acesso.

Quadro 17. Características de programas e políticas segundo informações disponíveis em sites governamentais dos países.

África do Sul

Semana Nacional de Nutrição e Obesidade: procura conscientizar os consumidores sobre a obesidade e a importância de uma alimentação saudável.

Comemoração do Dia Mundial de Lavagem das Mãos: cujo objetivo é aumentar a conscientização sobre a importância de lavar as mãos com sabão como uma abordagem fundamental para a prevenção de doenças (<https://www.health.gov.za/health-promotion-and-nutrition/>).

MomConnect: objetiva introduzir um mecanismo de registro eletrônico de todas as gestações no sistema público de saúde, enviar mensagens direcionadas de promoção da saúde para mulheres grávidas para melhorar sua saúde e a de seus bebês e fornecer às gestantes um mecanismo interativo de feedback sobre o atendimento recebido (<https://www.health.gov.za/momconnect/>).

Arábia Saudita

Programa Nacional de Saúde Bucal para Crianças do Ensino Fundamental: cujo objetivo é tornar a saúde bucal parte da atividade pedagógica diária e disseminar a conscientização sobre saúde bucal entre as crianças.

Programa de Odontologia Preventiva Pré-natal: que objetiva manter uma boa saúde bucal durante a gravidez e a infância.

Programa de saúde bucal para crianças em idade pré-escolar: que procura verificar e monitorar as datas de erupção e sequência de erupção dos dentes decíduos e permanentes nessa população.

Semana de Saúde Bucal: busca conscientizar o público sobre os problemas de saúde bucal e como evitá-los.

Educação em Saúde Bucal Comunitária e Campanha de Tendas de Saúde: não há informação sobre os objetivos desses programas

(<https://capp.mau.se/bank-of-ideas/saudi-arabia-an-ongoing-oral-health-promotion-programme/>).

Austrália

O site do *Australian Institute of Health and Welfare* apresenta na sessão *Health promotion and health protection*, com o objetivo fundamental de qualquer sistema de saúde prevenir doenças e reduzir os problemas de saúde para que as pessoas permaneçam saudáveis pelo maior tempo possível.

Cita alguns exemplos de casos de sucesso da promoção e proteção em saúde, como a obrigatoriedade do uso do cinto de segurança; o teste de bafômetro e os limites de 50 km/h nas ruas; as 8 Estratégias Nacionais de HIV, com parcerias entre organizações governamentais e não governamentais, médicos, pesquisadores e partidos políticos e a participação ativa das comunidades afetadas; o controle do tabaco (<https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/health-promotion>).

Bahrein

O *Bahrain National School Health Program* tem como objetivos: fornecer instrução para desenvolver os conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos relacionados à vida saudável; apoiar a prestação de serviços de apoio aos estudantes e suas famílias; criar um ambiente social e físico saudável dentro da escola; integrar os conceitos de gestão da saúde pessoal, promoção da saúde e educação; incorporar estratégias abrangentes, interdisciplinares e baseadas em resultados; ser ministrado por professores competentes e qualificados em educação e promoção da saúde; fornecer tempo de instrução suficiente para provocar mudança de comportamento.

O programa requer um modelo que incorpore um amplo espectro de atividades e serviços que ocorrem na escola e nas comunidades vizinhas

(https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/bahrain_national_school_health_programme_en.pdf).

Brunei

Centro de Promoção da Saúde (*Health Promotion Center*) cujos objetivos são: Desenvolver estratégias, políticas e diretrizes, relacionadas à promoção de estilos de vida saudáveis e promoção de doenças não transmissíveis (DNT); Coordenar e conduzir programas de promoção da saúde, particularmente relacionados com estilo de vida saudável e prevenção de DNT; Realizar avaliações e pesquisas relacionadas ao estilo de vida saudável e prevenção de DNT; Prestar consultas, orientações e treinamentos sobre promoção da saúde, estilo de vida saudável e prevenção de DNT; Defender e apoiar campanhas de promoção da saúde e atividades realizadas por outras partes interessadas por meio de parceria e colaboração (<https://www.moh.gov.bn/SitePages/HPC%20Adult%20Elderly%20Policies%20Programme.aspx>).

Butão

A Constituição do Butão estabelece que o Estado tem o dever de oferecer acesso gratuito a serviços básicos de saúde pública, tanto os tratamentos modernos quanto os tradicionais.

A Política Nacional de Saúde do país pretende definir a agenda e fornecer “orientação geral para orientar o governo na consecução das metas nacionais e internacionais de saúde dentro do espírito de justiça social e equidade” (<https://www.moh.gov.bt/wp-content/uploads/moh-files/2015/11/National-Health-Policy.pdf>).

Canadá

O Centro de Promoção da Saúde do Canadá usa a abordagem de fases da vida e é responsável pela implementação de políticas e programas que melhoram as condições em que o desenvolvimento saudável ocorre.

Por meio de uma ação fundamentada nos princípios da população e da saúde pública, ele aborda os determinantes da saúde e facilita o movimento bem-sucedido pelas etapas da vida. Atua por meio de programas voltados para o desenvolvimento saudável da criança, famílias, envelhecimento e estilos de vida, informação e educação pública, além de questões relacionadas à saúde rural e apoio ao setor voluntário.

Alguns programas de promoção da saúde canadenses: *Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities, Canada Prenatal Nutrition Program, Community Action Program for Children, Healthy Early Years* e *Nobody's Perfect* (<https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion.html>; <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/centre-health-promotion.html>; <https://www.canada.ca/en/public-health/programs.html#Programs>).

Cuba

As normas e procedimentos da educação para a saúde, da Unidade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças do Ministério da Saúde Pública cubano, objetiva fornecer ferramentas educativas, orientar educadores, equipes e grupos de trabalho básico da Atenção Primária à Saúde na elaboração e desenvolvimento de planos e ações educativas que garantam a qualidade.

Seus objetivos específicos são: Promover a reflexão e análise do comportamento das pessoas e sua relação com os fatores ambientais, políticos, socioculturais, físicos e psicológicos envolvidos; Aumentar conhecimentos, atitudes e práticas para desenvolver ou reforçar comportamentos saudáveis; Desenvolver valores, atitudes, recursos e habilidades pessoais básicas para o autocuidado, competência pessoal e social; Aumentar a auto-estima individual e comunitária (<https://instituciones.sld.cu/upp/>; <https://files.sld.cu/upp/files/2016/04/Normas-y-procedimientos-.pdf>).

Dinamarca

A Autoridade de Saúde Dinamarquesa (*Danish Health Authority*) é responsável por promover a saúde pública e apoiar escolhas de estilo de vida saudáveis da população dinamarquesa.

Possui a missão de transmitir conhecimento à população e às autoridades sobre o estado de saúde da população, os fatores de risco relacionados à saúde e prevenção de estilos de vida pouco saudáveis e promover intervenções que possam apoiar e promover escolhas saudáveis (<https://sst.dk/en/English/Responsibilities-and-tasks/Health-promotion>).

Espanha

A Estratégia de Promoção da Saúde e Prevenção no Sistema Nacional de Saúde foi aprovada em 2012 pelo Conselho Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde espanhol.

A estratégia é uma oportunidade para integrar e coordenar os esforços de promoção e prevenção da saúde entre todos os níveis, setores e atores envolvidos.

Representa também um novo impulso na reorientação do Sistema Nacional de Saúde, que é uma exigência do nosso meio e uma recomendação reiterada por organismos internacionais como a OMS e a União Europeia.

A sociedade valoriza muito a saúde e exige uma resposta conjunta, coordenada e integrada de intervenções eficazes e mantidas ao longo do tempo

(<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>).

Finlândia

O Ministério de Assuntos Sociais e Saúde finlandês apresenta em seu site o *Welfare and health promotion*.

Ele objetiva fornecer atividades que promovam estilos de vida saudáveis e ambientes de vida limpos, seguros e acessíveis.

Outro objetivo é reduzir as desigualdades em saúde, visando tornar a boa saúde indiferenciada entre diferentes segmentos da população e em diferentes partes do país.

O *Health Care Act* é a lei que fundamenta a promoção da saúde finlandesa

(<https://stm.fi/en/promotion-of-welfare>;
https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2010/en20101326_20131293.pdf).

Geórgia

O Departamento de Saúde Pública da Geórgia apresenta o Programa de Prevenção de Doenças Crônicas e Promoção da Saúde (*Chronic Disease Prevention & Health Promotion*).

O objetivo é melhorar a saúde dos georgianos do sul, por meio da conscientização geral sobre doenças crônicas e estabelecendo políticas e mudanças ambientais para apoiar estilos de vida saudáveis relacionados à prevenção de doenças crônicas, como aumento da atividade física e melhoria da nutrição

(<https://southhealthdistrict.com/programs-services/chronic-disease/>; <https://dph.georgia.gov/chronic-disease-prevention>).

Grécia

Foi identificado um documento em inglês sobre programas de saúde escolar: *Greece: Tools and materials for school health promotion*. Muitos dos documentos presentes no site estão disponíveis apenas em grego.

A política nacional envolve um currículo e atividades de Educação em Saúde nas escolas, especialmente no ensino fundamental.

Os professores do ensino básico têm a opção de implementar atividades na área da educação para a saúde, educação ambiental ou cultura, no currículo, durante parte do ano letivo

(<https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/electra-greece.pdf>).

Irlanda

Foram identificados dois programas de promoção da saúde irlandeses:

Sexual Health and Crisis Pregnancy Programme, cujos objetivos gerais são melhorar a saúde e o bem-estar sexual e reduzir os resultados negativos de saúde sexual

(<https://www.hse.ie/eng/about/who/healthwellbeing/our-priority-programmes/sexual-health/>).

Mental Health & Wellbeing Programme objetiva promover a saúde mental e o bem-estar positivos em toda a população e em grupos prioritários. Este programa, que faz parte do plano de Saúde Mental e Bem-Estar do *Health Service Executive*, e teve colaboração de parceiros intersetoriais e agências financiadoras (<https://www.hse.ie/eng/about/who/healthwellbeing/our-priority-programmes/mental-health-and-wellbeing/>).

Islândia

Medical Director of Health and Public Health Act: com objetivo de promover a saúde da população islandesa, através de atividades de saúde pública mais ativas e garantindo a qualidade dos serviços de saúde, conduzindo o trabalho de saúde pública e os serviços de saúde baseados no melhor conhecimento e experiência em todos os momentos

([https://www.government.is/library/04-Legislation/Act%20on%20the%20Medical%20Director%20of%20Health%20and%20Public%20Health%20as%20amended%202018%20-%20Copy%20\(1\).pdf](https://www.government.is/library/04-Legislation/Act%20on%20the%20Medical%20Director%20of%20Health%20and%20Public%20Health%20as%20amended%202018%20-%20Copy%20(1).pdf)).

Itália

Definizione di obiettivi e soluzione di problemi: programa de promoção de saúde mental, com objetivo de promover e otimizar a autoeficácia, o bem-estar psicológico e a satisfação com a vida (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561950/>).

Kuwait

School Oral Health Program: programa de promoção da saúde bucal cujo objetivo principal é prevenir e controlar doenças bucais de crianças em idade escolar.

Ele é um programa escolar que fornece educação, prevenção e componentes de tratamento de saúde bucal (https://damoh.gov.kw/files/1713/8721/3456/SOH-Protocol_2011.pdf).

Malásia

Foram identificados quatro programas e duas políticas de promoção da saúde:

Nacional Adolescent Health Policy, com objetivos de: Apoiar o desenvolvimento de adolescentes resilientes por meio da promoção da saúde e da vida responsável; Prevenir as consequências para a saúde dos comportamentos de risco através da promoção do bem-estar e da prestação de serviços de saúde adequados; Promover a participação ativa do adolescente na promoção da saúde (<https://fh.moh.gov.my/v3/index.php/component/jdownloads/send/21-sektor-kesihatan-remaja/253-dasarkesihatanremajanegara?Itemid=0>).

National Health Policy for Older Person, com objetivos de: Melhorar o estado de saúde dos idosos; Incentivar a participação em atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças ao longo da vida; Fornecer serviços de saúde amigáveis aos idosos, acessíveis, equitativos, acessíveis, culturalmente aceitáveis, sensíveis ao gênero e integrados de maneira holística em todos os níveis; Defender e apoiar o desenvolvimento de um ambiente propício para uma vida independente

(<https://fh.moh.gov.my/v3/index.php/component/jdownloads/send/23-sektor-kesihatan-warga-emas/470-dasar-kesihatan-warga-emas-negara?Itemid=0>).

Healthy Community Country Builder ou *Komuniti Sihat Pembina Negara*, com objetivo de monitorar os problemas de aumento da carga de doenças não transmissíveis

(<https://www.malaysia.gov.my/portal/subcategory/359>).

Physical Activities Movers, com objetivo de realizar programas de atividades físicas em esforços para reduzir o peso dos corpos entre os malaios.

Programme Healthy Undergraduates ou *Program Siswa Sihat*, com objetivo de capacitar os alunos dos Institutos Superiores de Aprendizagem a praticar um modo de vida saudável.

Programme for Patients' Education, com objetivo de ensinar pacientes em relação ao: diabetes, asma, hipertensão e doença renal.

Maldivas

Delivering Quality Healthcare, Promoting Healthy Lifestyles: objetivo de lidar com o aumento das doenças não transmissíveis como o principal fator contribuinte para a morbimortalidade no país, bem como a prevenção de doenças transmissíveis

(https://mpf.gov.mv/wp-content/uploads/2019/06/Enhancing-Social-Outcomes_Policy-Note-10.pdf).

Malta

Weight management programme: Dar aos participantes, que desejam perder peso, o conhecimento e as habilidades para reduzir e manter um peso saudável.

Hu Kontroll: Fornecer as habilidades e ferramentas necessárias para ajudar a gerenciar o impacto que uma condição de saúde pode trazer.

Resilience programme: Ajudar o indivíduo a fortalecer a resiliência

(<https://deputyprimeminister.gov.mt/en/health-promotion/Pages/home.aspx>).

Noruega

The Government's nutrition policy: Ajudar a garantir que a dieta da população tenha uma composição que esteja de acordo com as recomendações da Direção de Saúde e Ação Social (https://www.regieringen.no/contentassets/069d160b7cf54b04a1a375515d01659a/en-gb/pdfs/stm200220030016000en_pdfs.pdf).

Nova Zelândia

Child oral health promotion initiative: programa de promoção da saúde bucal infantil, com objetivo de promover a escovação regular dos dentes com creme dental fluoretado (<https://www.health.govt.nz/nz-health-statistics/national-collections-and-surveys/surveys/new-zealand-health-survey/improving-health-new-zealanders>).

Omã

Primary Health Care Policies e Primary Health Care Nursing Policy, com os seguintes objetivos: Admitir que a saúde faz parte do processo de desenvolvimento da comunidade e é influenciada pelos aspectos sociais, econômicos e educacionais da mesma; Envolver ativamente os membros da comunidade (indivíduos, famílias e grupos) para alcançar melhor saúde e desenvolvimento. Essa participação da comunidade pode ser realizada por meio do grupo de apoio comunitário; Tomar as precauções necessárias para prevenir doenças; Prevenir e remediar as pessoas sujeitas a todos os tipos de acidentes (domésticos, rodoviários, industriais); Promover um Estilo de Vida Saudável (<https://www.moh.gov.om/documents/272928/0/PHC+Policy+.pdf/749694e3-4e4c-6999-6ca8-10df7319fab1>).

Portugal

A Promoção da Saúde Oral abarca oito programas: i) Programa de saúde oral nas mulheres grávidas, ii) Programa de saúde oral em saúde infantil, iii) Programa de saúde oral nas crianças e jovens de 4, 7, 10 e 13 anos, iv) Programa de saúde oral nas crianças e jovens de 16 a 18 anos, v) Programa de saúde oral nas crianças e jovens de idades intermediárias, vi) Programa de saúde oral para pessoas beneficiárias do complemento solidário, vii) Programa de saúde oral para portadores de HIV/SIDA e viii) Programa de intervenção precoce no cancro oral.

<https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/portalMenu/GetInformationMenu.action#>

Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, com os objetivos de: Aumentar a literacia, a valorização e a participação da população relativamente às diferentes formas de atividade física, desportivas e não-desportivas; Capacitar os profissionais de saúde, e promover alterações estruturais, com vista generalização da promoção da atividade física nos serviços de saúde; Incentivar ambientes facilitadores de atividade física no lazer, nos transportes, no trabalho, na escola/universidade e nos demais contextos de vida; Promover a vigilância da atividade física e dos seus determinantes, e a valorização e reconhecimento das boas práticas na promoção da atividade física.

<https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/apresentacao.aspx>
https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/relatorio_pnpaf_20211.aspx

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, para promover o estado de saúde da população portuguesa, atuando num dos seus principais determinantes, a alimentação.

<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt>

Programa de apoio à promoção e educação para a saúde, com objetivo de: Incentivar as escolas de modo a promover a literacia em saúde; Promover atitudes e valores que suportem comportamentos saudáveis; Valorizar comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis; Criar condições ambientais para uma Escola Promotora de Saúde.

https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/papes_doc.pdf

Reino Unido

Health and Wellbeing programmes (Health and Wellbeing Champions): que os Campeões de Saúde e Bem-Estar promovam, identifiquem e sinalizem seus colegas de trabalho para ofertas locais e nacionais de apoio à saúde e bem-estar. Isso deve ser assumido como uma responsabilidade, além de seu papel diário.

<https://www.england.nhs.uk/supporting-our-nhs-people/health-and-wellbeing-programmes/health-and-wellbeing-champions/>

The national civility and respect programme: Apoiar e promover culturas de civilidade e respeito no NHS, criando ambientes de trabalho positivos que sejam gentis, compassivos e inclusivos para todos.

<https://www.england.nhs.uk/supporting-our-nhs-people/health-and-wellbeing-programmes/civility-and-respect/>

Sri Lanka

National Policy on Maternal and Child Health com os seguintes objetivos: Promover a saúde das mulheres e seus parceiros para entrar na gravidez com ótima saúde e mantê-la ao longo da vida; Garantir um resultado seguro para a mãe e o recém-nascido através da prestação de cuidados de qualidade durante a gravidez, parto e período pós-parto; Garantir a redução da morbidade e mortalidade perinatal e neonatal através da prestação de cuidados de qualidade; Permitir que todas as crianças com menos de cinco anos de idade sobrevivam e alcancem todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento através da prestação de cuidados ideais; Garantir que crianças de 5 a 9 anos e adolescentes realizem todo o seu potencial de crescimento e desenvolvimento em um ambiente físico e psicossocial propício e cheio de recursos; Permitir que as crianças com necessidades especiais desenvolvam de forma otimizada suas capacidades mentais, físicas e sociais para funcionarem como membros produtivos da sociedade; Permitir que todos os casais tenham um número desejado de filhos com espaçamento ideal, evitando gravidezes indesejadas; Promover a saúde reprodutiva de homens e mulheres garantindo equidade e igualdade de gênero; Garantir que os gestores de saúde a nível nacional, provincial, distrital e divisional sejam receptivos e responsáveis pela prestação de serviços de saúde materna e infantil de alta qualidade; Garantir monitoramento e avaliação eficazes do programador de saúde materno-infantil que gere informações de qualidade para apoiar a tomada de decisão; Promover pesquisas para políticas e práticas em saúde materna e infantil; Garantir comportamentos conducentes sustentáveis entre indivíduos, famílias e comunidades para promover a saúde materna e infantil.

http://www.health.gov.lk/moh_final/english/public/elfinder/files/publications/publishpolicy/4_Maternal%20and%20Child%20Health.pdf

Mental Health Policy of Sri Lanka que visa desenvolver serviços de saúde mental abrangentes e de alta qualidade para promoção da saúde, prevenção de transtornos mentais, tratamento e reabilitação, que sejam eficazes, acessíveis, equitativos e acessíveis para toda a população ao longo de sua vida de maneira colaborativa e multissetorial, preservando e promovendo os direitos humanos.

https://mentalhealth.health.gov.lk/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=220&lang=en

Taiwan

Health Promotion Administration's programmes para promover não apenas a expectativa de vida, mas a expectativa de vida saudável e reduzir a desigualdade em saúde, para que os cidadãos possam viver mais e melhor, independentemente da riqueza, região, gênero ou etnia.

[https://www.ecct.com.tw/overview-of-health-promotion-in-taiwan/#:~:text=The%20Health%20Promotion%20Administration%20\(HPA\)%20was%20officially%20launched%20on%2023,%2DCommunicable%20Diseases%20\(NCDs\)](https://www.ecct.com.tw/overview-of-health-promotion-in-taiwan/#:~:text=The%20Health%20Promotion%20Administration%20(HPA)%20was%20officially%20launched%20on%2023,%2DCommunicable%20Diseases%20(NCDs))

Trindade e Tobago

HIV and AIDS Coordinating Unit para liderar a resposta do Ministério da Saúde na redução da incidência de infecções por HIV e também na mitigação do impacto do HIV/AIDS em pessoas infectadas.

<https://health.gov.tt/services/hiv-aids-coordinating-unit>

Mental Health Unit para promover a saúde mental, prevenir condições mentais e de uso de substâncias por meio de advocacia, educação, pesquisa e serviços de última geração para todas as pessoas que sofrem de um espectro de transtornos psiquiátricos e melhorar a vida dos pacientes e suas famílias.

<https://health.gov.tt/services/mental-health>

Ucrânia

O Programa de Saúde Mental apresenta um novo conceito desenvolvido e aprovado sob a liderança do Ministério da Saúde.

O processo consistiu em várias etapas, incluindo consultas nacionais, discussões públicas e revisões de especialistas, que permitiram que especialistas de todas as regiões e representantes de agências governamentais e não-governamentais, organizações internacionais, assim como a academia, comunidade médica e sociedade civil comentassem o documento e trabalhassem juntos em sua finalização.

Esse novo conceito incluiu: Melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde mental; Conscientizar sobre saúde mental, condições e distúrbios comuns; Diminuir a discriminação e violações dos direitos humanos; Promover e prevenir a saúde mental (incluindo prevenção do suicídio); Alinhar os padrões educacionais e a regulação de protocolos e padrões internacionais; Adaptar abordagens às necessidades de certos grupos (por exemplo, deslocados internos, veteranos da operação antiterrorista, mães e crianças, pessoas idosas); Melhorar a eficácia do financiamento para a saúde mental.

<https://en.moz.gov.ua/article/news/mental-health-system-transformation-in-ukraine-improving-mental-health-services-and-bringing-mental-health-care-in-line-with-international-standards>

Fonte: Os autores. **Nota:** AIDS: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; DNT: doenças não transmissíveis; HIV: vírus da imunodeficiência humana; NHS: *National Health Service*; OMS: Organização Mundial de Saúde.

6. Considerações finais

Esta revisão rápida selecionou 53 estudos da base de dados PubMed, publicados nos últimos dez anos, que apresentam informações sobre políticas e programas de promoção da saúde dos seguintes países com sistemas públicos universais de saúde: África do Sul, Arábia Saudita, Austrália, Botsuana, Canadá, Cuba, Dinamarca, Espanha, Finlândia, Irlanda, Islândia, Malta, Noruega, Nova Zelândia, Portugal, Reino Unido, San Marino, Sri Lanka, Suécia.

Dados adicionais foram obtidos em sites governamentais de Bahrein, Brunei, Butão, Geórgia, Grécia, Itália, Kuwait, Malásia, Maldivas, Omã, Taiwan, Trindade e Tobago e Ucrânia.

Os temas analisados nos estudos referem-se a Alimentação saudável, Atividade física, Doenças crônicas não transmissíveis, Estilo de vida, Promoção da saúde e prevenção de doenças, Saúde bucal, Saúde da criança e da mulher, Saúde do homem, Saúde do idoso, Saúde escolar, Saúde mental, Saúde ocular, Saúde sexual e HIV e Tabagismo. As informações acessadas nos sites basicamente abordam esses mesmos temas.

Os estudos analisam principalmente programas implementados na Austrália, Espanha, Suécia e Inglaterra. Eles revelam a importância de se realizar monitoramento e avaliação de políticas e programas para conhecer o processo de implementação em diferentes contextos, o alcance em termos da população-alvo, o impacto sobre indicadores de saúde, além da percepção de profissionais de saúde e usuários. Tal conhecimento é fundamental para se decidir sobre a expansão ou necessidade de ajustes dos programas de saúde.

7. Referências

1. World Health Organization. Health Promotion [Internet]. Vol. 22, Who. 2019. p. 1–14. Available from: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1
2. Brasil. LEI No 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 [Internet]. 1990. Available from: [file:///C:/Users/lumis/OneDrive/Documents/RR 40/L8080.html](file:///C:/Users/lumis/OneDrive/Documents/RR%2040/L8080.html)
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): Anexo I da Portaria de Consolidação no 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. 2018. 39 p.
4. Dalfior ET, Lima R de CD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde em Debate*. 2015 Mar 1;39(104):210–25. doi.org/10.1590/0103-110420151040201.
5. Wikipedia. Health care systems by country. [Acessado 1 agosto 2022]. Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_systems_by_country
6. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 2016; 5: 210.
7. Adams J, Dickinson P, Asiasiga L. Mental health promotion for gay, lesbian, bisexual, transgender and intersex New Zealanders. *J Prim Health Care*. 2013 Jun 1;5(2):105-13.
8. Antypas K, Kirkevold M. Structure evaluation of the implementation of geriatric models in primary care: a multiple-case study of models involving advanced geriatric nurses in five municipalities in Norway. *BMC Health Serv Res*. 2020 Aug 14;20(1):749. doi: 10.1186/s12913-020-05566-y.
9. Austin-Evelyn K, Rabkin M, Macheka T, Mutiti A, Mwansa-Kambafwile J, Dlamini T, El-Sadr WM. Community health workers perspectives on a new primary health care initiative in the Eastern Cape of South Africa. *PLoS One*. 2017 Mar 16;12(3):e0173863. doi: 10.1371/journal.pone.0173863.
10. Baker C, Loughren EA, Crone D, Kallfa N. A process evaluation of the NHS Health Check care pathway in a primary care setting. *J Public Health (Oxf)*. 2015 Jun;37(2):202-9. doi: 10.1093/pubmed/fdv053.
11. Baum F, Freeman T, Jolley G, Lawless A, Bentley M, Värttö K, Boffa J, Labonte R, Sanders D. Health promotion in Australian multi-disciplinary primary health care services: case studies from South Australia and the Northern Territory. *Health Promot Int*. 2014 Dec;29(4):705-19. doi: 10.1093/heapro/dat029.
12. Bergström H, Sundblom E, Elinder LS, Norman Å, Nyberg G. Managing Implementation of a Parental Support Programme for Obesity Prevention in the School Context: The Importance of Creating Commitment in an Overburdened Work Situation, a Qualitative Study. *J Prim Prev*. 2020 Jun;41(3):191-209. doi: 10.1007/s10935-020-00584-2.
13. Bjerregaard AL, Dalsgaard EM, Bruun NH, Norman K, Witte DR, Stovring H, Maindal HT, Sandbæk A. Effectiveness of the population-based 'check your health preventive programme' conducted in a primary care setting: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*. 2022 Jan;76(1):24-31. doi: 10.1136/jech-2021-216581.

14. Bosch-Bayard RI, Llibre-Rodríguez JJ, Fernández-Seco A, Borrego-Calzadilla C, Carrasco-García MR, Zayas-Llerena T, Moreno-Carbonell CR, Reymond-Vasconcelos AG. Cuba's Strategy for Alzheimer Disease and Dementia Syndromes. *MEDICC Rev.* 2016 Oct;18(4):9-13. doi: 10.37757/MR2016.V18.N4.2.
15. Conlin MP, Navarro B, Espinosa Almendro JM, Rodríguez Gómez S, Cabrera-Léon A. Programa examen de salud para personas mayores de 65 años en Andalucía: estudio descriptivo de participantes [Health Exam for Adults Over 65 program in Andalusia: descriptive study of participants.]. *Rev Esp Salud Publica.* 2021 Oct 20;95:e202110178. Spanish.
16. Dennis S, Hetherington SA, Borodzicz JA, Hermiz O, Zwar NA. Challenges to establishing successful partnerships in community health promotion programs: local experiences from the national implementation of healthy eating activity and lifestyle (HEAL™) program. *Health Promot J Austr.* 2015 Apr;26(1):45-51. doi: 10.1071/HE14035.
17. Egüés Olazabal N, Delfrade Osinaga I, Dominguez Pascual S, Pérez Jarauta MJ, Nuin Villanueva M, López Andrés A, Indurain Orduna S, Echaui Ozcoidi M, Agudo Pascual C, Cambra Contín K. Programa de ayuda a dejar de fumar en Navarra. 25 años de andadura [Assistance program in quitting tobacco use in Navarra. 25 years on stage]. *Rev Esp Salud Publica.* 2019 Jul 15;93:e201907039. Spanish.
18. Esteban-Vasallo MD, Morán-Arribas M, García-Riolobos C, Domínguez-Berjón MF, Rico-Bermejo J, Collado-González S, Jiménez-García R, Guionnet A, de la Fuente BP, El Kertat R, Coundoul A, Martín-Gil RA. Targeted rapid HIV testing in public primary care services in Madrid. Are we reaching the vulnerable populations? *Int J Infect Dis.* 2014 Feb;19:39-45. doi: 10.1016/j.ijid.2013.10.006. Epub 2013 Nov 21.
19. Fernando N, Suveendran T, de Silva C. Decentralizing provision of mental health care in Sri Lanka. *WHO South East Asia J Public Health.* 2017 Apr;6(1):18-21. doi: 10.4103/2224-3151.206159.
20. Garmy P, Clausson EK, Berg A, Steen Carlsson K, Jakobsson U. Evaluation of a school-based cognitive-behavioral depression prevention program. *Scand J Public Health.* 2019 Mar;47(2):182-189. doi: 10.1177/1403494817746537. Epub 2017 Dec 11.
21. Gil-Girbau M, Peñarrubia-Maria MT, Carbonell-Simeón D, Rodríguez-Ferraz B, Contaldo SF, Iglesias-González M, Fernández-Vergel R, Blanco-García E, Baladon-Higuera L, Serrano-Blanco A, Rubio-Valera M. Assessment of a Primary Support Program: family physicians and mental health professionals' perspective. *Fam Pract.* 2022 Sep 24;39(5):920-931. doi: 10.1093/fampra/cmac013.
22. Gonzalez-Viana A, Violan Fors M, Castell Abat C, Rubinat Masot M, Oliveras L, Garcia-Gil J, Plasencia A, Cabezas Peña C; PAFES working group. Promoting physical activity through primary health care: the case of Catalonia. *BMC Public Health.* 2018 Aug 3;18(1):968. doi: 10.1186/s12889-018-5773-2.
23. Gualtieri A, Antonelli A, Romeo N. Healthcare programs in the eight European nations members of the World Health Organization Small Countries Initiative for health: Andorra, Cyprus, Iceland, Luxembourg, Malta, Monaco, Montenegro, and San Marino. *Turk Pediatri Ars.* 2020 Sep 1;55(Suppl 1):85-97. doi: 10.14744/TurkPediatriArs.2020.84829.
24. Gustavsson C, Nordqvist M, Bröms K, Jerdén L, Kallings LV, Wallin L. What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? - interview study with

- primary healthcare staff and management. *BMC Health Serv Res.* 2018 Mar 21;18(1):196. doi: 10.1186/s12913-018-3021-1.
25. Hamlin MJ, Yule E, Elliot CA, Stoner L, Kathiravel Y. Long-term effectiveness of the New Zealand Green Prescription primary health care exercise initiative. *Public Health.* 2016 Nov;140:102-108. doi: 10.1016/j.puhe.2016.07.014.
26. Hengel B, Bell S, Garton L, Ward J, Rumbold A, Taylor-Thomson D, Silver B, McGregor S, Dyda A, Knox J, Guy R, Maher L, Kaldor JM; STRIVE Investigators. Perspectives of primary health care staff on the implementation of a sexual health quality improvement program: a qualitative study in remote aboriginal communities in Australia. *BMC Health Serv Res.* 2018 Apr 2;18(1):230. doi: 10.1186/s12913-018-3024-y.
27. Hetherington SA, Borodzicz JA, Shing CM. Assessing the real world effectiveness of the Healthy Eating Activity and Lifestyle (HEAL) program. *Health Promot J Austr.* 2015 Aug;26(2):93-98. doi: 10.1071/HE14031.
28. Jongen C, McCalman J, Bainbridge R, Tsey K. Aboriginal and Torres Strait Islander maternal and child health and wellbeing: a systematic search of programs and services in Australian primary health care settings. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014 Jul 30;14:251. doi: 10.1186/1471-2393-14-251.
29. Journath G, Hammar N, Vikström M, Linnarsjö A, Walldius G, Krakau I, Lindgren P, de Faire U, Hellenius ML. A Swedish primary healthcare prevention programme focusing on promotion of physical activity and a healthy lifestyle reduced cardiovascular events and mortality: 22-year follow-up of 5761 study participants and a reference group. *Br J Sports Med.* 2020 Nov;54(21):1294-1299. doi: 10.1136/bjsports-2019-101749.
30. Kirby S, Edwards K, Yu S, van Gool K, Powell-Davies G, Harris-Roxas B, Gresham E, Harris M, Hall J. Improving outcomes for marginalised rural families through a care navigator program. *Health Promot J Austr.* 2021 Apr;32(2):285-294. doi: 10.1002/hpja.348.
31. Klein D, Kallio M, Humphries S, Mueen M. Collaborative team-based health promotion in a primary care setting: The MOVE program. *Can Fam Physician.* 2017 Feb;63(2):e123-e127.
32. Lefkowich M, Richardson N, Brennan L, Lambe B, Carroll P. A process evaluation of a Training of Trainers (TOT) model of men's health training. *Health Promot Int.* 2018 Feb 1;33(1):60-70. doi: 10.1093/heapro/daw056.
33. Leiva A, Estela A, Bannasar-Veny M, Aguiló A, Llobera J, Yáñez AM. Effectiveness of a complex intervention on smoking in adolescents: A cluster-randomized controlled trial. *Prev Med.* 2018 Sep;114:88-94. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.06.009.
34. Lindholm L, Stenling A, Norberg M, Stenlund H, Weinehall L. A cost-effectiveness analysis of a community based CVD program in Sweden based on a retrospective register cohort. *BMC Public Health.* 2018 Apr 4;18(1):452. doi: 10.1186/s12889-018-5339-3.
35. Lwembe S, Green SA, Tanna N, Connor J, Valler C, Barnes R. A qualitative evaluation to explore the suitability, feasibility and acceptability of using a 'celebration card' intervention in primary care to improve the uptake of childhood vaccinations. *BMC Fam Pract.* 2016 Jul 30;17:101. doi: 10.1186/s12875-016-0497-9.
36. Maher L, Phelan C, Lawrence G, Torvaldsen S, Dawson A, Wright C. The Early Childhood Oral Health Program: promoting prevention and timely intervention of early childhood caries in

- NSW through shared care. *Health Promot J Austr.* 2012 Dec;23(3):171-6. doi: 10.1071/he12171.
37. March S, Soler M, Miller F, Montaner I, Pérez Jarauta MJ, Ramos M; grupo de investigación del PACAP. Variabilidad en la implantación de las actividades comunitarias de promoción de la salud en España [Variability in the implementation of health-promoting community activities in Spain]. *An Sist Sanit Navar.* 2014 Jan-Apr;37(1):25-33. Spanish. doi: 10.4321/s1137-66272014000100004.
38. Mendes R, Nunes Silva M, Santos Silva C, Marques A, Godinho C, Tomás R, Agostinho M, Madeira S, Rebelo-Marques A, Martins H, Teixeira PJ, Cruz D. Physical Activity Promotion Tools in the Portuguese Primary Health Care: An Implementation Research. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jan 28;17(3):815. doi: 10.3390/ijerph17030815.
39. Ngxongo TS, Sibiyi MN. Challenges regarding the implementation of the basic antenatal care approach in eThekweni District, Kwazulu-Natal. *J Nurs Manag.* 2014 Oct;22(7):906-13. doi: 10.1111/jonm.12036.
40. Nicholas JM, Burgess C, Dodhia H, Miller J, Fuller F, Cajeat E, Gulliford MC. Variations in the organization and delivery of the 'NHS health check' in primary care. *J Public Health (Oxf).* 2013 Mar;35(1):85-91. doi: 10.1093/pubmed/fds062.
41. Norberg M, Blomstedt Y, Lönnberg G, Nyström L, Stenlund H, Wall S, Weinehall L. Community participation and sustainability--evidence over 25 years in the Västerbotten Intervention Programme. *Glob Health Action.* 2012 Dec 17;5:1-9. doi: 10.3402/gha.v5i0.19166.
42. Norman CD, Haresign H, Forer B, Mehling C, Krajnak J, Bloomberg H, Howe A, Legare J. Engagement, Innovation, and Impact in a Dietitian Contact Centre: The EatRight Ontario Experience. *Can J Diet Pract Res.* 2020 Sep 1;81(3):106-111. doi: 10.3148/cjdr-2020-002.
43. Norman J, van Weerdenburg K, Furber S, Stratten M, Okely AD. A health and wellbeing programme for preadolescents in underserved Australian communities: child and stakeholder perspectives. *Health Promot Int.* 2022 Feb 17;37(1):daab065. doi: 10.1093/heapro/daab065.
44. Paige CJ, Shahid SK. Developing and implementing a fluoride varnish programme for young children in Bradford, UK. *Community Dent Health.* 2014 Mar;31(1):5-8.
45. Rautio N, Jokelainen J, Saaristo T, Oksa H, Keinänen-Kiukaanniemi S; FIN-D2D Writing Group, Peltonen M, Vanhala M, Korpi-Hyövälti E, Moilanen L, Saltevo J, Niskanen L, Tuomilehto J, Uusitupa M. Predictors of success of a lifestyle intervention in relation to weight loss and improvement in glucose tolerance among individuals at high risk for type 2 diabetes: the FIN-D2D project. *J Prim Care Community Health.* 2013 Jan;4(1):59-66. doi: 10.1177/2150131912444130.
46. Reid CJ, Ervin K, Kelly LM. Doctors in secondary schools program: the first year of program implementation in a rural Victorian school. *Rural Remote Health.* 2019 Nov;19(4):5524. doi: 10.22605/RRH5524.
47. Robson J, Dostal I, Madurasinghe V, Sheikh A, Hull S, Boomla K, Griffiths C, Eldridge S. NHS Health Check comorbidity and management: an observational matched study in primary

- care. *Br J Gen Pract.* 2017 Feb;67(655):e86-e93. doi: 10.3399/bjgp16X688837. Epub 2016 Dec 19. Erratum in: *Br J Gen Pract.* 2017 Mar;67(656):112.
48. Rogers HL, Pablo Hernando S, Núñez-Fernández S, Sanchez A, Martos C, Moreno M, Grandes G. Barriers and facilitators in the implementation of an evidence-based health promotion intervention in a primary care setting: a qualitative study. *J Health Organ Manag.* 2021 Sep 2;ahead-of-print(ahead-of-print):349–67. doi: 10.1108/JHOM-12-2020-0512.
49. Shah S, Foley BC, Molinari I, Lim KS, Shrewsbury VA. The Students As LifeStyle Activists (SALSA) program. *Br J Sports Med.* 2017 Oct;51(19):1445-1446. doi: 10.1136/bjsports-2016-097219.
50. Shati AA, Al-Saleh MM, Al-Asmari BA, Shehata SF, Alqahtani YA, Aldarami MS, Alqahtani SA, Alqahtani YM. Awareness and Perception of Parents Regarding Well Baby Clinic in Primary Health Care Centres in Abha City, Southwestern Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care.* 2021 Sep;10(9):3464-3469. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_871_21.
51. Shaw RL, Pattison HM, Holland C, Cooke R. Be SMART: examining the experience of implementing the NHS Health Check in UK primary care. *BMC Fam Pract.* 2015 Jan 22;16:1. doi: 10.1186/s12875-014-0212-7.
52. Shinn C, Salgado R, Rodrigues D. National Programme for Promotion of Physical Activity: the situation in Portugal. *Cien Saude Colet.* 2020 Mar;25(4):1339-1348. Portuguese, English. doi: 10.1590/1413-81232020254.26462019.
53. Simões J, Augusto GF, do Céu A, Ferreira MC, Jordão M, Calado R, Fronteira I. Ten years since the 2008 introduction of dental vouchers in the Portuguese NHS. *Health Policy.* 2018 Aug;122(8):803-807. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.07.013.
54. Sithole HL. A situational analysis of ocular health promotion in the South African primary health-care system. *Clin Exp Optom.* 2017 Mar;100(2):167-173. doi: 10.1111/cxo.12452.
55. Tall JA, Brew BK, Saurman E, Jones TC. Implementing an anti-smoking program in rural-remote communities: challenges and strategies. *Rural Remote Health.* 2015 Oct-Dec;15(4):3516.
56. Tapera R, Moseki S, January J. The status of health promotion in Botswana. *J Public Health Afr.* 2018 Jul 6;9(1):699. doi: 10.4081/jphia.2018.699. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6057722/>
57. Walker C, Hernan A, Reddy P, Dunbar JA. Sustaining modified behaviours learnt in a diabetes prevention program in regional Australia: the role of social context. *BMC Health Serv Res.* 2012 Dec 17;12:460. doi: 10.1186/1472-6963-12-460.
58. Waller M, Blomstrand A, Högberg T, Ariai N, Thorn J, Hange D, Björkelund C. A primary care lifestyle programme suitable for socioeconomically vulnerable groups - an observational study. *Scand J Prim Health Care.* 2016 Dec;34(4):352-359. doi: 10.1080/02813432.2016.1248628.
59. Wooley S. Nganampa Health Council Dental Program: Remote Dentistry in the Australian Desert-Partnership or Perish. *J Health Care Poor Underserved.* 2016;27(1A):61-66. doi: 10.1353/hpu.2016.0037.

60. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev* 2021; 10: 89.

Responsáveis pela elaboração

Elaboradores

Fernando Meirinho Domene

Psicólogo, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, bolsista Fiocruz Brasília
<http://lattes.cnpq.br/3288793666561127>

Jessica De Lucca Da Silva

Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, bolsista Fiocruz Brasília
<http://lattes.cnpq.br/0778220737989360>

Tereza Setsuko Toma

Pesquisadora colaboradora
Instituto de Saúde - SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/3621675012351921>

Coordenação

Jorge Otávio Maia Barreto

Pesquisador em Saúde Pública, Fiocruz Brasília
<http://lattes.cnpq.br/664588881299182>

Declaração de potenciais conflitos de interesse dos elaboradores

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Financiamento

Esta revisão rápida foi comissionada e subsidiada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do projeto GEREB-010-FIO-20.

Link de acesso ao protocolo desta Síntese Rápida:

https://www.dropbox.com/s/ajgii8izifemlps/40_Protocolo_Promocao_Saude_Sistemas_Publicos_final.pdf

Apêndices

Apêndice 1. Termos e resultados das estratégias de busca.

Base	Data	Termos	Resultados
Pubmed	11/10/2022	("Health Promotion") AND ("Primary Health Care") AND (((((((((((((((((((((((((((((((((((((((Australia) OR (Bahrain)) OR (Bhutan)) OR (Botswana)) OR (Brunei)) OR (Canada)) OR (Cuba)) OR (Denmark)) OR (Finland)) OR (Georgia)) OR (Greece)) OR (Iceland)) OR (Ireland)) OR (Italy)) OR (Kuwait)) OR (Malaysia)) OR (Maldives)) OR (Malta)) OR ("New Zealand")) OR ("North Korea")) OR (Norway)) OR (Oman)) OR (Portugal)) OR ("San Marino")) OR ("Saudi Arabia")) OR ("South Africa")) OR (Spain)) OR ("Sri Lanka")) OR (Sweden)) OR (Taiwan)) OR ("Trinidad and Tobago")) OR (Ukraine)) OR ("United Kingdom")) OR (England)) OR (Scotland)) OR (Wales)) OR ("Northern Ireland")) Limites: últimos 10 anos, idiomas inglês, português e espanhol	1,235
Total			1,235

Fonte: elaboração própria.

Apêndice 2. Estudos excluídos após leitura do texto completo, com justificativa.

Estudo	
Não aborda o conceito	
1	Baerug A, Langsrud Ø, Løland BF, Tufte E, Tylleskär T, Fretheim A. Effectiveness of Baby-friendly community health services on exclusive breastfeeding and maternal satisfaction: a pragmatic trial. <i>Matern Child Nutr.</i> 2016 Jul;12(3):428-39. doi: 10.1111/mcn.12273. Epub 2016 Apr 8. PMID: 27062084; PMCID: PMC5071711.
2	Blom EE, Oldervoll L, Aadland E, Solbraa AK, Skrove GK. Impact and implementation of Healthy Life Centres, a primary-care service intervention for behaviour change in Norway: Study design. <i>Scand J Public Health.</i> 2020 Aug;48(6):594-601. doi: 10.1177/1403494819856832. Epub 2019 Jun 19. PMID: 31213167.
3	Blunt W, Gill DP, Riggan B, Brown JB, Petrella RJ. Process evaluation of the HealthSteps™ lifestyle prescription program. <i>Transl Behav Med.</i> 2019 Jan 1;9(1):32-40. doi: 10.1093/tbm/iby005. PMID: 29474685.
4	Chan K, Elsum I, Gold J, Layton C, Accadia L, Bryant M, Gunn J, Djordjevic F, Purcell I, Dicka J, Forrest M, Crawford S, Hellard M, Pedrana A; Eliminate Hepatitis C Partnership. Increasing hepatitis C testing and linkage to care: Results of a testing campaign with incentives at primary care clinics in Melbourne, Australia. <i>J Viral Hepat.</i> 2021 Mar;28(3):569-572. doi: 10.1111/jvh.13447. Epub 2020 Dec 12. PMID: 33259117.
5	Domínguez-Berjón MF, Pichiule-Castañeda M, García-Riolobos MC, Esteban-Vasallo MD, Arenas-González SM, Morán-Arribas M, Verdejo-Ortés J, Zoni AC, Álvarez-Castillo MC, Astray J; others members of the ESTVIH group. A feasibility study for 3 strategies promoting HIV testing in primary health care in Madrid, Spain (ESTVIH project). <i>J Eval Clin Pract.</i> 2017 Dec;23(6):1408-1414. doi: 10.1111/jep.12813. Epub 2017 Oct 2. PMID: 28971579.
6	Iliffe S, Kendrick D, Morris R, Griffin M, Haworth D, Carpenter H, Masud T, Skelton DA, Dinan-Young S, Bowling A, Gage H; ProAct65+ research team. Promoting physical activity in older people in general practice: ProAct65+ cluster randomised controlled trial. <i>Br J Gen Pract.</i> 2015 Nov;65(640):e731-8. doi: 10.3399/bjgp15X687361. PMID: 26500320; PMCID: PMC4617267.
7	Litterbach EK, Russell CG, Taki S, Denney-Wilson E, Campbell KJ, Laws RA. Factors Influencing Engagement and Behavioral Determinants of Infant Feeding in an mHealth Program: Qualitative Evaluation of the Growing Healthy Program. <i>JMIR Mhealth Uhealth.</i> 2017 Dec 18;5(12):e196. doi: 10.2196/mhealth.8515. PMID:

8	29254908; PMCID: PMC5748479. Madigan CD, Daley AJ, Lewis AL, Jolly K, Aveyard P. Which weight-loss programmes are as effective as Weight Watchers(R)?: non-inferiority analysis. Br J Gen Pract. 2014 Mar;64(620):e128-36. doi: 10.3399/bjgp14X677491. PMID: 24567651; PMCID: PMC3933848.
9	Martinez C, Bacigalupe G, Cortada JM, Grandes G, Sanchez A, Pombo H, Bully P; PVS group. The implementation of health promotion in primary and community care: a qualitative analysis of the 'Prescribe Vida Saludable' strategy. BMC Fam Pract. 2017 Feb 17;18(1):23. doi: 10.1186/s12875-017-0584-6. PMID: 28212606; PMCID: PMC5316200.
10	O'Callaghan C, Tran A, Tam N, Wen LM, Harris-Roxas. Promoting the get healthy information and coaching service (GHS) in Australian-Chinese communities: facilitators and barriers. Health Promot Int. 2022 Apr 29;37(2):daab129. doi: 10.1093/heapro/daab129. PMID: 34410388.
11	Patel A, Schofield GM, Kolt GS, Keogh JWL. Older adults' evaluations of the standard and modified pedometer-based Green Prescription. J Prim Health Care. 2020 Mar;12(1):41-48. doi: 10.1071/HC19007. PMID: 32223849.
12	Pinzón-Pulido S, Padial-Espinosa M, López-Samaniego L, Navarro-Matillas B, San Juan-Lozano P, Espinosa-Almendro JM, Ruiz-Fernández J, Garrido-Peña F. Creation Process of the Digital Platform to Foster Healthy and Active Aging: enbuenaedad. Front Public Health. 2019 Feb 19;7:22. doi: 10.3389/fpubh.2019.00022. PMID: 30838194; PMCID: PMC6389829.
13	Reilly R, Evans K, Gomersall J, Gorham G, Peters MD, Warren S, O'Shea R, Cass A, Brown A. Effectiveness, cost effectiveness, acceptability and implementation barriers/enablers of chronic kidney disease management programs for Indigenous people in Australia, New Zealand and Canada: a systematic review of mixed evidence. BMC Health Serv Res. 2016 Apr 6;16:119. doi: 10.1186/s12913-016-1363-0. PMID: 27048280; PMCID: PMC4822249.
14	Simmavong PK, Hillier LM, Petrella RJ. Lessons Learned in the Implementation of HealthSteps: An Evidence-Based Healthy Lifestyle Program. Health Promot Pract. 2019 Mar;20(2):300-310. doi: 10.1177/1524839918759946. Epub 2018 Mar 15. PMID: 29544358.
15	Taki S, Russell CG, Lymer S, Laws R, Campbell K, Appleton J, Ong KL, Denney-Wilson E. A Mixed Methods Study to Explore the Effects of Program Design Elements and Participant Characteristics on Parents' Engagement With an mHealth Program to Promote Healthy Infant Feeding: The Growing Healthy Program. Front Endocrinol (Lausanne). 2019 Jun 25;10:397. doi: 10.3389/fendo.2019.00397. PMID: 31293515; PMCID: PMC6603091.
16	Valdivieso López E, Rey-Reñones C, Rodriguez-Blanco T, Ferre Grau C, Arija V, Barrera Uriarte ML, Granado-Font E, Flores-Mateo G; TAB_ES Study Group. Efficacy of a smoking prevention programme in Catalan secondary schools: a cluster-randomized controlled trial in Spain. Addiction. 2015 May;110(5):852-60. doi: 10.1111/add.12833. Epub 2015 Jan 30. PMID: 25515936.
Não aborda o problema	
17	Bonetti D, Young L, Hempleman L, Deas J, Shepherd S, Clarkson J. Exploring the feasibility of general health promotion in UK dental primary care: ENGAGE in Scotland. Br Dent J. 2018 Oct 12;225(7):645-656. doi: 10.1038/sj.bdj.2018.809. PMID: 30310225.
18	Lindgren EC, Haraldsson K, Håman L. Voices from Pupil Participation in the Health Promotion Intervention "Pulse for Learning and Health [PuLH]" in Primary and Middle School. Int J Environ Res Public Health. 2019 Nov 17;16(22):4543. doi: 10.3390/ijerph16224543. PMID: 31744178; PMCID: PMC6888574.
19	Wozniak L, Soprovich A, Mundt C, Johnson JA, Johnson ST. Contextualizing the Proven Effectiveness of a Lifestyle Intervention for Type 2 Diabetes in Primary Care: A Qualitative Assessment Based on the RE-AIM Framework. Can J Diabetes. 2015 Oct;39 Suppl 3:S92-9. doi: 10.1016/j.jcjd.2015.05.003. Epub 2015 Aug 12. PMID: 26277222.
Protocolo	
20	Agarwal G, Girard M, Angeles R, Pirrie M, Lussier MT, Marzanek F, Dolovich L, Paterson JM, Thabane L, Kaczorowski J. Design and rationale for a pragmatic cluster randomized trial of the Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP) for social housing residents in Ontario and Quebec, Canada. Trials. 2019 Dec 23;20(1):760. doi: 10.1186/s13063-019-3806-5. PMID: 31870415; PMCID: PMC6929306.
Não foi possível acessar o estudo	
21	Hull NS, Schubert LC, Smith JP. Perspectives of key stakeholders and experts in infant feeding on the implementation of the Australian National Breastfeeding Strategy 2010-2015. Breastfeed Rev. 2017 Mar;25(1):25-34. PMID: 29211383.

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 3. Características dos estudos incluídos

Acrônimos: €: euros; AF: Atividade física; AgF: *atraumatic silver fluoride*/atraumática de fluoreto de prata; AGN: *Advanced Geriatric Nurse*/Enfermeira Geriátrica Avançada, APS: Atenção primária à saúde; BANC: *Basic Antenatal Care programme*; CB: cognitivo-comportamental; CCGs: grupos de comissionamento clínico; CHWs: agentes generalistas de saúde comunitária; CV: eventos cardiovascular; CQI: *continuous quality improvement*/melhoria contínua da qualidade; DCDDG: Diretoria de Doenças Crônicas, Deficiências e Geriatria; DCV: doenças cardiovasculares; DISA: Programa de prevenção da depressão cognitivo-comportamental baseado na escola, Depressão em Adolescentes Suecos; DM2: diabetes mellitus tipo 2; ECOH: *Early Childhood Oral Health Program*/Programa de Saúde Oral na Primeira Infância; ENPAV: Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar; ERO: *EatRight* Ontario/Coma Bem Ontário; GGT DPP: *Greater Green Triangle diabetes prevention program*/Programa de prevenção do diabetes Triângulo Verde Maior; GP: clínico geral; HC: *Health Check*/exame de saúde; HEALTHM: Healthy Eating Activity and Lifestyle/Atividade de Alimentação Saudável e Estilo de Vida; HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana; IMC: índice de massa corporal; IST: Infecções Sexualmente Transmissíveis; ITACA: smoking prevention education program/programa de educação para prevenção do tabagismo; LGBTI: Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, intersexuais; MCH: *Maternal and Child Health Programs*/Programas e serviços de Saúde Materna Infantil; MI: Entrevista Motivacional; NHC: The Nganampa Health Council/Receber Conselho de Saúde; NHS: National Health Service/Serviço Nacional de Saúde; NPOHP: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral; OMS: Organização Mundial da Saúde; PAFES: Avaliação do Plano de Atividade Física, Esportes e Saúde; PEM: Prescrição Eletrônica Médica; PCTs: fundações de cuidados primários; PNPAF: Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física; PVS: *Prescribe Vida Saludable*/Prescrever Vida Saudável; rPHC: Programa Reengenharia de Atenção Primária à Saúde; SALSA: *The Students As LifeStyle Activists*/Estudantes como Ativistas do Estilo de Vida; SNS: Serviço Nacional de Saúde; SPAP: *Swedish Physical Activity on Prescription*; STRIVE: *Sexual health quality improvement program*/Programa de melhoria contínua da qualidade de saúde sexual; TB: tuberculose; ToT: Training of Trainers/Formação de formadores; VIP: Programa de Intervenção *Västerbotten*; WNC: Well-baby clinic/Serviço de clínica de bebês. **Nota:** *o artigo não informa, texto escrito pelos autores desta revisão rápida.

Autor, ano	Desenho de estudo	Objetivo	País (região)	Ações da política ou programa	Conclusão
Adams et al, 2013 ¹⁰	Pesquisa qualitativa	Identificar as atuais iniciativas de promoção da saúde mental voltado para a população LGBTI, bem como serviços de saúde mental específicos para pessoas LGBTI.	Nova Zelândia	Existem vários documentos de políticas e estratégias abrangentes para orientar a promoção da saúde mental baseada em pontos fortes e a prestação de serviços de saúde mental na Nova Zelândia, dos quais incluem a menção de algumas ou todas as populações LGBTI—Várias organizações sociais e LGBTI fornecem apoio geral, serviços sociais, de defesa e informação. Uma variedade de serviços específicos de apoio à juventude baseados na escola e depois da escola foram previamente identificados. No que diz respeito à saúde mental, estes serviços funcionam principalmente ao nível dos contextos (por exemplo, nas escolas) ou ao nível pessoal (por exemplo, aconselhamento). Além disso, foram identificados 12 recursos de promoção de saúde mental focados em LGBTI,	Cinco organizações fornecem serviços e programas claros, específicos para algumas ou todas as populações LGBTI. Há uma política mínima na Nova Zelândia em relação à promoção da saúde mental LGBTI, e apenas algumas iniciativas ou serviços de promoção da saúde mental são direcionados a essas populações. Níveis apropriados de promoção de saúde mental e prestação de serviços devem estar disponíveis para pessoas LGBTI.

				incluindo recursos impressos e online de promoção de saúde mental.	
Antypas; Kirkevold, 2020 ⁸	Estudo de casos múltiplos	Identificar as condições que condicionam a implementação dos diferentes modelos de cuidados e perceber como essas condicionantes afetaram a concretização das intenções e objetivos de cada modelo.	Noruega (5 municípios)	Os cinco municípios incluídos em nosso estudo desenvolveram diferentes modelos de atendimento em torno do papel da AGN. Município 1. Enfermeira de Desenvolvimento Profissional, combinada com assistência direta ao paciente , na qual os AGNs trabalhavam 50% clinicamente como AGNs e 50% com treinamento interno e supervisão. Município 2. Policlínica de Enfermagem , em que a AGN lidera uma policlínica de atenção básica para doenças crônicas específicas. Equipe de Resposta dava suporte a enfermeiras domiciliares com recursos extras em casos complicados de pacientes. Município 3. Virtual Ward era uma equipe, liderada por um AGN, cujo objetivo era tornar a transição do paciente do hospital para os serviços de atendimento domiciliar eficiente e sem problemas. Município 4. Coordenador de Qualidade combinou a função clínica da AGN com responsabilidade estendida pela auditoria de qualidade e melhorias nos serviços de saúde municipais. Município 5. Foco principal era a função de atendimento direto ao paciente do AGN.	O papel da AGN foi implementado em diversas configurações de cinco municípios na Noruega de forma que pode levar a impactos positivos para os pacientes e os municípios. O nível de integração dos modelos de atenção varia entre os casos, e a maioria dos municípios usou os AGNs de forma que refletiam seus conhecimentos e habilidades avançadas. Certamente há espaço para melhorias quando se trata de envolver as partes interessadas na concepção dos modelos de atendimento e, particularmente, dos representantes dos pacientes e clínicos gerais. Isso também contribuirá para melhorar a clareza dos papéis, que foi observado como um desafio em todos os casos. Além disso, as AGNs, seus líderes e os municípios devem trabalhar intensamente para definir metas claras e concretas (algumas devem ser quantificáveis), bem como desenvolver um processo de avaliação abrangente que capture o impacto do papel da AGN e dos modelos de atendimento implementados. Avaliamos o caráter dinâmico e adaptável dos modelos assistenciais como uma qualidade positiva e uma contribuição para a inovação dos serviços. No entanto, a adaptação deve ser orientada por evidências para evitar a rejeição prematura de alguns modelos.

<p>Austin-Evelyn et al. 2017⁹</p>	<p>Análise qualitativa e quantitativa a partir de dados coletados em grupos focais</p>	<p>Explorar a ampliação e disseminação do programa Reengenharia de Atenção Primária à Saúde (rPHC) em países de baixa e média renda, descrevendo o feedback dos agentes generalistas de saúde comunitária (CHWs) sobre: desenho e gestão do programa; adequação e engajamento da comunidade; e integração do programa dentro do sistema de saúde mais amplo. Usando essa estrutura, também extraímos as impressões dos CHW sobre a qualidade do programa e avaliamos seus conhecimentos sobre os fundamentos da APS e suas atitudes em relação ao programa rPHC.</p>	<p>África do Sul (Subdistrito King Sabato Dalindyebo, em Eastern Cape)</p>	<p>Novos elementos das equipes incluíram a integração de agentes generalistas de saúde comunitária (CHWs) no sistema público de saúde, padronização das funções e treinamento dos CHW e estabelecimento de liderança de equipe por enfermeiras/os profissionais baseados nas unidades de saúde. O plano inicial era que cada clínica de saúde nas áreas piloto tivesse pelo menos uma equipe de extensão composta por uma enfermeira profissional e seis CHWs, sendo cada equipe responsável por 1.500 domicílios vizinhos com uma população de aproximadamente 6.000 pessoas. Elementos-chave: Melhorar a qualidade de vida dos membros da comunidade, mobilizando-se para melhorar o acesso e a prestação de cuidados de saúde primários a nível local no contexto de um ambiente intersetorial.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promover saúde e prevenir doenças; 2. Realizar avaliações da comunidade e mobilizar-se em torno das necessidades da comunidade; 3. Realizar avaliação estruturada do agregado familiar para identificar as suas necessidades de saúde; 4. Fornecer apoio psicossocial aos membros da comunidade; 5. Identificar e gerir pequenos problemas de saúde; 6. Apoiar programas de triagem e promoção da saúde em escolas e centros de Desenvolvimento Infantil; 7. Promover e trabalhar com outros setores e realizar intervenções colaborativas baseadas na comunidade; 8. Apoiar a continuidade dos cuidados por 	<p>Este estudo explorou o conhecimento e as percepções dos CHWs no primeiro ano da iniciativa rPHC na província de Eastern Cape. No geral, os CHWs sentiram que rPHC tem o potencial de transformar a saúde da comunidade. Eles valorizaram as consultas robustas e completas da comunidade que precederam o lançamento do projeto, observando o impacto positivo na aceitação e confiança por parte dos membros da comunidade, curandeiros tradicionais e líderes comunitários. Os CHWs também destacaram questões na gestão, supervisão, escopo e qualidade do programa que desafiaram sua capacidade de realizar o potencial dos CHWs para melhorar a saúde e o bem-estar da comunidade.</p>
--	--	--	--	---	---

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				meio da coordenação de serviços com outros provedores de serviços relevantes.	
Baker et al. 2015 ¹⁰	Estudo transversal	Investigar a maneira como o programa de cuidados do NHS Health Check, no condado de Gloucester, foi seguido e interpretado em comparação com os indicadores do programa nacional.	Inglaterra (Condado de Gloucester)	Os critérios de auditoria refletiram indicadores nacionais e padrões locais de segurança e qualidade e abarcaram 39 indicadores-chave de desempenho, incluindo o número de convites e aceitação de pacientes e avaliações de fatores de risco de DCV realizadas durante a consulta. Estes incluíram medidas físicas, por exemplo, cintura e altura, e fatores de estilo de vida, por exemplo, atividade física, tabagismo e consumo de álcool, além de cálculos de pontuação QRISK que ajudam os médicos a avaliar o risco de um paciente ter um ataque cardíaco ou derrame nos próximos 10 anos; Diagnósticos de DCV e outros encaminhamentos. As estimativas locais representam uma população elegível de 261.500 e uma aceitação do programa de 75% por todas as clínicas durante os primeiros 5 anos de implementação do programa.	Embora tenham sido identificados pacientes de alto risco, as diferenças na aceitação e implementação das avaliações de risco demonstram que a implementação de HCs não é consistente. Parece haver uma superestimação do risco de DCV, provavelmente atribuída a uma falha no ajuste dos esforços locais de identificação precoce existentes na atenção primária. A meta nacional de 75% pode não ser realista enquanto o programa de HC é desenvolvido e refinado para apoiar a implementação.
Baum et al, 2013 ¹¹	Estudo de caso	Determinar qual promoção da saúde é conduzida em centros multidisciplinares de APS e até que ponto a promoção da saúde é priorizada nesses serviços.	Austrália (Austrália Meridional e Território do Norte)	Crianças e famílias: Intervenções na primeira infância, por exemplo, fonoaudiologia, dietética; Assistência na preparação de alimentos para crianças e com orçamento limitado; Programa para pais de crianças com excesso de peso; Visitas, apoio a creches, (apoio para pais de crianças de 0 a 4 anos), grupo de brincadeiras aborígenes. Intervenções na primeira infância, por exemplo, fonoaudiologia; Programa para pais de crianças com excesso de peso; Grupo para crianças com atrasos na fala; Divulgação aos centros infantis; Programa de amamentação aborígene, inc. trabalhadores de apoio a pares para mulheres aborígenes mais jovens como consultores de	Duas estratégias se destacam como sendo uma característica da APS abrangente: trabalhar em parceria (educação e desenvolvimento comunitário) e defender políticas públicas saudáveis. Programas para crianças e pais: Muitos dos programas para crianças e pais visavam promover a saúde e foram executados em todos os centros, exceto a SHine SA. Este trabalho era frequentemente feito em grupos que utilizavam as habilidades de vários profissionais. Por exemplo, no Serviço C,

			<p>lactação; Intervenção precoce com crianças aborígenes, inc. dias de promoção da saúde. Crianças e famílias: Intervenções na primeira infância, por exemplo, fonoaudiologia, psicologia; Programa para pais de crianças com excesso de peso; Assistência na preparação de alimentos para crianças; Grupos de apoio para novos pais, jovens pais. Grupos de primeira infância, por exemplo, playground apoiado, grupo de brincadeira africano, fala, natação e grupos sensoriais; Alimentação saudável para crianças; Apoiando as escolas a terem cantinas saudáveis. Crianças e famílias: Cuidados maternos e infantis; Grupo de mães; Playgroup; Grupo de jovens aborígenes. Crianças e famílias: Creche infantil; Programa pré-escolar; Programa de saúde mental Headspace para jovens; Alcance da juventude, entrega em programas de visitas domiciliares; Cuidados pré-natais e parto; Clínica de bebês (imunizações, verificações de desenvolvimento); Serviço de Apoio Familiar Direcionado (intervenção precoce para famílias em risco); Programa de Educação em Saúde Comunitária (educação focada em saúde sexual—incluindo grupos comunitários, jovens, escolas).</p> <p>Condições crônicas: Programa de autogestão de condições crônicas; Programa de estilo de vida para pessoas em risco de desenvolver doenças crônicas; Grupos de exercícios - grupos de caminhada, atividade física em mulheres mais velhas grupo de promoção da saúde aborígene; Programa de alimentação e estilo de vida saudável; Cozinhas Comunitárias; Trabalho de desenvolvimento comunitário com populações migrantes recém-chegadas</p>	<p>um terapeuta ocupacional e nutricionista estavam envolvidos com um grupo para crianças com problemas alimentares e outro que incentivava os pais a brincar ou ler com seus filhos. O Serviço C também executou um grupo de jogo para pais que, por uma variedade de razões (sendo jovens, não falando inglês como primeira língua, tinham uma doença mental) não usavam um grupo de jogo convencional. Este grupo envolveu ocasionalmente enfermeiros de saúde comunitária e fonoaudiólogos. Um serviço semelhante foi oferecido pelo Serviço D. O apoio também foi dado às jovens mães pelo Serviço D através de trabalhadores de cuidados maternos aborígenes que cuidam das mulheres por meio de cuidados pré-natais e quando seus bebês nascem. O Serviço A ofereceu vários cursos para incentivar a comunicação entre pais e seus filhos e o desenvolvimento da linguagem. O Serviço B ofereceu serviços para apoiar os pais, incluindo um grupo de promoção da amamentação e uma intervenção de bem-estar para crianças aborígenes. O Congresso administra um programa de parceria familiar de enfermeiras, fornecendo visitas domiciliares a todas as mães desde o início da gravidez até que a criança tenha dois anos. Ao contrário deste último programa, que era universal, a maior parte do trabalho de intervenção precoce foi direcionada a crianças para as quais algum problema de</p>
--	--	--	--	---

				<p>(particularmente em nutrição, segurança alimentar); Conversas de promoção da saúde, por exemplo Mantendo-se bem em tempos difíceis (condições crônicas de autogestão). Condições crônicas: Programa de estilo de vida para pessoas em risco de desenvolver doenças crônicas; Programa de autogestão de condições crônicas; Clínica de nutrição; Diabetes cozinhando e jardinagem; Programa de alimentação e estilo de vida saudável; Assistência na preparação de alimentos com orçamento limitado; Grupos de exercícios—caminhada, grupos de atividade física; Community Foodies (grupo de voluntário sobre culinária/nutrição). Condições crônicas: Programa de estilo de vida para pessoas em risco de doença crônica; Programa de autogestão de condições crônicas; Atividade física no grupo de mulheres mais velhas; Grupo de diabetes, inc. visita ao supermercado de diabetes. Community Foodies (grupo de voluntário sobre culinária/nutrição); Liderança de colegas de peso saudável. Condições crônicas: Programa de estilo de vida para pessoas em risco de doença crônica; Conselhos nutricionais. Condições crônicas: Verificações de saúde de adultos (incluindo triagem); Programa de Doenças Crônicas (apoia clientes com diabetes/condições renais/cardiovasculares); Programa Frágil de Idosos e Deficientes (serviço de divulgação que suporta clientes FAD); Programa de Estilo de Vida Saudável (grupos de promoção da saúde); Grupos de exercícios, por exemplo Pilates; Saúde masculina—educação em saúde; Saúde da mulher - educação em saúde comunitária para mulheres jovens, inc. treinar o treinador</p>	<p>desenvolvimento havia sido identificado e, portanto, talvez seja melhor categorizado como prevenção primária do que promoção de infâncias saudáveis. Todos os serviços relataram que este trabalho tem um elemento significativo de prevenção. Todos os quatro serviços gerenciados pelo estado relataram que a equipe realizou conversas "únicas" com professores da escola sobre aspectos da saúde em grupos de brincadeiras, creches ou locais de trabalho. O Congresso também faz trabalho preventivo nas escolas. A capacidade dos serviços de oferecer uma gama mais abrangente de promoção da saúde e prevenção de doenças em relação a pais e filhos foi demonstrada por um médico assalariado do Serviço B, que relatou envolvimento na promoção da amamentação e da saúde infantil com os aborígenes. Isso envolveu o treinamento de jovens mulheres aborígenes como consultoras de lactação, promovendo ativamente a imunização, participando de dias de saúde na faculdade aborígene local e atividades do dia da reconciliação.</p> <p>Prevenção de doenças crônicas Todos os locais, exceto a SHine SA, relataram atividades de promoção da saúde que visavam reduzir o nível de doenças crônicas em uma população. No momento de nossa pesquisa, os quatro serviços gerenciados pelo governo estavam sendo cada vez mais</p>
--	--	--	--	--	--

				<p>Saúde Mental: Esquema de Visitantes Comunitários (visitantes voluntário de pessoas em instalações de cuidados para idosos); Grupo de apoio à violência doméstica; Meditação, ioga; Jardim comunitário para pessoas com doença mental. Saúde Mental: Programa de Bem-Estar Comunitário (intervenções terapêuticas, apoio social e defesa); Programa em torno de questões de álcool/drogas, incluindo viagens regulares ao mato, ligando os clientes a programas de treinamento e educação. Trabalho com jovens em risco, queda no centro; Saúde masculina - educação em saúde, queda no centro, fornecimento de chuveiros, galpão masculino, programa cultural; Saúde da Mulher—programa cultural.</p> <p>Outras: Advocacia para clientes individuais em habitação e outras questões; Contribuição para redes locais, por exemplo, fórum de segurança comunitária, rede de diversidade cultural. Promoção da saúde médica, por exemplo, imunizações, exames de saúde; Advocacia para clientes individuais em habitação e outras questões; Contribuição para redes locais, por exemplo, grupo de plano de ação de peso saudável, redes de nutrição e Community Foodies. Outro: Advocacia para clientes individuais em habitação e outras questões; Contribuição para redes locais, por exemplo, fórum comunitário do governo local. Outras: Mediação. Defesa de clientes individuais sobre moradia e outras questões, Violência Familiar etc. Programa de triagem do câncer de intestino; Grupo masculino, incluindo acampamentos; Grupo de mulheres, incluindo acampamentos; Almoços; Nunga: almoços</p>	<p>solicitados a fornecer programas que haviam sido desenvolvidos por uma universidade ou departamento central de saúde. Isso incluiu uma intervenção para pais de crianças com excesso de peso, um programa de gerenciamento de doenças crônicas, onde pessoas com doenças crônicas definem metas individuais de autogestão e recebem apoio para alcançá-las, e 'Do It for Life', um programa para pessoas que estavam em risco de doenças crônicas. Isso exigiu serviços para nomear consultores de estilo de vida cuja tarefa era recrutar pessoas que estavam em risco de uma doença crônica, mas ainda não tinham uma. O consultor trabalhou com clientes durante um período de meses para alterar seu perfil de risco, indicando um fisiologista ou nutricionista, conforme necessário. A equipe com quem conversamos expressou alguma preocupação sobre o quão bem o programa se adequava aos seus clientes. Vários gerentes e profissionais de saúde expressaram preocupação de que se esperasse que entregassem programas sem adaptações que achavam que poderiam ter melhorado sua eficácia e aceitabilidade para clientes que enfrentam problemas complexos. O Congresso, no entanto, foi capaz de levar em conta as circunstâncias das pessoas e as condições de suas vidas diárias ao desenvolver e entregar programas e serviços. Um dos profissionais de saúde aborígenes do</p>
--	--	--	--	--	---

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>regulares para a comunidade; Apoio aos eventos da semana de reconciliação nacional, principais eventos de reconciliação na região; Conscientização cultural em outros serviços de saúde; Principais eventos da NAIDOC na região. Outras: Advocacia para clientes individuais em habitação e outras questões; Promoção da saúde médica, por exemplo, imunizações, exames de saúde; Contribuição para a liderança em redes locais; Educação e treinamento para profissionais de saúde, construindo a capacidade da força de trabalho local.</p>	<p>Congresso deixou muito claro que seu trabalho o envolvia ajudar as pessoas a fazer mudanças enquanto reconhecia as restrições nas circunstâncias de vida das pessoas. Há uma série de fatores que provavelmente contribuem para a capacidade do Congresso de responder mais às circunstâncias locais: eles são uma organização não governamental, têm um conselho comunitário, são maiores do que os outros serviços participantes e tiveram maior continuidade na liderança, inclusive em relação à promoção da saúde, em comparação com os locais gerenciados pelo governo. O desenvolvimento comunitário também foi usado para apoiar programas projetados para prevenir doenças crônicas. Um bom exemplo, foi o programa de "foodies comunitários", do qual vários serviços gerenciados pelo estado participaram e que envolveu uma parceria entre o governo local, um centro de educação de adultos e muitos voluntários comunitários. Este programa tem benefícios em termos de aumento do conhecimento sobre dietas saudáveis, mas também visa aumentar a autoeficácia, a conexão social e construir a capacidade da comunidade. As técnicas de desenvolvimento comunitário foram relatadas por ambos os serviços aborígenes e foram usadas como um meio de envolver as pessoas em conversas sobre questões de saúde de maneira aceitável e não ameaçadora. Essa abordagem foi vista nos campos</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>administrados pelo Serviço D.</p> <p>Saúde Mental Todos os sites ofereciam serviços destinados a prevenir doenças mentais, geralmente preocupadas em lidar com depressão e ansiedade. Por exemplo, o Serviço C oferece grupos de meditação e ioga e o Serviço D muitas vezes aborda problemas de saúde mental por meio de acampamentos e atividades de desenvolvimento comunitário. Os quatro serviços gerenciados pelo estado relataram que fizeram menos trabalho relevante para a saúde mental (como a prevenção da violência) porque havia pressão sobre eles para responder a doenças crônicas. O Congresso tem um programa de bem-estar social e emocional que se concentra na saúde mental, incluindo um programa de prevenção ao suicídio de desenvolvimento comunitário e programas de apoio e educação para pessoas com doença mental entregues principalmente por meio de trabalho em grupo. O Congresso também administra o programa headspace destinado à intervenção precoce em doenças mentais com jovens. A SHine SA estava muito ciente de que seu trabalho na promoção da saúde sexual também é importante para uma boa saúde mental - como um de seus funcionários disse que "seu controle de sua sexualidade e seus impactos de fertilidade na saúde mental". Então eles desempenharam um papel fundamental</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>na desestigmatização das escolhas sexuais e no aumento da alfabetização em saúde sexual, que era vista como boa tanto para a saúde mental quanto para o bem-estar geral. O Serviço C forneceu um exemplo de um programa de longa data que apoiava pessoas com doença mental que viviam em instalações residenciais apoiadas. Isso incluiu um jardim comunitário. Claramente, este jardim comunitário foi visto pela equipe como tendo um papel preventivo significativo em ajudar as pessoas com doença mental a ficarem bem.</p>
Bergström et al. 2020 ¹²	Projeto qualitativo indutivo	Explorar barreiras e facilitadores para a implementação de um programa de apoio aos pais voltado para a promoção da atividade física e hábitos alimentares saudáveis no contexto escolar é realizado por funcionários da escola, na percepção de enfermeiras e diretores escolares.	Suécia (7-10 municípios do condado de Estocolmo)	A promoção da saúde está incluída nas diretrizes nacionais da saúde escolar. O programa compreende três componentes: (1) um folheto contendo informações de saúde para os pais, (2) duas sessões individuais de Entrevista Motivacional (MI) para os pais e (3) dez atividades de sala de aula de 30 minutos conduzidas pelo professor para as crianças. Todos os três componentes visam os pais: os dois primeiros diretamente e o terceiro indiretamente por meio do dever de casa das crianças. MI é um método centrado no cliente e de direção de objetivos para apoiar um indivíduo na mudança de comportamento. Na primeira sessão de MI os pais escolhem algum aspecto da alimentação, atividade física ou sono de seus filhos que desejam mudar e, na segunda sessão, exploram seus esforços para atingir esse objetivo. As sessões de MI devem preferencialmente ser conduzidas por pessoal treinado em MI. Para as atividades em sala de aula, os professores recebem um manual e	Na implementação de um programa é fundamental criar compromisso entre todos os colaboradores envolvidos. Os recursos disponíveis para as escolas são escassos e, para que os funcionários priorizem esse programa, ele deve ser baseado nas necessidades, ter apoio político, ser integrado à prática escolar rotineira e buscar melhorar a saúde e o aprendizado das crianças. As barreiras à implementação incluíam restrições financeiras e de tempo, outras necessidades de saúde competindo por recursos e desafios para envolver os pais. Em suma, a implementação de um programa de apoio parental na escola pode ser facilitada por fatores externos e internos à organização e pelas características da intervenção. Os fatores externos compreendem o suporte de tomadores de decisão por meio de políticas, diretrizes e incentivos

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>uma caixa de ferramentas com materiais pedagógicos sobre alimentação, atividade física e sono, e as crianças recebem tarefas de casa para fazer junto com os pais em casa.</p>	<p>financeiros, bem como acesso a suporte externo por telefone ou e-mail e orientação especializada por meio de uma reunião inicial inspiradora. Características de intervenção importantes foram encontradas para facilitar a implementação, como um manual claramente estruturado, incluindo informações detalhadas e listas de verificação, e materiais informativos para usar ao apresentar o programa aos pais. Os fatores internos que facilitam a implementação incluem o uso de recursos pré-existentes, como equipe competente e engajada, equipes multidisciplinares de saúde, sistemas baseados na web para documentação e comunicação, redes municipais e especialistas locais. Outros fatores internos importantes para uma implementação efetiva incluem a integração do programa nas rotinas escolares e a conscientização de todos os funcionários, bem como a nomeação de uma equipe multidisciplinar e um líder de implementação em cada escola, para realizar um planejamento detalhado e gerenciamento de tempo.</p>
Bjerregaard et al., 2022 ¹³	Ensaio controlado randomizado por cluster	Avaliar a eficácia de um programa de check-up de saúde oferecido à população em geral, com idade entre 30 e 49 anos.	Dinamarca (Município de Randers)	A intervenção incluiu quatro componentes principais: (1) um convite enviado pela clínica geral, (2) um exame de saúde e um questionário, (3) um resumo personalizado do perfil de saúde e (4) um acompanhamento estratificado de risco no centro de saúde ou no próprio clínico geral do participante, se necessário.	Os participantes do exame de saúde estão em melhor situação em termos de status social e saúde geral, em comparação com os não participantes, um padrão que também se aplica à adoção de intervenções de acompanhamento. Não encontramos nenhum efeito de um ensaio controlado

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

					<p>randomizado pragmático que fornece exames preventivos de saúde e acompanhamento de cidadãos de 30 a 49 anos sobre risco cardiovascular, nível de AF, saúde autoavaliada ou capacidade funcional. Embora não tenha havido efeitos em nível populacional, o efeito em subgrupos de interesse de alto risco ainda precisa ser quantificado em estudos futuros. Além disso, estudos futuros devem se concentrar em como desenvolver designs mais sofisticados para pesquisas do mundo real. Eles devem se concentrar em como recrutar participantes em risco sem que a avaliação de risco cause seleção e em evitar a participação seletiva em intervenções de acompanhamento. Além disso, o foco deve estar no desenvolvimento e avaliação de estratégias para intervir em uma variedade de cenários relevantes para a promoção e prevenção da saúde.</p>
Bosch-Bayard et al., 2016 ¹⁴	Estudo descritivo	Divulgar a política*	Cuba	<p>A Estratégia inclui diretrizes de trabalho para atenção primária e secundária, educação sobre os direitos das pessoas com deficiência cognitiva, desenvolvimento profissional, pesquisa e promoção da saúde e prevenção da demência. Um plano de ação associado, focado na atenção primária, inclui propostas de criação de clínicas de memória, centros de dia e serviços integrais de reabilitação para estimulação cognitiva. As medidas de curto prazo propostas incluem o aumento da detecção precoce; criar um registro de morbidade e mortalidade por demência;</p>	<p>Cuidar de pessoas com deficiência cognitiva requer ampla participação social e proteção dos direitos dos idosos. Ao implementar a Estratégia para as Síndromes de Alzheimer e Demência, Cuba se junta ao pequeno número de países em desenvolvimento que responderam às recomendações da OMS para melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes com demência e enfrentar os impactos dessa condição na sociedade e nas famílias.</p>

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				promoção da formação profissional; fornecer apoio às famílias; e promover a pesquisa básica e clínica sobre demência. As propostas de médio prazo visam reduzir a incidência e a mortalidade por demência, controlando os fatores de risco e promovendo estilos de vida saudáveis, oferecendo novas opções de tratamento e otimizando a detecção precoce. Foi desenvolvido um conjunto de indicadores para avaliar a implementação da estratégia.	
Conlin et al., 2021 ¹⁵	Estudo descritivo	Descrever as características e capacidade funcional dos participantes.	Espanha (Andaluzia)	É realizado em contextos de Cuidados Primários da Andaluzia e busca a detecção precoce da fragilidade e a implementação de planos de intervenção biopsicossocial centrados na pessoa. A maioria de seus componentes apela para o domínio da enfermagem (avaliações clínicas, funcionais e cognitivas), com componentes farmacológicos que requerem revisão e intervenção médica.	O EdS65+ é um programa único na Europa em termos de implementação a longo prazo e aplicação em larga escala nos serviços de Cuidados Primários. Os resultados apresentados neste estudo contribuem de grande valor, não só para o conhecimento do próprio programa EdS65+, mas também para a prevalência da fragilidade e para a conceção e implementação noutras Comunidades Autónomas ou países de programas semelhantes que visem a promoção proativa da saúde e prevenção de doença.
Dennis et al. 2015 ¹⁶	Estudo qualitativo	Explorar as experiências e opiniões das principais partes interessadas sobre o desenvolvimento e manutenção de parcerias durante a implementação do programa HEALTHM.	Austrália Ocidental (áreas rurais de Nova Gales do Sul, zona rural de Victoria e no território da capital australiana)	O programa se concentra na combinação de nutrição, atividade física e psicologia, abordando: modificação de comportamento e definição de metas, benefícios de ser fisicamente ativo e oportunidades de atividade física, educação nutricional, leitura de rótulos, modificação de receitas e técnicas de culinária com baixo teor de gordura, alimentação em um ambiente social (refeições para viagem e fora), habilidades para manter um estilo de vida saudável.	As parcerias com as principais partes interessadas foram vitais para o sucesso da implementação local do programa HEALTHM nas Áreas de Governo Local estudadas. Parcerias bem-sucedidas ocorreram onde o programa atendesse às necessidades da organização parceira, ou poderia ser adaptado para fazê-lo, e onde havia campeões locais. As parcerias levam tempo para se desenvolver e, em áreas mais remotas, pode levar ainda mais tempo; as

					<p>distâncias envolvidas e a escassez de força de trabalho significam que há menos oportunidades de encontrar as partes interessadas cara a cara. Eles também dependem da liderança dentro de uma organização parceira e, se essa liderança mudar, a parceria nem sempre continua ou precisa ser restabelecida. Isso tem implicações para o financiamento do programa nessas áreas, porque quando as parcerias estavam funcionando efetivamente, o financiamento para a implementação local estava esgotado.</p>
<p>Egüés Olazabal et al., 2019¹⁷</p>	<p>Estudo avaliativo</p>	<p>Descrever resultados de uma avaliação preliminar*</p>	<p>Espanha (Navarra)</p>	<p>Em Navarra, o Programa de Cessação do Tabagismo foi lançado em 1994, resultado da colaboração entre a Saúde Pública e a Atenção Primária. Em 2001 foi integrado no Plano de Ação Regional do Tabaco, juntamente com as outras duas linhas de ação: prevenção da iniciação tabágica e promoção de espaços livres de fumo. O programa inclui dois níveis de intervenção, um básico e outro intensivo, com apoio educativo programado, individual e em grupo. Medicamentos para parar de fumar têm sido subsidiados intermitentemente pelo Departamento de Saúde de Navarra. Em dezembro de 2017, foi reintroduzido o financiamento de medicamentos para cessação tabágica, nas mesmas condições de qualquer outro medicamento. Os tratamentos são limitados a um por paciente e ano, sempre incluindo suporte educacional.</p>	<p>O Plano de Ação do Tabaco tem alta prioridade em Navarra e uma história longa e positiva, com 25 anos de experiência em suas três linhas de trabalho: prevenção no início, ajuda para parar de fumar e espaços sem fumo. O programa assenta num modelo de intervenção dual, educativo e farmacológico e de estreita colaboração entre os Cuidados Primários e a Saúde Pública, que conta com uma vasta experiência, e que deve ser mantido e reforçado. De acordo com os resultados do estudo preliminar, o financiamento de medicamentos para ajudar a parar de fumar em Navarra dentro do programa está associado a altas taxas de cessação do tabagismo. O sucesso é maior se a pessoa receber apoio educacional. Os critérios específicos</p>

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

					para o financiamento de medicamentos em Navarra contribuem para a equidade em saúde, pois favorecem os grupos de menor renda, com maiores prevalências de tabagismo, acessando-o em maior escala. É necessário avaliar o programa a médio e longo prazo.
Esteban-Vasallo et al., 2014 ¹⁸	Estudo transversal descritivo	Descrever a população-alvo do programa de testagem rápida para HIV por meio de serviços adaptados socioculturalmente em centros de atenção primária e avaliar os fatores associados à adesão ao teste inicial.	Espanha (Madri)	Os principais objetivos deste programa incluem: aumentar o conhecimento do estado sorológico do HIV entre as pessoas que pertencem a grupos desproporcionalmente afetados pelo HIV ou que estão em maior risco de contrair o vírus, ou aqueles que podem ter mais dificuldades de acesso aos cuidados de saúde. Embora esses centros estejam abertos a todas as pessoas, eles foram adaptados para serem mais acessíveis a pessoas que fazem parte de grupos mais vulneráveis, como migrantes econômicos, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens. Estes centros têm mediadores culturais que se dirigem aos imigrantes e promovem a eficácia do aconselhamento. Esses serviços foram promovidos por meio de uma variedade de abordagens direcionadas e gerais, incluindo: trabalho de divulgação nas ruas por mediadores culturais, anúncios na mídia de massa e na Internet, distribuição de brochuras informativas, por meio do serviço de informações telefônicas da Cruz Vermelha e por organizações não governamentais. O acesso ao serviço era totalmente gratuito e anônimo: após marcação de consulta pelos usuários, marcava-se a data para a entrevista; aconselhamento e testes de HIV foram fornecidos quando necessário. As consultas	Este programa de prevenção e diagnóstico precoce do HIV, seguindo uma abordagem baseada na comunidade e realizado em centros públicos de atenção primária, conseguiu atingir uma alta proporção de pessoas de populações vulneráveis. A proporção de pessoas sendo testadas para HIV pela primeira vez e a taxa de detecção de HIV foi alta, especialmente em alguns grupos. A localização física do serviço, sua aceitabilidade cultural e sua população-alvo resultaram em claras diferenças no perfil dos usuários e nas taxas de testes reativos em relação a outros programas.

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				podem ser realizadas em 10 idiomas diferentes.	
Fernando, Suveendran & de Silva; 2017 ¹⁹	Não informado	Descrever a reconfiguração dos serviços de saúde mental do Sri Lanka.	Sri lanka	<p>A integração dos serviços de saúde mental com os cuidados de saúde primários estava no centro da nova abordagem à prestação de serviços. Paralelamente, destacou-se a necessidade de os serviços passarem do modelo médico para um modelo biopsicossocial de atenção. O compromisso político com a saúde mental mudou significativamente após o tsunami de 2004. Um plano de ação nacional foi desenvolvido para fornecer serviços de saúde mental aos distritos afetados pelo tsunami. A ênfase estava no trabalho no nível de atenção primária à saúde, com o uso de abordagens psicossociais para melhorar o bem-estar mental. As atividades foram então estendidas aos distritos fora da zona do tsunami.</p> <p>A política de saúde mental do Sri Lanka 2005–2015 exigia a implementação de uma estrutura de serviço descentralizada e baseada na comunidade. Os principais objetivos da política eram fornecer serviços de saúde mental de boa qualidade nos níveis primário, secundário e terciário; garantir o envolvimento ativo das comunidades, famílias e usuários dos serviços; tornar os serviços de saúde mental culturalmente apropriados e baseados em evidências; e proteger os direitos humanos e a dignidade de todas as pessoas com transtornos de saúde mental.</p> <p>Programa de 12 semanas para treinar oficiais médicos em saúde mental: Os serviços de saúde mental prestados por oficiais médicos (saúde mental) incluem atendimento ambulatorial, atendimento domiciliar,</p>	Melhorias significativas foram feitas e novos quadros de profissionais de saúde mental foram introduzidos. Oficiais médicos treinados oferecem atendimento ambulatorial, atendimento domiciliar, promoção de saúde mental nas escolas e educação em saúde mental comunitária. Enfermeiras psiquiátricas comunitárias também foram treinadas e destacadas para supervisionar a adesão ao tratamento em casa e fornecer educação em saúde mental aos pacientes, seus familiares e à comunidade em geral. Um total de 4.367 voluntários de saúde mental estão apoiando os cuidados e aumentando a alfabetização em saúde mental na comunidade. Apesar dessas importantes conquistas, mais melhorias são necessárias para fornecer uma intervenção mais oportuna, combater mitos e estigmas e descentralizar ainda mais a prestação de cuidados. Esses e outros desafios serão contemplados na nova política de saúde mental para 2017-2026.

				<p>promoção de saúde mental nas escolas e educação em saúde mental comunitária. Os médicos oficiais (saúde mental) trabalham em colaboração com as equipes de cuidados de saúde primários sob a tutela do médico oficial de saúde. A política de saúde mental recomendou que houvesse pelo menos dois enfermeiros psiquiátricos comunitários alocados para cada distrito. Assim, um novo programa de formação de 6 meses de enfermeiros psiquiátricos comunitários. Seu papel principal era estender os cuidados de saúde mental para além do hospital para a comunidade, com acompanhamento ativo dos pacientes para incentivar a adesão ao tratamento. Também prestam cuidados de saúde mental domiciliários: supervisiona a adesão ao tratamento; administra o tratamento, incluindo injeções de depósito de acordo com as instruções da equipe médica; e fornece educação em saúde mental para pacientes e seus familiares. Também fornecem educação em saúde mental na comunidade, em colaboração com equipes de atenção primária à saúde e atuam como elos para melhorar o sistema de encaminhamento. Um quadro de assistentes sociais psiquiátricos foi incluído na extensão dos cuidados de saúde mental de um ambiente hospitalar para ambientes comunitários. O assistente social psiquiátrico é capaz de facilitar o estabelecimento de um vínculo entre um paciente e sua família e as agências sociais relevantes. Normalmente, os cuidados são prestados através de uma equipa multidisciplinar, composta pelo médico assistente (saúde mental), enfermeiro psiquiátrico comunitário e assistente social</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>psiquiátrico. Em algumas circunstâncias, um terapeuta ocupacional também pode se juntar à equipe. Esta abordagem multidisciplinar permite avaliar as necessidades médicas, psicológicas e sociais dos pacientes e suas famílias em suas próprias casas na comunidade. Envolvimento da comunidade com a ajuda de organizações não-governamentais, psiquiatras consultores começaram a estabelecer quadros de voluntários comunitários e envolvê-los na prestação de cuidados de saúde mental. Esses voluntários da comunidade compreendiam três grupos, que incluíam pacientes, familiares que tinham um parente com doença mental e voluntários interessados em saúde mental. Eles receberam treinamento básico em doenças mentais e habilidades para cuidar de uma pessoa com doença mental em casa. Uma organização guarda-chuva, <i>Consumer Action Network Mental Health Sri Lanka</i>, coordena as atividades de organizações voluntárias da comunidade. Essas organizações voluntárias comunitárias funcionam em vários níveis. Algumas funcionam como organizações independentes, enquanto outras funcionam com a assistência dos serviços estaduais de saúde mental. Suas atividades incluem detecção precoce e encaminhamento de doentes mentais; supervisão do tratamento; prestação de apoio psicológico a pacientes e seus familiares; reconhecimento da recaída e encaminhamento adequado; e educação em saúde mental para aumentar o nível de alfabetização em saúde mental na comunidade e iniciar atividades geradoras de renda para facilitar a integração na comunidade. As organizações também estão envolvidas em</p>	
--	--	--	--	--	--

				vários níveis, em colaboração com os serviços estaduais de saúde mental, no planejamento, implementação, supervisão e avaliação de atividades de saúde mental em nível comunitário.	
Garmy et al. 2019 ²⁰	Quase experimental	Investigar se o programa escolar universal cognitivo-comportamental (CB) de prevenção, Depressão em Adolescentes Suecos (DISA), poderia influenciar os sintomas depressivos e a autoavaliação da saúde entre os adolescentes no seguimento de um ano. Um objetivo secundário foi descrever a adesão ao programa e seu custo-utilidade.	Suécia (Seis municípios no sul da Suécia, representando áreas rurais e urbanas)	<p>O Programa de prevenção da depressão cognitivo-comportamental (CB) baseado na escola, Depressão em Adolescentes Suecos (DISA) é baseado em um modelo multifatorial em que se assume que a depressão resulta de múltiplos elementos etiológicos, como cognições negativas, eventos estressantes, vulnerabilidades predisponentes, fatores de risco (ou seja, ser do sexo feminino, ter histórico anterior de depressão ou ter pais com depressão) e imunidades à depressão (ou seja, alta auto-estima, habilidades de enfrentamento ou alta frequência de eventos e atividades agradáveis). O programa DISA é frequentemente usado em escolas na Suécia e na Finlândia para adolescentes de ambos os sexos. O DISA é um programa universal ministrado em sala de aula.</p> <p>O programa foi realizado uma vez por semana durante 1 hora e meia durante um período de 10 semanas. O programa foi baseado em um manual, com um currículo fixo para cada sessão com base em técnicas cognitivo-comportamental (CB) destinadas a mudar pensamentos negativos, treinamento de comunicação e treinamento em estratégias de resolução de problemas e exercícios para fortalecer habilidades e redes sociais e aumentar a participação na promoção de atividades de saúde. Os tutores foram solicitados a preencher um formulário referente à fidelidade do programa e ao tempo</p>	Dados os desafios de conduzir um estudo em um ambiente escolar cotidiano complexo com diferenças básicas entre o grupo de intervenção e o de controle, é difícil fazer interpretações precisas da eficácia da intervenção. No entanto, com essas limitações em mente, os resultados indicam que o programa DISA é um programa de prevenção escolar viável.

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				necessário para conduzir e preparar cada sessão. Todos os tutores concluíram um curso de treinamento de três dias para serem tutores DISA.	
Gil-Girbau et al., 2022 ²¹	Estudo qualitativo	Identificar as potencialidades e limitações do programa na perspectiva dos profissionais de saúde envolvidos.	Espanha (Catalunha)	O Programa de Apoio Primário foi implementado para melhorar, desde o primeiro nível de atenção, o tratamento da população com problemas de saúde mental de complexidade leve a moderada, bem como a identificação e encaminhamento de casos graves para cuidados especializados.	O desenvolvimento do Programa de Apoio Primário é influenciado por fatores intrínsecos ao próprio programa e fatores externos ligados aos pacientes, aos profissionais de saúde, à gestão do cuidado, à gestão das políticas de saúde e aos recursos comunitários. A operação do programa poderia se beneficiar de uma revisão de sua estrutura, da protocolização dos critérios de encaminhamento e ligação da saúde mental, da promoção da adesão do paciente às consultas agendadas, de melhorias na coordenação entre os profissionais e do aumento do treinamento de saúde mental em cuidados primários. Benefícios adicionais resultariam da presença de supervisor de saúde mental, integração de sistemas de informação, melhorias na infraestrutura arquitetônica que facilitam a coordenação face a face entre os profissionais, participação ativa de assistentes sociais que podem incentivar maior uso de recursos da comunidade e estabelecimento de sistemas de avaliação para monitorizar a eficácia e eficiência do programa.
Gonzalez-Viana et al. 2018 ²²	Avaliação do Plano de Atividade Física,	Avaliar o impacto e os processos de ampliação do Plano de Atividade Física, Esportes e Saúde, aplicando a	Espanha (Catalunha)	A intervenção no nível da atenção primária segue uma diretriz clínica para aumentar a AF, com base em uma abordagem motivacional e no modelo de mudança de comportamento de	Cada município identificou recursos locais, como “rotas saudáveis” e programas de AF, que são usados como ativos para apoiar o aconselhamento de

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

	Esportes e Saúde (PAFES)	estrutura RE-AIM (Alcance, Eficácia, Adoção, Implementação, Manutenção).		saúde de Prochaska adaptado ao comportamento de atividade física.	<p>AF dado pela equipe da APS. Todos os pacientes com mais de 15 anos que visitam o centro de APS por qualquer motivo são rastreados para determinar seu nível de PA e estágio de mudança, prestando atenção especial àqueles com pelo menos um fator de risco cardiovascular. O estágio de mudança é medido perguntando a cada paciente se se envolve em pelo menos 30 minutos de AF 5 dias por semana e sobre a predisposição para fazer quaisquer alterações recomendadas. A resposta classifica os pacientes como inativos (estágio pré-contemplativo, contemplativo ou preparado) ou ativos (estágio ativo ou de manutenção). Adultos inativos e despreparados no estágio pré-contemplativo ou contemplativo recebem a abordagem motivacional. Adultos inativos no estágio de preparação recebem breves conselhos, conselhos específicos com acompanhamento ou encaminhamento para um programa de AF local, conforme apropriado. Aqueles no estágio ativo ou de manutenção recebem reforço para evitar recaídas.</p> <p>A estratégia de implementação do PAFES compreendia atividades centrais e locais. No nível central, os Departamentos de Saúde e Esportes estabeleceram uma aliança para promover a AF através do PAFES. A aliança permitiu o desenvolvimento colaborativo das diretrizes para AF no nível local de APS e de uma estratégia</p>
--	--------------------------	--	--	---	--

					<p>de treinamento. Além disso, orientação e apoio foram fornecidos aos municípios para a identificação de recursos para a promoção da AF. Finalmente, uma estratégia de disseminação foi implementada por meio de uma página da web direcionada à população em geral e aos profissionais de saúde, bem como um boletim informativo para facilitar o networking e a comunicação entre os profissionais de saúde. Desde 2010, a celebração do Dia Mundial da Atividade Física foi incorporada nos níveis central e local, usando o slogan “caminhar 30 minutos por dia pela sua saúde”, em um esforço para aumentar a conscientização da população sobre a importância da AF.</p> <p>No nível local, tanto o município quanto a equipe da APS estavam envolvidos, compartilhando recursos e informações sob um esquema colaborativo. O papel do município estava focado em fornecer um ambiente que facilitasse a AF. Todos os recursos e atividades acessíveis foram identificados. Além disso, “rotas saudáveis” de dois a seis quilômetros foram reconhecidas ou projetadas. Finalmente, os municípios mais motivados estabeleceram um programa de AF para pessoas inativas com pelo menos dois fatores de risco cardiovascular ou diabetes tipo 2.</p> <p>Dois profissionais de APS em cada região de saúde foram identificados</p>
--	--	--	--	--	---

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

					<p>como Campeões de AF e participaram de workshops descentralizados de <i>Train-the-Trainer</i>. As oficinas de treinamento regionais foram assistidas por uma enfermeira e um médico de cada APS na região, que foram então designados como "Campeões de AF da APS AF" e treinaram sua equipe de APS. Nos estágios iniciais, os centros que implementam o PAFES o fizeram com um acordo informal. Uma vez que todos receberam treinamento, a AF foi incluída no contrato anual entre os centros de APS e o Departamento de Saúde Catalão. O contrato revisado adicionou uma meta para os profissionais de saúde em relação à triagem e aconselhamento de AF; o alcance de tais metas está ligado a um pequeno incentivo monetário.</p>
<p>Gualtieri, Antonelli & Romeo 2020²³</p>	<p>Não informado</p>	<p>Descrever o "Small Countries Health Information Network" de Andorra, Chipre, Islândia, Luxemburgo, Malta, Mônaco, Montenegro e San Marino.</p>	<p>Islândia; Malta e San Marino (extraídos apenas destes três países de interesse)</p>	<p>- Islândia: O projeto comunitário de promoção da saúde é implementado em toda a Islândia e apoiado por sua inclusão no orçamento anual do estado. Ele atende as comunidades em um nível local para trabalhar em todos os setores e criar ambientes favoráveis que promovam a saúde e o bem-estar de todos os habitantes, enfatizando a saúde em todas as políticas. Esses mecanismos participativos reuniram atores de diferentes setores, o que facilitou a comunicação, o entendimento conjunto e o senso de propriedade entre os envolvidos. Uma importante lição aprendida foi a importância de usar uma linguagem e conceitos com os quais todos possam se relacionar. Mostrar a outros setores como melhor promover a saúde pública e o bem-</p>	<p>O racional é, de fato, que os países com populações menores têm uma vantagem significativa para promover e implementar políticas e estratégias de saúde e bem-estar que contam com a contribuição de muitos setores. A Iniciativa dos Oito Pequenos Países Europeus visa particularmente amplificar a voz dos pequenos países nos contextos de saúde europeus e globais, alcançando legisladores e governantes locais e internacionais. Visa ainda a partilha dos recursos existentes entre os membros, com o intuito de maximizar o patrimônio, e inovar e aplicar soluções para aumentar a capacidade de melhorar a saúde. O</p>

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>estar e reduzir as desigualdades em saúde ajudou-os a alcançar seus objetivos e facilitou o cumprimento de metas imediatas de saúde pública, bem como a melhoria da saúde pública em todas as faixas etárias em geral.</p> <p>- Malta: Os setores de saúde e educação uniram esforços para implementar um programa nacional de política e estratégia escolar, a fim de alcançar uma melhor atividade física e nutrição para todos os escolares e criar condições equitativas em todas as escolas. O princípio era oferecer oportunidades iguais para todas as crianças praticarem atividade física e se beneficiarem de uma nutrição melhorada em ambientes escolares. Um programa específico chamado “Uma abordagem escolar integral para um estilo de vida saudável: alimentação saudável e atividade física” está ativo em Malta, incluindo iniciativas voltadas para adolescentes em escolas secundárias. Foi desenvolvida uma ação intersectorial sobre as relações existentes com o setor educacional, potencializando ainda mais as oportunidades para identificar objetivos comuns e trabalhar para alcançá-los. Esta abordagem incluiu, por exemplo, sessões de dança, que são oferecidas aos alunos durante os intervalos das aulas de acordo com as preferências das adolescentes. Também são implementadas mudanças nos tipos de alimentos vendidos nas merendas escolares para promover uma alimentação mais saudável, e aulas de culinária de refeições saudáveis para crianças e pais são propostas nas escolas como parte das atividades extracurriculares. Além disso, uma campanha de incentivo à lancheiras mais saudáveis foi veiculada em televisão, rádio e redes sociais.</p>	<p>princípio fundador da rede de iniciativas de oito países é que as experiências de pequenos países podem fornecer oportunidades úteis de aprendizado, particularmente na área de saúde, que pode então ser usado a nível regional em nações mais populosas.</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>As instituições governamentais estão totalmente envolvidas no desenvolvimento de políticas e estratégias desta abordagem operacional. Em particular, os setores de educação e saúde compartilham a liderança e estabeleceram um grupo de trabalho intersetorial. A sociedade civil está envolvida em diferentes níveis. As associações de pais são consultadas regularmente e os meios de comunicação social desempenham um papel ativo na promoção e divulgação de informação. Como resultado positivo importante, as merendas escolares, controladas por organizações do setor privado, mudaram suas opções de compra, assim como as empresas de alimentos foram informadas sobre os níveis obrigatórios de nutrientes e buscaram promover produtos saudáveis de acordo com o modelo de nutrientes da OMS. Os clubes esportivos, também controlados pelo setor privado, estão agora promovendo progressivamente atividades físicas para melhorar a saúde nas escolas. Por exemplo, durante as férias de verão, as crianças podem se matricular em aulas de natação não competitiva. Do ponto de vista financeiro, nenhum financiamento adicional foi necessário para política e estratégia, já que cada setor usou seus próprios orçamentos e tempo de pessoal.</p> <p>Esses programas voltados para a proteção da saúde infantil enfrentaram diversos desafios, principalmente relacionados à resistência demonstrada pelo setor privado em diversas circunstâncias. Por exemplo, vendedores de suco de frutas estavam inicialmente tentando promover sucos comerciais argumentando que eram equivalentes a frutas frescas. A</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>importante lição aprendida no desenvolvimento deste programa, que pode ser oferecido como uma experiência útil para nações maiores, é que a colaboração intersectorial bem-sucedida exige que o esforço de cada setor seja complementar, pois objetivos conflitantes podem dificultar seu sucesso.</p> <p>- San Marino: Os programas que visam combater a obesidade são efetivamente apoiados por resoluções específicas do Congresso emitidas pelo Parlamento de São Marino, que estabeleceu um grupo de trabalho multidisciplinar e intersectorial para o planejamento e coordenação das intervenções de promoção da saúde e educação nas escolas. Nessa linha de ação pública, o Ministro da Saúde, com o apoio e coordenação da Autoridade de Saúde (Instituto de Seguridade Social), forneceu diretrizes sobre educação em saúde em ambientes escolares e orientações a nutricionistas e pediatras sobre o desenvolvimento de cardápios e dietas especiais. Uma iniciativa intersectorial, incluindo o Ministério da Educação, também foi desenvolvida, o que garante que uma estreita colaboração seja mantida entre as aulas de ciências escolares e as oficinas fora do campus.</p>	
Gustavsson et al. 2018 ²⁴	Estudo descritivo que usa análise de conteúdo qualitativa de dados de entrevistas com abordagem	Descrever a visão dos profissionais de saúde sobre os facilitadores, barreiras e requisitos percebidos para a implementação bem-sucedida do método Atividade Física Sueca com Prescrição (SPAP) na atenção primária à saúde.	Suécia	A Atividade Física Sueca com Prescrição (SPAP) é um método para a saúde sueca para promover a AF tanto para a prevenção quanto para o tratamento de distúrbios de saúde relacionados ao estilo de vida. O método SPAP consiste em cinco componentes principais: 1) consulta de promoção da saúde centrada na pessoa, 2) prescrição escrita de AF, somando	Este estudo agrega conhecimentos importantes sobre o uso do Método Atividade Física Sueca com Prescrição (SPAP) na atenção primária e os requisitos que podem facilitar a implementação do SPAP. Houve conhecimento limitado entre os profissionais de saúde sobre os

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

	dedutiva e indutiva.			um acordo entre o paciente e o profissional de saúde com base nas intenções e objetivos expressos do paciente e no conhecimento e competência do profissional de saúde, 3) prescrição orientada por conhecimento baseado em evidências sobre AF na prevenção e tratamento de agravos à saúde; ou seja, de acordo com as recomendações do manual “Atividade Física na Prevenção e Tratamento da Doença FYSS” (não apresenta detalhes), 4) seguimento da prescrição escrita, e 5) colaboração entre o serviço de saúde e os organizadores de AF fora da saúde (eg clubes desportivos, ginásios). Ressalta-se também que o método deve ser adaptado às condições locais da organização de saúde.	principais componentes do método SPAP, com exceção da prescrição escrita. Isso representa uma educação mais aprofundada sobre como praticar o método, incluindo o conhecimento da lógica do SPAP e seus fundamentos teóricos. Os resultados destacam a importância de formar políticas e diretrizes clínicas e estabelecer estruturas de suporte organizacional, bem como garantir que sejam bem conhecidas e aprovadas em todas as partes da organização de saúde. Os principais requisitos identificados para implementação orientarão o desenvolvimento de uma intervenção de implementação que vise esses fatores.
Hamlin et al., 2016 ²⁵	Estudo avaliativo retrospectivo	Quantificar a eficácia de uma intervenção de cuidados primários de atividade física denominada 'Prescrição Verde' em mudanças nos níveis de AF 2 e 3 anos após a prescrição original.	Nova Zelândia	A Prescrição Verde, atualmente gerenciada pelo Ministério da Saúde da Nova Zelândia, envolve a avaliação das necessidades de atividade física de pacientes em risco e o fornecimento de recomendações tangíveis na forma de uma prescrição de atividade. Um encaminhamento do clínico geral ou da enfermeira é enviado ao centro esportivo regional, que atua como facilitador (rede de apoio ao paciente) e auxilia na mudança de comportamento, conectando o paciente com a atividade e fornecendo apoio interpessoal e motivação, quando necessário, durante um período de 3 meses. Isso é alcançado por meio de prescrições detalhadas de AF, promoção de atividades de estilo de vida saudável, assistência na superação de barreiras à atividade física, estrutura baseada em equipe	Vários participantes indicaram que havia uma falta de comunicação entre os agentes de saúde (médicos generalistas e especialistas). Além disso, o próprio programa às vezes era considerado muito generalizado para todos os problemas de saúde, o que acabava tornando mais difícil obter o aconselhamento correto sobre atividade física. Os pacientes que cumprem as intervenções de AF da atenção primária, como a Prescrição Verde, provavelmente manterão os níveis de AF e os resultados de saúde percebidos no longo prazo (2 e 3 anos). No entanto, a Prescrição Verde tem espaço para melhorias, uma vez que muitos indivíduos ainda não conseguem

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				para promoção de exercícios e fornecimento de materiais educacionais complementares.	alcançar e manter as diretrizes atuais de AF.
Hengel et al. 2018 ²⁶	Estudo qualitativo	Realizar pesquisas qualitativas com a equipe clínica para obter informações de percepções sobre os componentes da melhoria contínua da qualidade (CQI) de saúde sexual, sua normalização e integração na prática de rotina e os fatores que influenciaram esses processos	Austrália; Comunidades aborígenes australianas remotas	<p>O programa foi baseado em um ciclo de feedback com os seguintes componentes: (i) seis relatórios mensais de dados clínicos projetados para fornecer à equipe da clínica informações contínuas sobre sua cobertura de testes de IST; (ii) avaliação anual de sistemas para medir e descrever os processos de prestação de cuidados de saúde sexual dentro da clínica; (iii) planejamento de ações, para desenvolver e orientar mudanças na prestação de no aumento das visitas clínicas para testes de IST; e (vi) pagamentos de incentivo às clínicas com base no progresso para atingir as metas de melhores práticas de IST.</p> <p>Componente do programa STRIVE CQI:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Relatório de dados clínicos (Dados desidentificados extraídos de (i) laboratórios participantes e (ii) registros médicos eletrônicos • Ambos os conjuntos de dados usados para garantir a qualidade dos dados • 6 relatórios mensais de dados clínicos específicos da clínica apresentados à equipe em uma visita presencial • O formato visual forneceu à equipe da clínica insights sobre sua prática clínica local associada aos "metas de melhores práticas" da STRIVE). <p>-Ferramenta de Avaliação de Sistemas (• Usando a Ferramenta de Avaliação de Sistemas desenvolvida por outros programas CQI australianos, STRIVE desenvolveu uma</p>	Em todos os componentes do programa, os relatórios de dados clínicos tiveram o maior grau de integração e normalização. Os planos de ação, a ferramenta de avaliação de sistemas e a função de coordenador STRIVE complementaram os relatórios de dados e permitiram que esses componentes fossem traduzidos diretamente em atividade clínica. Por outro lado, os dois tipos de financiamento - promoção da saúde e pagamentos de incentivo - tiveram baixos níveis de integração e normalização. Para superar as ameaças à integração da saúde sexual (CQI), os programas precisam se alinhar com as diretrizes clínicas existentes, ser facilmente traduzidos em atividade clínica direta e ter suporte gerencial. Para aumentar a normalização do programa, o CQI de saúde sexual deve se alinhar com as estruturas mais amplas do CQI da clínica e promover o envolvimento e a responsabilidade da equipe por meio do fornecimento de dados específicos da clínica e reuniões presenciais regulares.

				<p>ferramenta específica para a saúde sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrangeu seis componentes que impactaram a prestação sistemática de cuidados de saúde sexual • A equipe autoavalia sua clínica em uma escala de 0 a 11 (11 indicando que o nível de melhores práticas havia sido alcançado) • A ferramenta levou de 1 a 3 horas para ser concluída e teve como objetivo incluir todos os funcionários que trabalham dentro da clínica. <p>-Configuração do Plano de Ação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lacunas destacadas na Ferramenta de Avaliação de Sistemas e no relatório de dados clínicos alimentados em um Plano de Ação • O Plano de Ação foi específico para cada clínica • Impulsionado por equipe clínica • Inclui funções e responsabilidades designadas. <p>Coordenador STRIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empregado através da STRIVE • Cinco coordenadores empregados para trabalhar com os sites participantes • Trabalhou em parceria com quaisquer funções de saúde sexual existentes e de base regional que fossem empregadas por departamentos de saúde ou serviços controlados pela comunidade • Manteve contato regular com as clínicas participantes por meio de 3 chamadas telefônicas mensais • 6 visitas clínicas presenciais mensais envolveram a entrega de relatórios de atividade clínica, realização de avaliações de sistemas e criação de planos de ação. 	
--	--	--	--	--	--

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>Financiamento da Promoção da Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • A STRIVE forneceu às clínicas um pagamento único de US\$ 2.000 • O pagamento deveria ser usado para uma atividade projetada para incentivar os jovens a entrar nas clínicas para testes de IST <p>Pagamentos de incentivo da clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínicas individuais pagas por teste feito e em relação à melhoria geral para atingir as metas de melhores práticas de IST • O dinheiro pode ser usado conforme desejado por cada clínica 	
Hetherington, Borodzicz & Shing; 2015 ²⁷	Estudo avaliativo*	Informar sobre a eficácia do programa Healthy Eating Activity and Lifestyle (HEALTM), um programa financiado pela Healthy Communities Initiative do governo australiano.	Austrália	<p>O programa HEALTM é um programa de modificação de estilo de vida baseado em um grupo de oito semanas.</p> <p>Desenvolvimento do programa: O desenvolvimento do conteúdo educacional do programa HEALTM foi baseado no 'Modelo Transteórico e Estágios de Mudança'. As construções deste modelo que orientaram o desenvolvimento do programa foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> -aumento da consciência: encontrar e aprender novos fatos, ideias e dicas que apoiam a mudança de comportamento saudável; -reavaliação ambiental: percebendo o impacto negativo do comportamento não saudável ou o impacto positivo do comportamento saudável no ambiente social ou físico proximal; -auto-avaliação: perceber que a mudança de comportamento é uma parte importante da identidade de alguém como pessoa; -autolibertação: assumindo um compromisso firme com a mudança; 	Em resumo, o programa HEALTM, um programa de modificação de estilo de vida baseado em grupo que incorpora estratégias de mudança de comportamento e combina educação e exercício, demonstrou melhorar os comportamentos de saúde e as medidas de resultados de saúde dos participantes que concluíram o programa. Os pontos fortes do programa são a maneira sistemática e coordenada de entrega e avaliação. Com base nesses pontos fortes, e onde o financiamento está disponível, o programa HEALTM merece consideração cuidadosa como uma estratégia de mudança de comportamento em redes de atenção primária à saúde, governo local ou ambientes comunitários. Alcançar a sustentabilidade seria altamente benéfico para melhorar a saúde pública e diminuir a carga financeira e pessoal das condições crônicas

				<p>-ajudando relacionamentos: fazendo uso do apoio social para uma mudança de comportamento saudável;</p> <p>-contracondicionamento: substituição de comportamentos e crenças alternativas mais saudáveis por comportamentos não saudáveis;</p> <p>-gerenciamento de contingência: desenvolver contratos, reforços e incentivos de forma aberta e encoberta para manter a mudança.</p> <p>A combinação de exercício e educação em cada sessão foi baseada em evidências da eficácia da educação combinada de estilo de vida e sessões de atividade física na prevenção do desenvolvimento ou progressão de condições crônicas.</p> <p>Entrega do programa</p> <p>A cada semana, os participantes completaram uma hora de exercício em grupo supervisionado, seguida de uma hora de educação sobre o estilo de vida. O conteúdo do exercício foi adaptado para atender às necessidades e interesses do grupo de participantes, com a principal estipulação sendo que as atividades não excedam uma intensidade moderada. Exemplos de atividades realizadas incluem: aulas de circuito aeróbico, sessões de musculação, caminhadas supervisionadas, dança tradicional, sessões de ginástica ao ar livre, aeróbica aquática, aulas de boxe modificadas e dança de linha. Em alguns casos, as sessões de exercícios foram conduzidas por um fisiologista de exercícios e as sessões de educação por um nutricionista, mas na maioria dos casos a educação e o exercício foram conduzidos pelo mesmo facilitador devido a limitações da força de</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>trabalho ou considerações de custo. Salvo a doença, as oito semanas inteiras foram facilitadas pela mesma pessoa ou combinação de ensino. O programa foi entregue em uma ampla variedade de locais em 67 áreas do governo local, incluindo: salões comunitários, estúdios de exercícios, salas de reuniões, centros de saúde aborígene, centros de acomodação para refugiados e, em um caso, no pub local. A seleção do local era de responsabilidade do conselho de apoio ou facilitador local. Os participantes foram considerados como tendo concluído o programa se tivessem participado de pelo menos seis das oito sessões. Cada participante recebeu um manual contendo os slides de educação e materiais de apoio, pontos de discussão em grupo, atividades em casa e um programa de exercícios em casa. Em resposta às sugestões dos facilitadores do HEALTHM, uma versão resumida do manual do participante foi desenvolvida para pessoas com baixa alfabetização em inglês e para pessoas de origens não falantes de inglês. Uma versão Aborígene e das Ilhas do Estreito de Torres dos recursos manuais e promocionais também foi produzida.</p>	
Jongen et al. 2014 ²⁸	Revisão sistemática	Avançar na compreensão da atual base de evidências que orienta os Programas e serviços de Saúde Materna Infantil (MCH) e as práticas de bem-estar dos aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres e informar o desenvolvimento dos serviços MCH de cuidados primários de saúde, incluindo a	Austrália; Estreito de Torres. A distribuição de programas e serviços documentados por estado foi a Austrália Ocidental (5/23, 22%), Nova Gales do Sul (4/23, 17%), o Território do Norte	A maioria das publicações relatou programas e serviços que operam de Organizações de Saúde Controladas pela Comunidade Aborígene (12/23, 52%). Havia 5 publicações documentando programas governamentais (22%) e 3 documentando programas que operam a partir dos principais serviços de saúde primários (13%). Um estudo documentou um programa entregue por uma equipe de cuidados maternos e infantis	Houve um aumento substancial nas publicações que documentam programas e serviços de saúde infantil e materna das Ilhas Aborígenes e do Estreito de Torres na última década. Essas publicações descrevem respostas a uma série de questões de saúde e bem-estar relevantes para mães, bebês e crianças aborígenes e das Ilhas do Estreito de Torres, com a maioria dos

		<p>identificação de novas prioridades de pesquisa.</p>	<p>(4/23, 17%), Queensland (3/23, 13%). Uma publicação adicional relatou três programas operando na Austrália do Sul, Nova Gales do Sul e Queensland.</p>	<p>aborigine em uma variedade de locais, incluindo o Serviço de Saúde Aborígine local. Outro estudo foi sobre um programa iniciado pela comunidade operando em várias comunidades usando um programa desenvolvido pelo governo entregue por mulheres aborígenes locais. Houve também uma avaliação de uma iniciativa conjunta do governo e da comunidade.</p> <p>Tipo e componentes de intervenção Os cuidados pré-natais e pós-natais foram identificados como os principais tipos de intervenção em 14 (61%) dos documentos de pesquisa. Outras 4 (17%) publicações identificaram um modelo integrado ou contínuo de cuidados de maternidade como a principal intervenção. Uma publicação documentando um serviço direcionado a mães e bebês identificou a promoção e a educação da saúde como a intervenção primária, outra identificou a defesa, o apoio e a psicoterapia como as principais intervenções e duas não declararam um tipo principal de intervenção. O componente mais comum das intervenções citadas na literatura que documentava a MCH foi a promoção/educação e aconselhamento/apoio à saúde (16/23, 70%). Os tópicos de promoção da saúde documentados incluíram nutrição, amamentação, imunização, cuidados infantis e acesso a grupos e serviços. Publicações que descreveram ou avaliaram essas atividades de promoção/educação e aconselhamento/apoio da saúde se concentraram nas questões de saúde da cessação do tabagismo, saúde sexual e reprodutiva, uso indevido de substâncias, sinais de alerta precoce de complicações e</p>	<p>estudos documentando programas direcionados a mães e seus bebês por meio de cuidados pré-natais e pós-natais. Houve uma diferença significativa nos componentes dos programas e serviços descritos na literatura, com promoção/educação e aconselhamento/apoio de saúde relatados na maioria das publicações de saúde materna e infantil. A literatura documenta uma grave subutilização de intervenções de cessação do tabagismo nos cuidados pré-natais. Algumas melhorias nos resultados de saúde foram relatadas, no entanto, a verdadeira eficácia das intervenções documentadas nos estudos quantitativos não é clara devido à má qualidade do estudo. Considerando que é improvável que melhorias significativas nos resultados de saúde sejam alcançadas no curto prazo, os esforços de pesquisa precisam se concentrar no desenvolvimento de dados longitudinais de boa qualidade para avaliar o impacto dos programas e serviços de saúde infantil e materna das Ilhas Aborígenes e do Estreito de Torres ao longo de várias décadas.</p>
--	--	--	---	---	--

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>Síndrome da Morte Súbita Infantil. Outros componentes de intervenção comuns documentados na literatura incluem visita domiciliar (8/23, 35%), exames e apoio pré-natais e pós-natais (5/23, 22%), serviços de transporte (4/23, 17%), apoio ao parto/nascimento (23/3, 13%), assistência na marcação ou comparecimento de consultas e reservas hospitalares (3 /23, 13%), triagem de gravidez (2/23, 9%), aconselhamento/psicoterapia (2/23, 9%), encaminhamentos (2 /23, 9%) e treinamento e apoio para parteiras e profissionais de saúde aborígenes (2/23, 9%).</p>	
Journath et al. 2020 ²⁹	Observacional	Avaliar o risco a longo prazo de primeiros eventos cardiovasculares (CV), mortes CV e mortes por todas as causas em indivíduos que participam de um programa de prevenção CV baseado em cuidados primários de saúde com foco em atividade física e estilo de vida saudável, em comparação com uma referência correspondente grupo da população em geral.	Suécia; Município de Sollentuna no condado de Estocolmo	<p>Os visitantes dos centros de saúde foram convidados a participar do programa. Um questionário autoaplicável foi usado para a triagem inicial, seguido de um exame físico por um clínico geral ou enfermeiro. Peso, altura e pressão arterial de repouso foram medidos e amostras de sangue em jejum foram coletadas. Diretrizes estabelecidas para prevenção de DCV foram usadas para aconselhamento sobre estilo de vida, bem como tratamento e acompanhamento de fatores de risco de DCV identificados.</p> <p>Promoção de um estilo de vida saudável: O programa enfocou a intervenção no estilo de vida e todos os participantes receberam aconselhamento individualizado e personalizado, e uma grande variedade de diferentes grupos educacionais e uma série de palestras foram disponibilizadas como suporte. Uma nova ferramenta para promover a atividade física – Atividade Física sob Prescrição – foi desenvolvida. Os profissionais de saúde registrados foram instruídos a emitir</p>	Este estudo mostra que a participação em um programa de prevenção de DCV baseado em cuidados primários de saúde, com foco na promoção de atividade física e mudanças no estilo de vida, e no gerenciamento de distúrbios de fatores de risco, foi associado à redução do risco de eventos CV, mortes CV e mortes por todas as causas após duas décadas . Embora várias intervenções de estilo de vida randomizadas e controladas tenham mostrado efeitos na incidência e mortalidade de DCV, bem como na mortalidade total, permanece uma preocupação se essas intervenções de estilo de vida são igualmente eficazes quando implementadas na prática clínica diária. Achemos encorajador que foi possível implementar um programa de prevenção CV em grande escala na prática clínica diária na atenção primária à saúde. Além disso, os

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>um encaminhamento para treinamento supervisionado em uma associação esportiva local.</p> <p>Sessões em grupo também estavam disponíveis ocasionalmente para cozinhar, reduzir o peso, parar de fumar e controlar o estresse. Palestras públicas semanais para participantes e seus familiares com foco em estilo de vida saudável e mudanças comportamentais foram oferecidas por 17 anos.</p> <p>A equipe do centro de saúde recebeu treinamento contínuo em medicina do estilo de vida e ciência comportamental de acordo com as diretrizes.</p>	<p>achados reforçam a importância de identificar indivíduos em risco, promoção de atividade física e um estilo de vida saudável e outras intervenções de fatores de risco na atenção primária à saúde para prevenir DCV. O custo-efetividade do programa precisa ser estudado.</p>
Kirby et al. 2021 ³⁰	Estudo transversal	Identificar os fatores do navegador que apoiam melhores resultados familiares.	Austrália; Nova Gales do Sul	<p>Os cargos de navegadores, geralmente ocupados por enfermeiros qualificados, atuando como "intermediários", têm sido amplamente utilizados na coordenação de serviços para pessoas com câncer. Seu papel se encaixa na promoção da saúde envolvendo os participantes/pacientes para melhorar o acesso aos componentes do sistema de saúde e outros serviços sociais, coordenando assim os cuidados e facilitando a centralização no paciente. De acordo com os princípios de promoção da saúde, o navegador envolve o participante a assumir o controle de suas próprias vidas.</p> <p>As famílias foram abordadas pelo navegador de cuidados e perguntadas se estavam dispostas a participar do programa e compartilhar sua saúde pessoal e outros dados usados nos serviços. Os problemas do cliente foram identificados e priorizados na discussão entre o navegador de cuidados e a família do cliente e um plano de cuidados desenvolvido.</p>	<p>O navegador de cuidados, trabalhando dentro de um programa de apoio, conseguiu ajudar pais com vidas caóticas e condições complexas a usar e se beneficiar dos serviços. Este estudo demonstrou que a saúde das crianças e outros problemas não relacionados à saúde melhoraram quando elas aderiram ao programa de atendimento integrado e que as habilidades parentais dos clientes e a confiança em lidar com a burocracia aumentaram. Os principais fatores de apoio ao programa foram o compromisso dos profissionais envolvidos no trabalho em todos os setores e em não fazer julgamentos. As habilidades do navegador de cuidados incluíam tenacidade, ligação bem desenvolvida e poderes de persuasão para envolver clientes e outros prestadores de serviços e manter relacionamentos contínuos.</p>

				<p>Neste programa, a posição de navegador de cuidados foi especificada como uma posição de enfermagem. Uma conferência de casos foi convocada pelo navegador de cuidados quinzenalmente envolvendo serviços sociais e de saúde e as escolas para discutir cuidados e serviços e organizar encaminhamentos dentro e fora da cidade.</p> <p>A função de navegador de cuidados incluía identificar e recrutar os prestadores de serviços para a conferência de casos. As crianças menores de 5 anos eram os principais clientes do serviço, mas toda a família era envolvida no plano de cuidados. Um Grupo de Liderança com representantes dos serviços envolvidos foi realizado quinzenalmente para supervisionar o programa e fornecer governança.</p>	
Klein et al., 2017 ³¹	Estudo avaliativo	Avaliar um programa de atividade física baseado em cuidados primários e conduzido por médicos para pacientes de cuidados primários.	Canadá; Edmonton, Alta	<p>O programa é baseado em uma única Rede de Cuidados Primários, com equipe interdisciplinar incluindo enfermeiras, nutricionistas e cinesiologistas. Mudanças recentes no programa incluíram a adição de outros membros da equipe de saúde, como nutricionistas que fornecem informações nutricionais durante a caminhada.</p>	<p>É importante capacitar os pacientes a fazer escolhas saudáveis e reduzir as barreiras para serem fisicamente ativos, pois promover um estilo de vida melhorado é um bom remédio. Atualmente, não há literatura sobre outros programas de condicionamento físico baseados em cuidados primários canadenses que ofereçam experiência tanto para médicos quanto para cinesiologistas. Os pacientes que estão inseguros sobre como começar a se exercitar, ou aqueles com condições médicas que provocam medo de ir à academia, sentem-se à vontade para participar do MOVE. Este programa baseado na comunidade incentiva os participantes a serem ativos ao ar livre, sem a necessidade de ir a uma</p>

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

					academia ou comprar qualquer equipamento de exercício. O programa demonstrou viabilidade e eficácia em sua avaliação inicial. Outras jurisdições devem ser encorajadas a tentar replicar o programa em suas configurações.
Lefkowich et al., 2018 ³²	Estudo descritivo	Investigar o processo pelo qual o modelo ToT foi desenvolvido e implementado para efetuar a difusão máxima.	Irlanda; Âmbito nacional	ENGAGE', o programa nacional de treinamento em saúde masculina da Irlanda, foi desenvolvido por uma parceria de setores estatutários, acadêmicos e comunitários, para atender a essa recomendação. Foi adotado um modelo de entrega em cascata de 'Treinamento de Instrutores'; indivíduos de organizações-chave foram recrutados para o treinamento para se tornarem instrutores do programa de treinamento de 1 dia ENGAGE para prestadores de serviços. Os formadores comprometeram-se a ministrar três programas de formação ENGAGE.	Com foco no programa de treinamento ENGAGE, exploramos o processo (planejamento, implementação e manutenção) de usar um modelo ToT de treinamento para afetar a mudança em um nível de prática em ambientes sociais e de saúde. Nossas descobertas indicam que uma abordagem de aprendizagem experiencial em combinação com mecanismos de feedback e promoção de apoio baseado em pares são estratégias-chave que promovem a apropriação individual, comunitária e organizacional. Além disso, ao se adaptar em resposta ao feedback, o ENGAGE conseguiu permanecer relevante por vários anos (2012–2014) e ainda está em andamento. Como tal, as principais estratégias usadas pelo ENGAGE poderiam ser usadas para informar novos modelos de treinamento em saúde nos próximos anos.
Leiva et al., 2018 ³³	Ensaio controlado randomizado por <i>cluster</i>	Avaliar a eficácia de uma intervenção escolar realizada por um professor sobre a iniciação do tabagismo em adolescentes (programa de educação para prevenção do tabagismo ITACA).	Espanha; Ilhas Baleares	O programa de educação de prevenção ao tabagismo ITACA é um programa de prevenção ao tabagismo de 4 anos, originalmente projetado para alunos do ensino médio de 12 a 16 anos de idade. O ITACA é uma intervenção cognitivo-comportamental que se baseia no modelo das influências sociais e está integrada	Os resultados indicam que este programa não teve efeito significativo sobre a incidência de tabagismo em adolescentes. A maioria das evidências existentes vem de intervenções diretas na sala de aula ou no ambiente escolar. O efeito de intervenções mais amplas

				<p>nas atividades curriculares regulares das escolas. Cada escola designou um coordenador para realizar a intervenção e estabeleceu um sistema de comunicação para o coordenador, professores e pesquisadores do projeto relatarem a eficácia da implementação. O componente curricular de 4 anos consistia em 22 aulas de aproximadamente 50 minutos cada: 8 aulas foram integradas no currículo de ciências ambientais, 6 no currículo de ciências sociais, 2 no currículo de educação física, 1 no currículo de matemática e 5 como tutoriais de alunos.</p>	<p>para prevenir o uso do tabaco deve ser analisado com rigor. Intervenções multissetoriais integradas entre escolas, atividades extracurriculares, família e na comunidade poderiam produzir resultados mais promissores do que aquelas centradas na sala de aula. Além disso, outras alternativas poderiam ser estudadas, como direcionar os esforços de prevenção do tabagismo para grupos de alto risco, usar líderes de pares para realizar intervenções, treinamento em habilidades para a vida ou adicionar intervenções comunitárias a crianças em idade escolar.</p>
Lindholm et al. 2018 ³⁴	Avaliação de custo	Estimar os custos de execução do Programa de Intervenção Västerbotten (VIP) de 1990 a 2006, em comparação com os ganhos e economias de saúde razoavelmente atribuíveis ao programa durante o mesmo período.	Suécia; Condado de Västerbotten no norte da Suécia	<p>Programa de longo prazo orientado para a população para a prevenção de doenças cardiovasculares e diabetes. Se baseia na cooperação integrada nas comunidades locais, tendo os cuidados de saúde primários como eixo coordenador, com atividades de promoção da saúde voltadas para a comunidade. Todos os cidadãos com 30, 40, 50 e 60 anos de idade foram convidados para um exame físico combinado com um diálogo saudável no centro de saúde local.</p> <p>O conceito central de intervenção – exame físico, pesquisa e diálogo em saúde – foi implementado em todos os municípios do condado durante o início dos anos 1990.</p> <p>A intervenção VIP: Diálogo de saúde individual: Os enfermeiros forneceram feedback aos participantes com base nos resultados das medições dos fatores de risco de doenças cardiovasculares (DCV), saúde, hábitos de vida e fatores socioeconômicos e psicossociais. Inicialmente, isso ocorria de forma</p>	<p>Essas análises mostram que o Programa VIP é extremamente econômico em relação ao valor limiar sueco. Portanto, argumentamos que todas as organizações de saúde, atuando em ambientes razoavelmente semelhantes aos da Suécia, têm um bom incentivo para implementar programas como o VIP.</p>

				<p>unidirecional com a enfermeira palestrando para o participante. Gradualmente, no entanto, essa comunicação foi desenvolvida em um diálogo, com base no conceito de entrevista motivacional. O perfil de risco do participante foi visualizado na forma de uma estrela, onde maior risco foi indicado por pontas rombas e risco baixo foi indicado por uma estrela com pontas pontiagudas. Esta ferramenta pedagógica visa facilitar a compreensão das relações entre hábitos de vida e fatores de risco para DCV. O objetivo foi motivar os participantes com baixa carga de fatores de risco a manterem hábitos saudáveis, e para apoiar e motivar aqueles com múltiplos fatores de risco para modificar seu comportamento. Se apropriado, visitas de acompanhamento ou encaminhamento ao médico de família (geralmente um clínico geral) para avaliação e tratamento adicionais foram recomendados.</p>	
Lwembe et al. 2016 ³⁵	Qualitativo	<p>Descrever brevemente uma intervenção que foi desenvolvida como um 'chamado à ação' para melhorar a adoção de vacinas infantis em algumas áreas de Londres. Também visa fornecer uma avaliação qualitativa para avaliar a viabilidade, adequação e aceitabilidade da entrega da intervenção, identificando barreiras específicas e facilitadores para a entrega do programa e para fornecer algumas sugestões para aprendizado em</p>	Inglaterra; Nove distritos de Londres	<p>O programa consistiu em um cartão comemorativo e um calendário de imunização enviado pelo pessoal da clínica geral às famílias das crianças antes do agendamento da vacinação.</p> <p>A primeira onda do programa foi iniciada em julho de 2012 em nove fundos de cuidados primários (PCTs) de Londres: Barking & Dagenham, Bexley, Greenwich, Kensington & Chelsea, Hammersmith & Fulham, Newham, Tower Hamlets, Waltham Forest e Westminster. Parte do escopo da onda inicial era avaliar a viabilidade e aceitabilidade do programa por meio do envolvimento com uma série de partes interessadas e desenvolvimento iterativo da intervenção para permitir uma</p>	<p>Embora a entrega da intervenção do 'cartão de celebração' tenha atingido os seus objetivos, existem algumas questões pendentes em termos de sustentabilidade da iniciativa e a capacidade de demonstrar melhorias quantitativas nas taxas de adesão à vacinação.</p>

		<p>programas futuros.</p>		<p>implantação personalizada em PCTs adicionais em Londres e possivelmente em outros lugares. Um cartão comemorativo personalizado e um folheto informativo com calendário de vacinação foram elaborados em conjunto com os pais/responsáveis. Foram realizadas oficinas com pais/responsáveis de crianças para avaliar a resposta ao desenho dos cartões, que incluíam um personagem central e a inclusão de marcos do leste e centro de Londres associados aos jogos Olímpicos e Paraolímpicos. Além disso, os cartões comemorativos incluíam uma declaração no verso sobre a parceria entre o NHS e a Sanofi Pasteur MSD. Após as sessões de treinamento para enfermeiras e gerentes de prática, os cartões de comemoração foram entregues às práticas participantes. A equipe de gestão do programa organizou um número adequado de cartões comemorativos e envelopes pré-franqueados (postagem de segunda classe) a serem enviados para as clínicas individuais de clínica geral (GP) de acordo com o número de crianças registradas em cada coorte, mais um acréscimo de 5%. Os cartões foram posteriormente enviados pelo consultório de GP aos pais/responsáveis registrados no consultório após o nascimento de uma criança ou antes do primeiro ou quarto aniversário de uma criança registrada no consultório. O cartão destina-se a celebrar o nascimento de uma criança ou o aniversário de uma criança e funcionar como um 'call to action' para que os pais/responsáveis contactem a clínica e marquem um exame de saúde ou vacinação. O cartão para os recém-nascidos incluía uma mensagem a convidar os pais/responsáveis a marcar uma consulta com</p>	
--	--	---------------------------	--	--	--

				<p>o consultório para virem esclarecer as suas dúvidas sobre o estado de saúde do bebé e para o exame do mesmo, altura em que é habitual os bebés receberem sua primeira série de vacinas. Os cartões distribuídos nos PCTs que tinham um programa universal de vacinação contra a tuberculose (TB) incluíam uma mensagem adicional para os pais/responsáveis marcarem uma consulta para a vacinação contra a TB.</p> <p>Os cartões de aniversário para crianças de 1 ano incluíam uma mensagem de que as vacinas da criança estavam vencidas e um convite para entrar em contato com o clínico geral para marcar uma consulta. Os cartões de aniversário enviados para as crianças de 4 anos também continham uma mensagem para entrar em contato com o médico de família para marcar uma consulta. No entanto, este cartão foi enviado apenas para as crianças que ainda não haviam recebido suas vacinas, portanto, este cartão funcionou como uma falha à prova de falhas. Os cartões também continham informações indicando aos pais/responsáveis o 'Livro Vermelho', o Registro Pessoal de Saúde Infantil, que é um registro padrão nacional de saúde e desenvolvimento dado aos pais/responsáveis no nascimento de uma criança, juntamente com encarte com informações sobre o calendário de vacinação recomendado pelo Departamento de Saúde.</p>	
<p>Maher et al. 2012³⁶</p>	<p>Avaliação do programa, utilizando métodos mistos.</p>	<p>Identificar as perspectivas e experiências dos provedores de serviços e beneficiários e quaisquer mudanças na atividade de serviços públicos</p>	<p>Austrália, Nova Gales do Sul</p>	<p>O Programa ECOH é um programa comunitário focado na prestação de serviços integrados e no desenvolvimento de parcerias efetivas entre famílias, profissionais de saúde infantil e profissionais de saúde bucal. O primeiro</p>	<p>O Programa ECOH estabeleceu modelos de responsabilidade compartilhada pela saúde bucal na primeira infância em Nova Gales do Sul. Os pais são direcionados para facilitar</p>

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

		<p>de saúde bucal para crianças em todo o estado.</p>	<p>objetivo é apoiar a capacidade dos profissionais de saúde infantil para incorporar a saúde bucal em exames regulares de saúde infantil, o que inclui fornecer informações sobre saúde bucal aos pais, triagem de saúde bucal para bebês e crianças pequenas, identificação precoce de CPI e encaminhamento para serviços de saúde bucal para lactentes e crianças pequenas com ECC, ou em risco de desenvolver ECC. Os pais recebem orientação antecipada, recursos e apoio para permitir comportamentos positivos de saúde bucal em casa e para incentivar o monitoramento parental da saúde bucal de seus filhos. O segundo objetivo é apoiar os profissionais de saúde oral a centrarem-se na gestão precoce da doença dentária e a incorporar a promoção e a prevenção nos seus serviços, trabalhando em parceria com os pais e famílias. O Programa ECOH usa uma abordagem universal, fornecendo a todos os pais e profissionais de saúde infantil informações sobre saúde bucal, e uma abordagem direcionada para crianças com alto risco de desenvolver CPI. A abordagem direcionada cria caminhos de encaminhamento e gerenciamento adequado por profissionais de saúde bucal. O Programa ECOH abrange uma abordagem de 'estágios de mudança' para a promoção da saúde bucal, em que crianças e profissionais de saúde bucal são treinados para fornecer entrevistas motivacionais aos pais, a fim de incentivar comportamentos positivos de saúde bucal em casa. A teoria da mudança organizacional também é utilizada, com sistemas, processos e políticas desenvolvidas em todo o estado para apoiar a implementação do programa.</p>	<p>comportamentos positivos de saúde bucal em casa. Por meio de planejamento de programa apropriado, governança, desenvolvimento de recursos, fornecimento de treinamento e desenvolvimento de vias de encaminhamento, o programa resultou em profissionais de saúde infantil incorporando orientação preventiva de saúde bucal, triagem, identificação precoce e encaminhamento em sua prática de rotina, evidenciado por aumento de encaminhamentos para serviços públicos de saúde bucal para crianças menores de cinco anos.</p>
--	--	---	---	--

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

<p>March et al. 2014³⁷</p>	<p>Estudo descritivo</p>	<p>Descrever a variabilidade na realização de atividades comunitárias de promoção da saúde, nos apoios recebidos, nas capacitações e na avaliação da participação dos profissionais, da administração e dos agentes sociais nas mesmas.</p>	<p>Espanha; 17 comunidades autónomas</p>	<p>Atividades comunitárias para prevenir doenças e promover a saúde.</p>	<p>Os resultados do estudo alertam para uma desigualdade significativa na oferta de serviços de promoção da saúde a nível comunitário na atenção primária. Além disso, apontam que melhorar o apoio das instituições envolvidas e o associativismo da própria comunidade poderia auxiliar no desenvolvimento das atividades comunitárias. Confirma-se a liderança da enfermagem, identificando o assistente social como outro agente fundamental, com um papel comunitário muito variável entre as comunidades autónomas.</p>
<p>Mendes et al. 2020³⁸</p>	<p>Investigação de Implementação</p>	<p>Discutir como as ferramentas de avaliação breve, aconselhamento breve e monitoramento de AF foram projetadas e implementadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, e também relatar sua utilização atual por profissionais de saúde e cidadãos.</p>	<p>Portugal</p>	<p>No âmbito das consultas de APS, os profissionais de saúde devem realizar rotineiramente uma avaliação breve de Atividade Física (AF) e comportamento sedentário (ferramenta 1) e, após essa avaliação, discutir o padrão apresentado (ou seja, aumento vs. diminuição de AF e comportamento sedentário) usando também o recursos de aconselhamento breve (incluídos na ferramenta 2). Esses recursos recomendam o uso de dispositivos de automonitoramento (para acompanhar as metas e planos de ação traçados), e assim, a ferramenta de automonitoramento (ferramenta 3) pode ser acionada a cada consulta. Os profissionais de saúde podem perguntar aos pacientes se eles já estão usando o "Fisical Activity Card" para monitorar seus níveis de AF, e também podem analisar e discutir com os pacientes os dados apresentados pelo aplicativo do smartphone, como o limite diário recomendado para o número de passos, ou como interpretar a distância (km) e o gasto energético (kcal).</p>	<p>Portugal tem feito uma ação decisiva para promover a AF nos seus cidadãos tendo os cuidados primários de saúde como prioridade. Esses passos iniciais estão sendo avaliados e devem ser seguidos por outras iniciativas, incluindo a oferta de soluções para pacientes que necessitam de programas de exercícios supervisionados. Juntas, essas ações certamente contribuirão para a melhoria da saúde geral e da qualidade de vida da população e para a sustentabilidade do sistema de saúde.</p>

				<p>1. Ferramenta de Avaliação Breve de Atividade Física: Na base de dados/software “S Clínico Cuidados de Saúde Primários” essa plataforma é utilizada como prontuário eletrônico na APS para rastrear sinais vitais, codificar problemas de saúde e apoiar/registrar consultas com diferentes profissionais de saúde. É utilizado em instituições de APS pelos profissionais de saúde. Avalia o nível semanal de AF dos usuários; possui um sistema de feedback “semáforo” para apoiar os profissionais de saúde e facilitar a interpretação dos resultados com base nas recomendações de AF (quando o produto de ambas as respostas for zero, a caixa de resposta fica vermelha; quando o produto está entre 1–149 min/w, a caixa fica amarela; e quando o produto for igual ou superior a 150 min/w, a caixa fica verde). Avaliar o tempo diário sentado com um sistema de feedback de “semáforo” também incluído, com a caixa ficando vermelha se a resposta for 7 ou mais h/d, amarela se for 4-6 h/d e verde se for 0–3 h/d. Atualmente, apenas três tipos de profissionais de saúde podem usar essa ferramenta de avaliação de AF: médicos, enfermeiros e nutricionistas.</p> <p>2. Ferramenta de Aconselhamento Breve de Atividade Física: ferramenta digital na “PEM— Prescrição Eletrônica Médica”. Este software está acessível a todos os médicos em Portugal para a prescrição de tratamentos farmacológicos, cuidados respiratórios domiciliários e outros dispositivos médicos; é composta por cinco documentos inter-relacionados, que podem ser entregues aos pacientes (impressos ou por e-mail; cada guia tem uma página), de acordo com sua motivação atual e níveis de AF. Foi</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>desenvolvido com base em princípios da teoria motivacional e técnicas de mudança de comportamento validadas, como definição de metas, planejamento de ações, planejamento de enfrentamento e auto monitoramento; também foram projetados para serem auto explicativos para que possam ser usados e explorados de forma autônoma sem consumir muito tempo de consulta. Os cinco guias, adaptados ao nível de prontidão e AF dos doentes, foram desenvolvidos para apoiar os processos motivacionais e auto regulatórios envolvidos na adoção de estilos de vida mais ativos. Para ajudar a selecionar o(s) guia(s) mais adequado(s), foi desenvolvido um algoritmo de decisão.</p> <p>3. Ferramenta de automonitoramento de atividade física: aplicação para smartphone “MySNS Carteira” com o objetivo de incluir a versão eletrônica de vários documentos/cartões de identificação utilizados na área da saúde como o cartão de identificação, o cartão de vacinas, o cartão de alergias, o cartão de AF, o testamento vital e tratamentos farmacológicos e prescrições. Este aplicativo está disponível para download gratuito na App Store e no Google Play . O Cartão de atividade física permite que os usuários monitorassem seu próprio nível de AF. Essa ferramenta lê as informações do acelerômetro do smartphone e fornece relatórios (diários, semanais e mensais) com base no número de passos, distância (km) e gasto energético (kcal), dando feedback ao usuário de acordo com os padrões internacionais.</p>	
Ngxongo &	Quantitativo	Identificar as instalações que	África do Sul;	A África do Sul tem utilizado a abordagem	Os desafios identificados pelos

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

Sibiya; 2014 ³⁹	descritivo não experimental	implementam o programa Atenção Pré-Natal Básica (BANC) e identificar os desafios enfrentados pelas parteiras ao implementar o programa.	Município de eThekweni	prescrita pelo Conselho Sul-Africano de Enfermagem (1991) no âmbito da prática das parteiras. O escopo da prática afirma que as parteiras devem garantir que uma mulher grávida compareça a uma clínica uma vez por mês até a 28ª semana de gravidez e, posteriormente, a cada 2 semanas até a 36ª semana de gravidez. A partir de então, ela deve ser vista todas as semanas até dar à luz. Com esta abordagem, as mulheres poderiam ter até 12 consultas pré-natais para uma gravidez. Em 2007, a África do Sul respondeu às recomendações da OMS - O Programa de Saúde Materna e Neonatal 2004: aconselhamento, exames e apenas testes com um propósito imediato e benefícios comprovados para a saúde - introduzindo um programa diferente de cuidados pré-natais denominado BANC, que substituiu a abordagem anterior. A nova abordagem se concentra na qualidade e não na quantidade de visitas, com ênfase especial no fato de que cada visita deve ser direcionada a um objetivo. A abordagem é semelhante à recomendada pela OMS, com algumas pequenas variações e adaptações adequadas às circunstâncias deste país.	inquiridos tiveram um efeito negativo na implementação bem-sucedida do programa BANC. Esses desafios dificultaram o processo de implementação ou resultaram na rejeição do programa.
Nicholas et al. 2013 ⁴⁰	Transversal	Descrever variações na implementação do programa NHS <i>Health Checks</i> em clínicas gerais, no primeiro ano completo do programa <i>Health Check</i> , em dois bairros de Londres.	Inglaterra; 2 bairros de Londres	O NHS <i>Health Check</i> é uma avaliação de risco cardiovascular. Adultos com idade entre 40 e 74 anos, que não têm doença cardiovascular preexistente, hipertensão, diabetes ou doença renal crônica, são convidados para uma consulta presencial para avaliar seu risco de doença cardiovascular em 10 anos. Esta avaliação de risco cardiovascular é usada para informar a intervenção graduada. Indivíduos cujo risco de um evento cardiovascular é >20%	Existe uma diversidade considerável na implementação do NHS <i>Health Check</i> pelas práticas gerais. Um processo formal de garantia de qualidade pode ser necessário para otimizar a implementação do programa de avaliação de risco cardiovascular do NHS.

				<p>em 10 anos serão classificados como 'alto risco' e entrarão em um registro de alto risco com um caminho de cuidado designado. Indivíduos identificados como portadores de doenças clínicas, como diabetes ou fibrilação atrial, também entrarão nos caminhos de atendimento apropriados com base na atenção primária. Outros indivíduos receberão conselhos sobre como reduzir o risco ou manter o risco baixo, principalmente por meio de conselhos sobre estilo de vida.</p> <p>Em 2011/12, o programa visa inscrever 90% da população elegível em um ciclo de 5 anos de chamada-rechamada por meio da participação de todas as organizações de atenção primária. Cerca de 1,8 milhões de indivíduos agendados para receber um convite para um Exame de Saúde em 2011/12. No terceiro trimestre (3º trimestre) de 2011/12, o Departamento de Saúde estimou que 15,9 milhões de pessoas eram elegíveis para um exame de saúde do NHS durante um período de 5 anos. Nos três primeiros trimestres de 2011/12, 1 514 141 indivíduos receberam um Check-up de Saúde, tendo 759 329 (50%) recebido um Cheque. O Departamento de Saúde encorajou os cuidados primários locais (PCTs) a decidir a melhor forma de organizar a entrega dos exames de saúde do NHS, reconhecendo que diferentes modelos podem atender às necessidades de diferentes populações locais. As políticas locais de entrega de cheques são implementadas por meio de contratos com prestadores de serviços, incluindo consultórios gerais, farmácias e equipes de atendimento. As organizações de atenção primária também podem ser responsáveis por oferecer treinamento ao pessoal envolvido no</p>	
--	--	--	--	---	--

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>fornecimento de exames, bem como organizar serviços em todo o distrito para promoção de exercícios, controle de peso ou cessação do tabagismo. A partir de abril de 2013, a responsabilidade pela realização dos NHS <i>Health Checks</i> será transferida para as autoridades locais. A implementação das verificações será um indicador chave na Estrutura de Resultados de Saúde Pública no Domínio 4, prevenção de problemas de saúde. Na área de estudo, os Exames de Saúde são implementados em consultórios gerais, farmácias comunitárias e através de equipes de proximidade. Em um dos distritos, os participantes convidados podem escolher entre clínica geral ou farmácia como provedor do cheque. As equipes de extensão oferecem apenas verificações oportunistas.</p>	
Norberg et al. 2012 ⁴¹	Avaliação observacional	<p>Analisar as tendências nas taxas de participação e identificar os determinantes da participação no Programa de Intervenção Västerbotten (VIP) de 1990 a 2006.</p>	<p>Suécia; Condado de Västerbotten no norte da Suécia</p>	<p>O VIP é uma intervenção comunitária. Uma estratégia populacional com muitas atividades da comunidade local e uma abordagem individual foram combinadas. Esta estratégia e o programa foram desenvolvidos em colaboração com a população em geral e com o envolvimento dos mais diversos setores do município. Todos os habitantes foram convidados ao seu centro local de APS para um exame de saúde e aconselhamento individual durante o ano de seus 40, 50 e 60 anos de idade. Assim, como todos na população em um determinado ponto de idade estavam envolvidos, esta foi considerada uma abordagem de participação comunitária. Pessoas de trinta anos também foram incluídas até 1995. A ideia era identificar os indivíduos com alto risco de doença cardiovascular (DCV) e inseri-los em serviços de acompanhamento e</p>	<p>As taxas de participação no VIP aumentaram de 56% em 1995 para 65% em 2006, e 81% daqueles que eram elegíveis duas vezes em intervalos de 10 anos participaram pelo menos uma vez. O aumento das taxas de participação ocorreu independentemente das características socioeconômicas, idade, sexo ou histórico médico. Embora permaneça um desafio alcançar aqueles que têm baixa renda, vivem sozinhos ou nasceram fora da Suécia, as características de fundo foram semelhantes e mudaram de forma semelhante em participantes e não participantes durante o período de estudo de 1990-2006. Muito provavelmente, isso se deve à sustentabilidade, que se baseia na</p>

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				prevenção de rotina e promoção da saúde que visam toda a população da comunidade. Os centros de saúde assumiram a responsabilidade de entregar o programa às suas próprias populações de captação e adaptar as atividades para se adequarem bem aos serviços oferecidos em centros de saúde específicos.	integração do VIP na estrutura e organização dos serviços de APS, além de atingir toda a população de meia-idade. Devido a essas características, o VIP é capaz de atender às expectativas da população sobre promoção da saúde e tem o potencial de identificar indivíduos com alto risco de DCV e passá-los suavemente para medidas preventivas comuns, bem como reforçar intervenções baseadas na comunidade para melhorar a saúde pública .
Norman CD, et al. 2020 ⁴²	Estudo avaliativo	Avaliar o impacto do modelo no conhecimento, atitudes e comportamento dos consumidores, utilização, níveis de suporte e satisfação dos intermediários de saúde.	Canadá; Ontário	A ERO foi criada com o objetivo de fornecer aos indivíduos e intermediários de saúde em Ontário acesso a informações e conselhos nutricionais oportunos e baseados em evidências. O ERO apresentava uma plataforma multimodal que fornecia informações nutricionais baseadas em evidências por meio do contato direto com um nutricionista registrado usando telefone gratuito, serviço de e-mail para um nutricionista ou informações de autoatendimento no site interativo. A plataforma multimodal acomodou diferentes públicos que buscavam aconselhamento quando e onde precisavam, usando sua mídia e canais preferidos.	Envolver diversas comunidades, populações e ambientes na prestação de serviços é um dos maiores desafios para os serviços dietéticos no Canadá. Dinâmicas populacionais em mudança e grandes geografias, combinadas com tecnologias em evolução, aumentam as dificuldades em determinar os meios mais apropriados, eficazes e de amplo alcance para atingir indivíduos com serviços dietéticos. O ERO forneceu um exemplo de como a tecnologia pode ser usada para apoiar os profissionais em sua prática e oferecer recursos adicionais para aqueles que têm capacidade limitada de acessar ajuda profissional em sua comunidade. Embora o financiamento do governo de Ontário tenha sido retirado em 2018, o legado do programa é um modelo projetado para portabilidade para outras jurisdições, fornecendo um novo capítulo para a inovação dietética nos próximos anos.

<p>Norman J, et al. 2022⁴³</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Avaliar até que ponto as estratégias e atividades do programa <i>Active In-Betweens</i> atenderam aos resultados esperados do programa de curto a médio prazo durante seu primeiro ano de operação.</p>	<p>Austrália, Nova Gales do Sul</p>	<p><i>Active In-Betweens</i> é um programa de estilo de vida saudável semanal de 2 horas e um programa de atividades ao ar livre para crianças de 9 a 12 anos, entregue em um ambiente comunitário, depois da escola durante o período letivo (36 semanas por ano). O <i>Active In-Betweens</i> é projetado para fornecer um ambiente acolhedor para pais e cuidadores. É entregue às crianças residentes nas referidas comunidades de habitação social por uma organização não governamental regional de promoção da saúde, em parceria com dois centros comunitários locais e dois serviços sem fins lucrativos de apoio à criança e à família. As sessões são ministradas em conjunto por um facilitador masculino e feminino com experiência em promoção da saúde, desenvolvimento comunitário e prática informada sobre traumas. A estrutura teórica que sustenta o programa é a teoria social cognitiva de Bandura, que é comumente usado em intervenções comportamentais baseadas na vizinhança após a escola. A teoria aborda construções individuais, ambientais e sociais, bem como a interação dinâmica entre pessoa, ambiente e comportamento. As avaliações de programas extracurriculares mostraram que a autoeficácia, o prazer e o apoio social são preditores de atividade física. Além disso, o desenho e a entrega do programa incorporam uma abordagem informada sobre o trauma; uma estrutura baseada em pontos fortes que responde aos efeitos do trauma. As atividades e o conteúdo do programa foram elaborados em conjunto com as crianças e informados pelas contribuições iniciais e contínuas dos participantes e partes interessadas do programa, pelas consultas comunitárias do</p>	<p>Com base nas perspectivas das crianças participantes e das principais partes interessadas da comunidade, este estudo documenta as maneiras pelas quais o programa <i>Active In-Betweens</i> utilizou estratégias baseadas em evidências para apoiar o envolvimento positivo, a saúde e o bem-estar de crianças pré-adolescentes que vivem nas duas comunidades de habitação social. O foco do programa na faixa etária pré-adolescente preenche uma lacuna significativa nos programas pós-escolares atualmente oferecidos na Austrália e mostra mérito para tradução em outras comunidades carentes onde residem crianças nessa faixa etária. Também foram identificadas áreas para pesquisas futuras que fortaleceriam as descobertas deste estudo atual. Isso inclui buscar feedback dos pais ou cuidadores dos participantes do programa, uma vez que relacionamentos mais fortes tenham sido estabelecidos; conduzir este estudo em uma coorte comparativa de participantes; e envolver as crianças participantes em métodos de pesquisa participativos.</p>
---	---------------------------	--	-------------------------------------	--	--

				<p><i>Collective Impact</i> e pelas abordagens baseadas em evidências.</p> <p>Modelo lógico do Active In-Betweens Programme</p> <p>Entradas Facilitadores do programa e parceiros da comunidade</p> <p>2. Comitê Consultivo do Projeto 3. Financiamento do projeto e apoio em espécie</p> <p>Saídas - estratégias e atividades</p> <p>Estratégias</p> <p>S1. Programa semanal de duas horas entregue em um centro comunitário local acessível com espaço ao ar livre adjacente. S2. Facilitação por profissionais de promoção da saúde/desenvolvimento comunitário de homens e mulheres, treinados em práticas informadas sobre traumas. S3. Facilitadores apoiados por agentes comunitários dos serviços locais de apoio à família. S4. Programa semanal baseado em um tema abrangente de promoção da saúde, que é mesclado em atividades e conversas durante a tarde. S5. Entrega de programa flexível com co-projeto, dirigido por crianças, atividades estruturadas e não estruturadas. S6. Ambiente seguro e de apoio fornecido para promover a confiança, o respeito, a construção de relacionamentos e a diversão. S7. Oportunidades de atividade física oferecidas, incluindo brincadeiras ativas estruturadas e não estruturadas, jogos e esportes inclusivos; com e sem o uso de</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>equipamentos.</p> <p>S8. Uma gama de experiências e informações sobre alimentação saudável forneceu.</p> <p>S9. Oportunidades de se conectar com recursos comunitários mais amplos, incluindo grupos culturais, esportivos e criativos e programas locais de apoio à juventude.</p> <p>S10. Proporcionar um ambiente acolhedor para os pais e cuidadores.</p> <p>S11. O debrief semanal da equipe é conduzido contribuindo para um planejamento futuro flexível e responsivo.</p> <p>S12: Programa apoiado por múltiplas parcerias e colaboração com organizações locais de partes interessadas e Comitê Consultivo do Programa.</p> <p>Atividades</p> <p>A1. O programa reúne semanalmente de 10 a 30 crianças locais que podem ou não se conhecer.</p> <p>A2. As crianças são ajudadas a desenvolver um conjunto de diretrizes e valores comportamentais acordados ('A Promessa') no início do programa, que é revisitado a cada período.</p> <p>A3. Chá da tarde saudável é oferecido em todas as sessões e muitas vezes preparado com crianças.</p> <p>A5. São realizadas atividades interativas regulares de culinária, plantio e colheita de alimentos, bem como jogos de frutas e vegetais, experimentos com água e refrigerantes.</p> <p>A6. Um programa diversificado de atividade física é oferecido semanalmente, incluindo</p>	
--	--	--	--	--	--

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>brincadeiras e jogos ativos direcionados às crianças, esportes individuais e coletivos.</p> <p>A7. Oportunidade para atividades criativas e "tempo de inatividade" também fornecido apoiando as interações pessoais entre as crianças e os facilitadores.</p> <p>A8. Jovens trabalhadores de programas locais de jovens frequentam regularmente o programa.</p> <p>A9. Incursões – facilitadores convidados para programar em resposta ao feedback das solicitações contínuas das crianças e observações do facilitador.</p> <p>A10. Excursões - descobrindo ativos da comunidade local, por ex. passeio de bicicleta, hortas comunitárias.</p>	
Paige & Shahid; 2014 ⁴⁴	Estudo descritivo	Descrever o alcance do programa*	Reino Unido; Distrito de Bradford	<p>O objetivo do programa é que todas as crianças com idade entre dois e quatro anos residentes no distrito recebam quatro aplicações de uma dose medida segura de verniz fluoretado durante um período de dois anos. Este elemento adicional de '<i>Building Brighter Smiles</i>' concentra-se na entrega por meio de creches. Uma equipe composta por um dentista, gerente de programa, enfermeira odontológica e administrador pilotou o programa em 2007/08. O piloto foi bem-sucedido e o programa foi lançado para a população mais ampla de dois a quatro anos em 2008/09. O primeiro ano do programa começou em pequena escala, pois exigia o recrutamento de dentistas e terapeutas dentários. Naquela época, o verniz de flúor só podia ser aplicado por um dentista, ou por um terapeuta ou higienista sob prescrição de um dentista.</p>	<p>O maior desafio encontrado até agora foi o banco de dados de computador para o programa. Dificuldades no desenvolvimento do banco de dados significam que o programa ainda é baseado em papel, e a contagem manual é necessária. Ao lidar com tantas novas crianças inscritas no programa a cada ano, a magnitude dessa tarefa não pode ser subestimada. Um banco de dados foi encomendado pelo departamento de tecnologia da informação do <i>Bradford District Care Trust</i> e está sendo testado em campo, com a possibilidade de entrada direta nos locais. O banco de dados precisa ser simples, de fácil utilização, compatível com as orientações de governança da informação e com um recurso de busca que possa ser usado em qualquer ambiente comunitário, permitindo que</p>

					os enfermeiros pesquisem cada criança usando seu nome, data de nascimento ou código postal. Os formulários de consentimento ainda serão impressos, mas o acompanhamento de cada criança será aprimorado. Como o programa é direcionado especificamente para crianças de dois a quatro anos, uma vez que as crianças do programa tenham recebido quatro aplicações de verniz fluoretado, o objetivo futuro é apoiá-las a frequentar o dentista geral para novas aplicações como parte do plano de cuidados preventivos de sua saúde bucal.
Rautio et al. 2013 ⁴⁵	Estudo descritivo	Examinar os preditores do sucesso da intervenção no estilo de vida em termos de perda de peso e melhora na tolerância à glicose em indivíduos com alto risco para DM2 ou com DM2 detectado por triagem no Programa Nacional de Prevenção de Diabetes da Finlândia (FIN-D2D), após seguimento de 1 ano.	Finlândia; Âmbito nacional	As intervenções no estilo de vida foram individuais (peso, frequência das refeições, gordura [ingestão, qualidade], uso de sal, ingestão de fibras, exercícios, álcool, tabagismo) ou sessões em grupo (grupos de manutenção de peso/exercício, palestras sobre mudanças no estilo de vida e diabetes).	O alto número de visitas de intervenção foi um forte preditor de sucesso na perda de peso, o que ressalta a importância de participar de uma intervenção no estilo de vida para perder peso. Nossos resultados indicam que pelo menos 3 visitas de intervenção são necessárias para obter benefícios das intervenções. Portanto, é importante motivar os indivíduos a participar e se comprometer com as visitas de intervenção no estilo de vida.
Reid, Ervin & Kelly; 2019 ⁴⁶	Relatório do projeto	Descrever o primeiro ano de implementação de um programa de Médicos no Ensino Médio em um ambiente rural em Victoria, Austrália.	Austrália; área rural em Victoria	Cada escola de sucesso fez uma parceria com uma clínica de prática geral para fornecer o serviço nas instalações da escola e fornecer o clínico geral (GP) e a enfermeira de prática para operar o serviço. O programa é ministrado na escola por um consultório geral local com uma clínica ativa co-localizada dentro do pequeno serviço de saúde rural do município. A clínica escolar é composta por um	Este programa de Médicos em Escolas Secundárias forneceu a uma população escolar rural acesso aos serviços de GP. É um programa importante para estudantes do município local e também para estudantes que viajam de ônibus de áreas periféricas. Esses estudantes rurais anteriormente tinham oportunidades limitadas para que suas

				<p>dos GPs locais e uma enfermeira de prática que está empregada em uma posição sênior no serviço de saúde rural local. Compromissos agendados e não agendados são realizados. A enfermeira da clínica, que também é membro sênior da equipe de enfermagem do serviço de saúde rural local, procurou ser responsável pela identificação e ação das necessidades de saúde e bem-estar dos alunos. De acordo com os documentos de relatório do programa de enfermagem de prática, uma abordagem de desenvolvimento comunitário foi adotada para atender às lacunas identificadas e problemas de acesso.</p>	<p>necessidades de saúde sejam convenientemente abordadas. O enfermeiro e o GP consideraram as necessidades de cuidados desses adolescentes e defenderam ativamente o aumento dos serviços específicos para adolescentes, além de fornecer uma variedade de informações e recursos para melhorar a alfabetização em saúde e o bem-estar desta coorte. Todos esses são elementos essenciais para incorporar novos modelos de atendimento em ambientes de cuidados primários rurais e podem ser aplicados em contextos internacionais.</p>
Robson et al. 2017 ⁴⁷	Observacional	Adicionar um elemento comparativo à comorbidade recém-identificada em participantes em comparação com não participantes correspondentes e adicionar uma descrição de um ciclo completo de 5 anos a relatórios anteriores.	Inglaterra; leste de Londres	<p>O programa NHS <i>Health Check</i> da Inglaterra completou seu primeiro ciclo completo de 5 anos entre 2009 e 2014. Os grupos de comissionamento clínico (CCGs) substituíram os fundos de cuidados primários (PCTs) em abril de 2013, e a responsabilidade pelos exames de saúde passou para as autoridades locais. A implementação tem sido altamente variável. A <i>Public Health England</i> está abordando melhorias. O programa NHS <i>Health Check</i> foi implementado com sucesso em três CCGs do leste de Londres, com suporte incluindo painéis de desempenho, redes de prática gerenciada e incentivos financeiros. A constatação de que as estatinas eram 40% mais propensas a serem prescritas aos participantes do que aos não participantes é uma intervenção de importância para a saúde pública com espaço considerável para melhorias adicionais. Replicado nacionalmente, o uso de estatina resultante do NHS <i>Health Checks</i> preveniria cerca de 4.600 a 8.400</p>	<p>A oferta do programa NHS <i>Health Check</i> nestes CCGs foi equitativa, com uma cobertura recente de 85%. As estatinas foram 40% mais propensas a serem prescritas aos participantes do que aos não participantes, fornecendo benefícios absolutos estimados de importância para a saúde pública. Mais novos casos de diabetes, hipertensão e doença renal crônica foram identificados entre os participantes do que um grupo pareado de não participantes.</p>

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				ataques cardíacos, derrames ou morte por essas causas em 5 anos.	
Rogers et al. 2021 ⁴⁸	Pesquisa de implementação	Elucidar as barreiras e facilitadores da organização, gestão e política de saúde associados à implementação de uma intervenção de promoção da saúde baseada em evidências em centros de atenção primária.	Espanha; País Basco	O programa “ <i>Prescribe Vida Saludable</i> ” (PVS) é uma intervenção complexa elaborada a partir de modelos teóricos baseados em evidências e estratégias de intervenção para modificação do comportamento de saúde, como a aprendizagem social e as teorias de comportamento planejado e os 5 A's da estrutura de intervenção (perguntar, aconselhar, concordar, auxiliar e providenciar acompanhamento). A intervenção do programa PVS é liderada pelos profissionais dos centros de cuidados primários locais com o envolvimento da comunidade circundante para alcançar a integração efetiva da promoção de estilo de vida saudável visando múltiplos fatores de risco no ambiente de cuidados primários do dia-a-dia. Os comportamentos-alvo de interesse são a cessação do tabagismo, exercícios e dieta saudável.	A intervenção de promoção da saúde mostrou-se compatível com os valores dos profissionais da atenção primária. No entanto, os profissionais de todos os centros relataram barreiras à implementação relacionadas a: (1) política externa e incentivos, (2) compatibilidade com o fluxo de trabalho existente e (3) recursos disponíveis para executar o programa. Barreiras específicas nessas áreas foram relacionadas à falta de apoio financeiro e político, restrições de tempo de consulta e dificuldade em gerenciar demandas concorrentes do dia-a-dia. Outras barreiras e facilitadores foram relacionados aos construtos redes e comunicação, cultura, prioridade relativa e engajamento da liderança.
Shah et al. 2017 ⁴⁹	Estudo qualitativo*	Apresentar as principais características e relatar a experiência de sucesso do programa SALSA.	Austrália	O programa tem a finalidade de promover atividade física e saúde comer em um ambiente escolar favorável. O SALSA é sustentado pela teoria cognitiva social e pela abordagem de educação de empoderamento e se alinha com a estrutura das escolas promotoras de saúde da OMS. Em resumo, estudantes universitários voluntários de faculdades de saúde/educação, que treinaram como educadores SALSA, visitam escolas secundárias em pequenas equipes e treinam alunos voluntários do 10º ano (com idades entre 15 e 16 anos) como líderes de pares SALSA, desenvolvendo habilidades de facilitação, ensino e liderança de grupos.	Lições a serem aprendidas: - As parcerias entre os setores de saúde e educação são essenciais para o sucesso contínuo e sustentabilidade do programa Estudantes como Ativistas do Estilo de Vida. - Compartilhamento de dados de avaliação na forma de um breve relatório com a escola diretores e professores é valioso para iniciar mudanças no ambiente escolar, como aumentar a disponibilidade de alimentos saudáveis em cantinas escolares. -Para que os programas de prevenção

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>Novamente em pequenas equipes, esses líderes de pares oferecem quatro aulas de 70 minutos, durante o horário de aula, para alunos do 8º ano (de 13 a 14 anos) que aprendem sobre maneiras práticas de serem mais ativos fisicamente e de comer de forma saudável por meio de vídeos, jogos e atividades. Eles são orientados pelos líderes pares sobre como identificar, analisar criticamente e superar as barreiras que encontram para viver um estilo de vida saudável. Os alunos do 8º ano desenvolvem um objetivo pessoal e, como classe, trabalham em um "plano de ação escolar" para criar um ambiente escolar favorável para uma vida saudável. A avaliação do processo é realizada anualmente para informar a relevância e a fidelidade do programa. Os alunos são incentivados a compartilhar o que aprenderam com suas famílias usando a pasta de trabalho Salsa usada durante as aulas do programa. Os 'snippets de saúde' da Salsa também são fornecidos às escolas participantes para serem incluídos nos boletins escolares. Como parte dessa abordagem integrada, os líderes de pares podem aprimorar suas habilidades de liderança por meio de treinamento adicional e se conectar com representantes do governo para defender melhorias em seus bairros.</p>	<p>primária nas escolas secundárias sejam eficazes, o financiamento sustentado do governo é crucial.</p>
Shati et al. 2021 ⁵⁰	Abordagem transversal descritiva	Avaliar a conscientização e a percepção dos pais sobre o Serviço de clínica de bebês (WBC) em centros de cuidados primários de saúde no setor de Abha, Arábia Saudita.	Arábia Saudita; Abha	<p>Um dos serviços importantes oferecidos pelos Serviços de clínica de bebês é fornecer imunizações para doenças infantis como tétano, difteria, coqueluche, poliomielite, haemophilus influenza tipo b, hepatite B, sarampo, caxumba, rubéola e varicela. As clínicas são designadas para rastrear as taxas de imunização na comunidade e notificar as</p>	<p>O cuidado adequado é vital para a sobrevivência de uma criança, bem como para o desenvolvimento físico e mental ideal. A criança adequadamente cuidada tem bem-estar e felicidade adequados. O cuidado é vital para o bem-estar nutricional da criança pequena. O cuidador envolve a</p>

				<p>famílias quando for a hora das vacinas. Bebês e crianças são verificados quanto ao crescimento e atraso no desenvolvimento. A equipe verifica o desequilíbrio muscular em cada visita, os ouvidos para infecção, os olhos para anormalidades visuais, o coração para murmúrios e os quadris para displasia do desenvolvimento. Fornecem orientação parental para aqueles sem sistema de apoio para reduzir o abuso e a negligência infantil.</p>	<p>amamentação, a detecção de doenças e a determinação de marcos de desenvolvimento infantil. Neste estudo, mães e crianças cuidadores tinham consciência adequada e atitude aceitável em relação aos serviços de clínica de bebês (WBCs) e serviços prestados. Os serviços adequados de WBCs promovem um ambiente saudável e seguro e fornecem cuidados de saúde suficientes para o cuidado psicossocial e o apoio emocional da criança.</p>
<p>Shaw et al. 2015⁵¹</p>	<p>Avaliação qualitativa</p>	<p>Examinar a experiência dos profissionais de saúde que entregam o NHS <i>Health Check</i> e a fidelidade ao protocolo, ou seja, foi entregue como pretendido; explorar a experiência dos pacientes com o cheque e o aconselhamento personalizado recebido; e explorar as percepções dos profissionais de saúde e dos pacientes sobre a viabilidade do suporte ao estilo de vida para facilitar a mudança de comportamento no contexto da vida cotidiana.</p>	<p>Inglaterra; Birmingham</p>	<p>O programa envolve convidar todos os pacientes (com idades entre 40 e 74 anos) para consultas de exames de saúde a cada cinco anos e fornecer a eles uma pontuação de risco de DCV de 10 anos e um plano de gerenciamento personalizado. Este plano envolve aconselhamento personalizado e apoio ao estilo de vida, que foram incorporados ao programa para ajudar a lidar com a mudança de comportamento (por exemplo, dieta, atividade física, tabagismo, consumo de álcool). Os testes incluíram colesterol, glicemia, pressão arterial e IMC. Os exames são realizados em consultórios de Clínica Geral (GP) do Reino Unido e na comunidade e são entregues por Médicos de Família, enfermeiras práticas e Assistentes de Saúde.</p> <p>O NHS Health Check entregue na região por clínicos gerais, enfermeiras e assistentes de saúde; durante o período de avaliação (2010-2011), incluiu o seguinte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nomeação (ano 1): <ol style="list-style-type: none"> a) Exames biomédicos: colesterol, glicemia, 	<p>O treinamento dos profissionais de saúde precisa incluir o uso e a evidência da eficácia das metas SMART na mudança de comportamentos de saúde. A importância da fidelidade ao protocolo precisa ser comunicada aos profissionais de saúde e comissários para garantir a consistência. O monitoramento e a medição do acompanhamento, por exemplo, rastreamento de encaminhamentos, precisam de recursos para fornecer evidências do sucesso do NHS <i>Health Check</i> em termos de estilos de vida mais saudáveis e redução do risco de DCV.</p>

				<p>pressão arterial e IMC;</p> <p>b) Uso de recursos visuais (potes de gordura/sal/açúcar), fita métrica de semáforo;</p> <p>2. Acompanhamento inicial (assim que os resultados de sangue forem recebidos; pode envolver uma segunda consulta; ano 1):</p> <p>a) Escore de risco de DCV de 10 anos após resultados de testes;</p> <p>3. Programa de gestão (na consulta ou acompanhamento inicial):</p> <p>a) Objetivos SMART definidos para criar um plano personalizado para mudar comportamentos de saúde;</p> <p>b) O suporte ao estilo de vida pode ser recomendado para ajudar com comportamentos específicos, por exemplo, cessação do tabagismo, perda de peso, atividade física;</p> <p>4. Consulta de acompanhamento (ano 5):</p> <p>a) Repetição de exames biomédicos;</p> <p>b) Revisão do programa de gestão.</p> <p>Concebido pelo Departamento de Saúde do Governo do Reino Unido como uma intervenção de saúde pública para "descoberta de casos", o NHS <i>Health Check</i> visava: detectar níveis de risco (levando ao diagnóstico), comunicar o risco aos pacientes e fornecer informações e suporte. O manual para os profissionais de saúde que entregam o cheque incluía roteiros para usar com os pacientes, planilhas de metas SMART (específicas, mensuráveis, alcançáveis, focadas em resultados, oportunas), formulários de resultados de testes, um mapa de referência de estilo de vida, uma caixa de alimentos e um 'semáforo' fita métrica. A caixa de comida incluía potes de gordura, sal e açúcar indicando as quantidades diárias recomendadas e potes</p>	
--	--	--	--	--	--

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				mostrando os níveis de gordura/sal/açúcar em alimentos do dia-a-dia, por exemplo, iogurte, salgadinhos de forno, queijo, chocolate, suco de frutas. A criação de metas SMART constituiu o conselho personalizado . Os pacientes em risco foram encaminhados para serviços de apoio ao estilo de vida , por exemplo, aconselhamento para parar de fumar, grupos de caminhada, nutricionistas, aconselhamento sobre álcool. O objetivo central era comunicar o risco aos pacientes e facilitar a mudança de comportamento de saúde.	
Shinn, Salgado & Rodrigues; 2020 ⁵²	Não informado	Descrever as iniciativas implementadas em relação à promoção da atividade física.	Portugal	<p>O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) tem como documento orientador a Estratégia Nacional Para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar – ENPAV 2016-2025. A ENPAF foi um documento elaborado com a colaboração de dezenas de técnicos da saúde, do desporto, da educação, de estruturas profissionais e académicas, e foi ainda exposto a outros contributos por meio de uma consulta pública. O seu objetivo central é “consciencializar a população para a importância da atividade física na saúde e a implementação de políticas intersectoriais e multidisciplinares que visem a diminuição do sedentarismo e o aumento dos níveis de atividade física”, com a perspetiva de “ter uma população residente em território nacional com baixos níveis de sedentarismo, fisicamente ativa, usufruindo do maior número possível de anos de vida saudáveis e livres de doença”. Definiu áreas prioritárias de intervenção: promoção de AF, formação de profissionais de saúde, trabalho intersectorial, investigação e monitorização. Para apoio à prática clínica, foram desenvolvidas duas</p>	<p>Portugal é dos países europeus onde se verificam níveis mais baixos de AF e mais altos de sedentarismo, razão pela qual a Direcção-Geral de Saúde definiu a AF como um dos seus programas de saúde prioritários, tendo desenvolvido a Estratégia Nacional de Promoção da Atividade Física.</p> <p>Nesse sentido, tem-se verificado um aumento do interesse por este assunto da parte dos médicos de família para o incorporar na sua prática clínica, acompanhado por um aumento da formação específica disponível, o desenvolvimento de recursos informáticos que auxiliam a promoção da AF e iniciativas locais envolvendo estes profissionais.</p> <p>Paralelamente, tem-se assistido a uma evolução favorável à prática de AF a nível dos espaços urbanos bem como políticas autárquicas de promoção da AF tanto nas deslocações diárias como no tempo de lazer.</p> <p>Só um esforço transversal a todos os</p>

				<p>ferramentas de suporte na avaliação e aconselhamento na área da atividade física e sedentarismo (2017). Os médicos de família que utilizam o programa de Registo Eletrónico da Saúde SCLínico® têm acesso a uma ferramenta na página da “Ficha individual”. O programa assume este registo como avaliação de um sinal vital. Consiste em três perguntas que abrangem os dois fatores de risco independentes: o grau de sedentarismo e a (falta de) AF. A quantificação do sedentarismo e do grau de AF é traduzido por sinais visuais (vermelho, amarelo ou verde) consoante o nível de risco. As respostas têm um histórico que permite monitorizar a evolução de um determinado paciente e, por outro lado, efectuar a vigilância epidemiológica dos comportamentos sedentários e dos níveis de AF. Estas três perguntas são já uma componente do aconselhamento breve. No entanto, existe um complemento no software de Prescrição Eletrónica Médica (PEM). Através de um ícone igual ao utilizado no software de registos clínicos, o médico tem acesso a cinco documentos que pode imprimir ou enviar para o email do paciente. Estes documentos escritos são fornecidos, em função do seu nível de atividade física. Existe um algoritmo facilitador para a escolha do documento mais adequado a cada paciente: Guia para a atividade física; Auxiliar de decisão; Plano de ação – iniciação; Plano de ação – continuidade; Manutenção. O conteúdo desses documentos está disponibilizado na ferramenta de apoio da Direção-Geral da Saúde: Manual de aconselhamento breve para a promoção da atividade física. O PNPAF disponibiliza também várias infografias a respeito de recomendações</p>	<p>intervenientes poderá resultar numa mudança de paradigma que permita alcançar o objetivo de um aumento da atividade física e uma diminuição do sedentarismo, importantes fatores de risco para as doenças não transmissíveis e assim melhorar a qualidade de vida e reduzir o risco de morte precoce.</p>
--	--	--	--	--	--

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				sobre atividade física para bebés e crianças (0-5 anos), crianças e adolescentes (5-18 anos), adultos e idosos (> 18 anos) e para grávidas.	
Simões et al. 2018 ⁵³	Não informado	Descrever e avaliar o Programa vale-dentista.	Portugal	<p>O programa consistia na disponibilização de um voucher destinado a doentes ou grupos populacionais específicos, que podia ser utilizado para receber cuidados de médicos dentistas privados que contratassem o Sistema Nacional de Saúde (SNS) para o efeito. A Direcção-Geral da Saúde é responsável pela coordenação nacional do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (NPOHP) e as Administrações Regionais de Saúde são responsáveis pela coordenação regional e pelo pagamento dos prestadores privados. O NPOHP define os indicadores de monitorização e avaliação, bem como as regras e procedimentos que orientam o programa. Os vouchers dentários são emitidos pelas unidades de cuidados de saúde primários do SNS a todos os elegíveis. Os beneficiários podem escolher livremente o prestador dentre os dentistas que aderiram ao programa e que fazem parte de uma lista de prestadores disponível tanto nas unidades básicas de saúde quanto pela internet. O NPOHP definiu um número máximo de vouchers odontológicos emitidos por paciente anualmente em consideração a importância do grupo-alvo em termos de prevenção e tratamento. Relativamente às crianças e adolescentes, todos têm acesso a intervenção aos 7, 10 e 13 anos, por higienistas orais ou dentistas, com o objetivo de tratar dentes cariados ou aplicar selantes de fissura sem todos os seus dentes permanentes. O programa de vouchers odontológicos é inteiramente financiado pelo</p>	<p>A implementação e expansão do programa vale-dentista aumentou a cobertura de populações vulneráveis aos cuidados de saúde oral em Portugal. Embora o programa tenha um carácter marcadamente não universal, o que pode colocar em risco o princípio do acesso universal e da equidade na prestação pública de saúde, sua cobertura foi ampliada ao longo dos anos, levando em consideração os grupos mais vulneráveis e a necessidade de prevenção e tratamento precoce das doenças orais mais graves. A expansão do vale-dentista ou mesmo de outras formas de prestação de cuidados dentários a novos públicos-alvo no âmbito do SNS, poderá ser dificultada pela necessidade de contenção de custos e de alcançar a sustentabilidade financeira do SNS. O vale-dentista revelou-se uma reforma inovadora que foi possível devido a um grande consenso entre todas as partes interessadas, permitindo a liberdade de escolha dos pacientes e respondendo à necessidade de aumentar o acesso aos cuidados de saúde oral da população.</p>

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>SNS. O preço pago foi inicialmente fixado em 40€ por paciente, mas em 2013 o preço baixou para 35€. O vale-dentista cobre tratamentos preventivos (por exemplo , aplicação de selantes de fissuras, aplicação de flúor), tratamentos curativos (por exemplo , extração de dentes, restauração) e outros tratamentos (por exemplo, escalonamento), de acordo com o público-alvo. Na primeira consulta, os médicos dentistas avaliam o estado do paciente e elaboram um plano de tratamento, de acordo com o número de vales que o paciente tem direito. A intervenção do Médico Dentista tem em consideração as prioridades clínicas e o número de senhas de cada paciente.</p>	
<p>Sithole; 2017⁵⁴</p>	<p>Pesquisa qualitativa e quantitativa</p>	<p>Determinar as várias direções governamentais de saúde envolvidas na promoção da saúde ocular na África do Sul e determinar as várias políticas de saúde relacionadas à promoção da saúde ocular nas políticas de saúde. Além disso, o estudo buscou estabelecer os diversos programas e atividades de promoção da saúde ocular que vinham sendo realizados no país.</p>	<p>África do Sul</p>	<p>A promoção da saúde ocular está sob responsabilidade da Diretoria de Doenças Crônicas, Deficiências e Geriatria (DCDDG). A DCDDG era responsável pelos serviços oftalmológicos a nível nacional e provincial e as questões de promoção da saúde ocular faziam parte de quatro diretrizes nacionais sobre diferentes aspectos dos cuidados oftalmológicos; no entanto, o entrevistado indicou que essas diretrizes não eram uma política formal de promoção da saúde ocular. Os programas de promoção da saúde ocular relatados pelos gerentes de oftalmologia: <i>Community outreach; School visit; Training of health promoters; Training of ophthalmic nurses</i>. Os programas de saúde escolar representaram 75 por cento dos programas de promoção da saúde ocular nas províncias. A maioria (seis ou 75 por cento) dos gestores oftalmológicos relatou que não havia métodos de avaliação para promoção da saúde ocular</p>	<p>Tendo em vista o estado atual da prestação de serviços oftalmológicos na África do Sul, que está desintegrada, com as províncias seguindo diferentes modelos de atendimento oftalmológico, é importante considerar a reestruturação da prestação de serviços de saúde ocular. Portanto, a reestruturação deve incluir um modelo integrado de prestação de serviços oftalmológicos e o desenvolvimento de um documento de política de promoção da saúde ocular. Para realizar isso, uma nova diretoria de saúde ocular deve ser estabelecida no contexto do sistema de saúde atual para agilizar a formulação de um novo modelo de prestação de cuidados oculares e o desenvolvimento de políticas de promoção da saúde ocular.</p>

				<p>em suas províncias, enquanto os outros dois das províncias de KwaZulu-Natal e Gauteng relataram que possuem processos de monitoramento. Na província de Gauteng, foi relatado que os promotores de saúde eram responsáveis pela avaliação dos programas de cuidados oftalmológicos; no entanto, a província de KwaZulu-Natal usa optometristas e enfermeiras oftalmológicas para avaliar seus programas. A DCDDG, onde está localizada a assistência à saúde ocular, disponibilizou as seguintes orientações, que eram os únicos documentos sobre saúde ocular em geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diretriz Nacional sobre Prevenção da Cegueira na África do Sul; - Diretriz nacional sobre o gerenciamento e controle de condições oculares em nível primário; - Diretriz nacional sobre triagem de erros refrativos para pessoas com 60 anos ou mais; - Diretriz Nacional de Cirurgia de Catarata. <p>Outros treze documentos nacionais de saúde foram obtidos, sendo que apenas cinco deles continham declarações sobre saúde ocular. Essas declarações foram limitadas apenas ao exame de visão.</p>	
Tall et al. 2015 ⁵⁵	Estudo qualitativo	Explorar as experiências vividas pela equipe da APS envolvida na implementação de um programa antitabagismo para toda a comunidade na zona rural remota da Austrália, identificando especificamente os desafios encontrados e as estratégias empregadas.	Austrália; Austrália rural remota	<p>O programa consistia em um plano de tratamento individualizado, terapia de reposição de nicotina subsidiada e aconselhamento individual semanal e sessões de apoio com um gerente de caso designado durante 12 semanas, além de suporte telefônico. Os clientes que não puderam ou não compareceram às consultas semanais foram acompanhados por seu gerente de caso por telefone ou em casa, comunidade ou local de trabalho. Os clientes também foram</p>	<p>Os resultados podem ajudar os serviços de saúde a adaptar melhor os programas antitabagismo para o ambiente rural remoto, onde as taxas de tabagismo são particularmente altas. Atender aos desafios únicos do ambiente rural remoto é necessário para que os programas antitabagismo sejam eficazes, econômicos e capazes de melhorar os resultados de saúde rural remotos.</p>

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>encaminhados para um clínico geral para os terapia de reposição de nicotina (vareniclina ou bupropiona). Problemas de saúde mental e/ou drogas e álcool também foram avaliados. Os gerentes de caso incluíam pessoal de enfermagem, profissionais de saúde indígenas e outros trabalhadores da APS de unidades de saúde e multifuncionais controladas pelo governo, e Organizações de saúde controladas pela comunidade aborígine. O treinamento do gerente de caso consistiu em educação geral para parar de fumar e treinamento específico para a entrega do programa. Os serviços de GP foram prestados por clínicas locais operadas independentemente ou pelo <i>Royal Flying</i>.</p>	
<p>Tapera et al.; 2018⁵⁶</p>	<p>Não informado</p>	<p>Detalhar as atividades de promoção da saúde em Botswana desde o estabelecimento da profissão em 1988. Descrever ainda a infraestrutura de promoção da saúde, investimento na promoção da saúde, treinamento de recursos humanos e colaborações dentro do país.</p>	<p>Botswana</p>	<p>O sistema de saúde em Botswana é prestado através de um modelo descentralizado, sendo os cuidados de saúde primários o pilar do sistema de prestação de serviços. Os serviços de Cuidados de Saúde Primários no país estão integrados no conjunto dos serviços hospitalares e de saúde e são prestados nos respectivos ambulatórios dos hospitais. É através dessas estruturas que um complemento de ações preventivas, serviços de saúde de promoção e reabilitação, bem como tratamento e cuidados de problemas comuns são fornecidos. O país está dividido em vinte e sete distritos de saúde. Os distritos e autoridades locais são responsáveis pela prestação de serviços de cuidados de saúde primários através de postos de saúde, que servem áreas remotas e rurais, clínicas, hospitais primários e hospitais distritais. Cada distrito tem uma equipe distrital de saúde liderada por um especialista em saúde pública</p>	<p>Em todas as conquistas em Saúde Pública, a Educação e Promoção da Saúde tem desempenhado um papel fundamental na conscientização sobre os serviços de saúde pública, bem como na promoção de mudanças comportamentais positivas em nível nacional.</p>

				<p>que é responsável pela administração e supervisão de uma série de doenças orientadas para a saúde pública, como a tuberculose e o HIV. Cada distrito tem uma média de 3 ou mais postos para oficiais de promoção da saúde, dependendo do tamanho do distrito.</p> <p>Educação em saúde e mão de obra de promoção: No nível mais baixo temos os Auxiliares de Educação em Saúde, que realizam atividades de promoção da saúde. Esses quadros são detentores de certificados; durante a formação têm 6 meses de formação presencial seguidos de 6 meses de estágio comunitário durante o qual estão ligados a unidades/comunidades de saúde. Os ACS têm como principal atividade fornecer orientação sobre cuidados básicos de saúde e informações sobre educação em saúde para lares e comunidades, para salvar vidas por meio do fortalecimento dos vínculos saúde-comunidade, melhorando o alcance da saúde para as pessoas de difícil acesso e ampliando a implementação de intervenções de alto impacto. Existem apenas 2 instituições com diploma de formação em educação e promoção da saúde; Boitekanelo College (Faculdade Privada) leva 2 anos para formar diplomados gerais e Ministério da Saúde através do Instituto Serowe de Ciências da Saúde (IHS) leva 3 anos para formar diplomados nacionais superiores. As atribuições específicas do titular do diploma envolvem o planejamento, a execução e a avaliação de atividades de educação em saúde para a promoção da saúde, prevenção e controle de doenças. A formação em nível de graduação é feita apenas no Boitekanelo College, onde leva 4 anos para concluir o</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>programa para quem vem do ensino médio, enquanto para os detentores de diploma leva 2 anos para concluir o programa de graduação. As responsabilidades do titular do grau envolvem a gestão dos serviços de educação para a saúde a nível distrital e aqueles com grau de mestre irão coordenar os serviços de educação para a saúde a nível nacional. Coordenação de programas de educação e promoção da saúde: Os programas de educação e promoção da saúde são coordenados pela unidade de promoção da saúde a nível nacional do departamento de Saúde Pública do Ministério da Saúde. A unidade de educação e promoção da saúde tem o mandato de: i) coordenar o desenvolvimento e implementação de políticas, directrizes, legislação, regulamentos, normas e estratégias de promoção e educação da saúde relevantes para a saúde pública; ii) desenvolver, promover e sustentar intervenções relevantes de promoção da saúde e educação, incluindo novas inovações e projetos como base para a construção de programas baseados em evidências; iii) projetar, desenvolver e disseminar informações e comunicações de saúde, incluindo mídia impressa, televisão/vídeo e computador, em apoio a todos os programas e campanhas de saúde; iv) coordenar o desenvolvimento da comunidade e outras estruturas e processos que melhorem o envolvimento e a participação da comunidade; v) construir, coordenar e facilitar a implementação de um Programa Nacional de Saúde Escolar Integral em colaboração com as partes interessadas relevantes; vi) monitorizar e avaliar programas e intervenções de</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>promoção da saúde e educação em colaboração com o departamento de Política, Planeamento, Monitorização e Avaliação; vii) identificar as necessidades de investigação e implementar a investigação relacionada com a promoção da saúde e educação em colaboração com o departamento de Política, Planeamento, Monitorização e Avaliação; viii) fornecer apoio técnico e orientação ao Governo e organizações/agências não governamentais e outros Parceiros de Implementação em assuntos relacionados com a promoção e educação da saúde. Processo operacional para a prática de educação e promoção da saúde. A unidade baseia suas atividades na Declaração de Ottawa (1986), que estabeleceu os princípios que orientam as atividades de promoção da saúde em todo o mundo. A Carta preconiza a combinação de cinco estratégias de trabalho: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes de apoio; fortalecimento da atividade comunitária; fortalecimento das habilidades do indivíduo; e reorganização dos serviços de saúde.</p> <p>Tendo em vista esses princípios de atuação, o Departamento atua das seguintes formas: i) legislação; ii) promoção da política de saúde; iii) educação e divulgação de informações; iv) cooperação a nível nacional e local; v) campanhas de mídia; vi) pesquisa e avaliação; vii) desenvolvimento profissional e formação de pessoas engajadas no campo da promoção da saúde; viii) conferências e seminários.</p> <p>Os Assistentes de Educação para a Saúde fazem parte dos quadros de educação para a saúde ligados a todas as unidades de saúde em Botswana para se concentrarem</p>	
--	--	--	--	---	--

				<p>principalmente na educação para a saúde a nível de base. Um dos serviços de saúde primários que os assistentes de educação para a saúde oferecem é a vigilância nutricional e a monitorização do crescimento de todas as crianças com menos de cinco anos e reportadas ao gabinete distrital de educação para a saúde. Como forma de fortalecer os serviços de bem-estar infantil, foram desenvolvidas políticas de monitoramento e promoção do crescimento e políticas de alimentação para menores de cinco anos.</p> <p>O programa de saúde escolar é implementado usando uma estratégia de abordagem holística para facilitar a prestação uniforme de serviços de saúde escolar às crianças. A equipe de saúde escolar é composta pelo responsável pela Educação em Saúde, Responsável pela Nutrição, Responsável pela Saúde Ambiental, Terapeuta Odontológico, Responsável pela Educação e responsável pela assistência social que visitam regularmente as escolas em equipa e prestam serviços de acordo com a sua área de especialidade.</p> <p>A formulação das Diretrizes da Política de Planeamento Familiar e do Padrão de Serviço evoluiu a partir do reconhecimento de que a política e os padrões de prestação de serviços de planeamento familiar são fatores cruciais para garantir a segurança do cliente, acessibilidade ao serviço e treinamento adequado dos prestadores de serviços. O programa Saúde Materno-Infantil/Planeamento Familiar do Ministério da Saúde foi formalmente estabelecido em 1973 com a criação da Unidade SMI/PF (o estudo não traz significado da sigla) como parte integrante dos serviços gerais de saúde. Desde</p>	
--	--	--	--	---	--

				então, o Governo, sob a orientação do Ministério da Saúde, tem dado um grande apoio ao planeamento familiar, conforme refletido nos Planos Nacionais de Desenvolvimento. Os serviços de planeamento familiar são parte integrante dos Cuidados de Saúde Primários em todos os hospitais e clínicas do Botswana. Uso de comunicação interpessoal, mídia de massa, educação e aconselhamento tornaram os serviços de planeamento familiar altamente aceitáveis pelo público.	
Walker et al. 2012 ⁵⁷	Estudo qualitativo	Investigar como o processo de mudança de determinante psicossocial para mudança de comportamento e resultados clínicos é percebido do ponto de vista dos participantes e como outras variáveis não identificadas, talvez exógenas para o projeto de pesquisa, podem ter desempenhado um papel nos fatores de sucesso.	Austrália; Victoria e Austrália do Sul	Este programa de estilo de vida em grupo facilitado orientado para objetivos é sustentado por teorias sociais cognitivas e de autorregulação da mudança de comportamento de saúde. De acordo com as teorias, a mudança de comportamento na saúde passa da informação de intenção para a iniciação e manutenção da ação em duas fases: motivação e volição. Durante a fase motivacional, os principais determinantes que contribuem para as intenções das pessoas de mudar seu comportamento são a percepção de risco, as expectativas de resultados e a autoeficácia na tomada de decisões. A fase volicional pós-intencional pode ser dividida em planejamento e ação, incluindo iniciação e manutenção. Durante a fase volicional, as intenções precisam ser transformadas em planos individuais detalhados sobre como realizar a ação desejada. Este processo de ação é fortemente influenciado pela autoeficácia percebida, mas também por vários tipos de habilidades e comportamentos de autorregulação, por exemplo, definição e planejamento de metas. Como uma construção	O GGT DPP é uma intervenção complexa e esta avaliação revela como as teorias psicossociais se traduziram em autoeficácia de enfrentamento e planejamento pelos participantes, o que por sua vez contribuiu para os resultados clínicos. A avaliação também identificou uma série de fatores externos à própria intervenção que desempenharam um papel no seu sucesso. Essas eram relações familiares e comunitárias. O Programa de Prevenção de Diabetes no Grande Triângulo Verde não foi realizado como um ensaio controlado randomizado, mas foi uma implementação de uma intervenção complexa com pessoas com alto risco de desenvolver diabetes em várias comunidades rurais na Austrália. Nesse sentido, o projeto foi um processo de 'normalização' que incorporou uma intervenção na prática de rotina. A normalização depende do uso diário e dos comportamentos cotidianos daqueles que participam, em

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>funcional, a autoeficácia percebida pode ser vista de maneira específica da fase para caracterizar diferentes funções. A autoeficácia de ação faz a diferença na fase de pré-ação e a autoeficácia de enfrentamento reflete as crenças sobre a capacidade de lidar com as barreiras durante a fase de manutenção. Estratégias auto reguladoras apropriadas são necessárias para transformar intenções em comportamentos direcionados. Uma estratégia, o planejamento pode ser dividido em duas etapas. O planejamento de ação específica a ação pretendida em termos de quando, onde e como agir. O planejamento de enfrentamento prepara uma pessoa para possíveis obstáculos ou barreiras. Seguindo essas teorias, a intervenção do GGT DPP foi desenvolvida para melhorar o processo de mudança de estilo de vida dos participantes seguindo essas teorias.</p> <p>Conteúdo do curso: Dentro do ambiente de aprendizagem em grupo, os participantes mantiveram diários de alimentos e aprenderam a ler rótulos de alimentos, além de receber conselhos sobre alimentos e exercícios e discutir os fatores de risco que enfrentaram.</p>	<p>vez de líderes inovadores ou campeões de mudança. O GGT DPP integrava mudanças de estilo de vida em vários ambientes comunitários. Requer um nível de flexibilidade que leve em conta o ambiente local, que neste caso inclui relacionamentos familiares e comunitários. Parece que, mesmo neste amplo nível comunitário, quando a normalização ocorre com sucesso, as mudanças de estilo de vida são melhor sustentadas.</p>
Waller et al. 2016 ⁵⁸	Estudo observacional	Explorar se os grupos socioeconomicamente vulneráveis em uma comunidade podem ser alcançados na atenção primária e envolvidos em um programa de promoção da saúde especialmente adaptado para mudanças no estilo de vida na	Suécia; Comunidade Hisingen de Gotemburgo	<p>A intervenção consistiu em (i) o questionário de saúde, (ii) o perfil de saúde, (iii) o diálogo de promoção da saúde, e (iv) uma escolha de atividades para os participantes após o diálogo de promoção da saúde. Os participantes podiam escolher atividades por conta própria ou nas comunidades (contatando os “balcões de saúde” comunitários). Aqueles que precisavam de ajuda dentro do centro público</p>	<p>Os programas de intervenção promotora da saúde, lançados ao nível dos centros públicos de atenção básica, onde a motivação atual do indivíduo e a apreensão do próprio risco são valorizados, parecem ser um método viável para atingir e envolver também grupos de doentes socioeconomicamente vulneráveis para</p>

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

		mesma medida que os grupos socioeconômicos mais elevados.		<p>de APS também receberam; grupos para parar de fumar, grupos com excesso de peso e ajuda individual para pessoas que bebem de forma perigosa. Os balcões comunitários de saúde ofereciam grupos abertos de treinamento e grupos antiestresse.</p> <p>Programa de promoção da saúde especialmente adaptado, “Pro-Health”, para mudanças no estilo de vida na atenção primária. Um questionário foi utilizado como instrumento para iniciar a reflexão sobre o próprio estilo de vida do participante e iniciar um processo motivacional para mudanças no estilo de vida. Início de um diálogo de promoção de saúde de enfermagem com duração de cerca de 60 minutos, após terem concluído um perfil de saúde autoadministrado. Os participantes foram informados de que receberiam um acompanhamento telefônico pela mesma enfermeira após seis meses, seguido de um acompanhamento de um ano com um diálogo de promoção da saúde, após terem concluído outro perfil de saúde autoadministrado .</p>	iniciar e realizar estilos de vida de longa duração mudanças. Os resultados promissores devem ser interpretados com cautela devido à falta de grupo controle.
Wooley 2016 ⁵⁹	Estudo qualitativo*	Apresentar o método e os resultados do Programa Odontológico do Conselho de Saúde de Nganampa.	Austrália; Nganampa	<p>As principais áreas do programa priorizadas incluem: Promoção da Saúde Bucal, Serviço de Emergência, Programa Odontológico Escolar, Programa Odontológico para Adultos, Necessidades Especiais e Prótese Dentária.</p> <p>A Promoção da Saúde Oral incluiu o projeto <i>Mai Wiru</i> (“boa comida/ comida saudável”) do final dos anos 80 e início dos anos 90, desenvolvendo habilidades de seleção e preparação de alimentos nutritivos e de baixo índice glicêmico com um grupo de mulheres Aṅangu com diabetes. O NHC facilitou a</p>	Múltiplas estratégias e parcerias confiáveis têm sido fundamentais para estabelecer e manter um programa de saúde bucal acessível, apropriado e eficaz nas comunidades das remotas <i>APY Lands</i> na Austrália central. A coleta sistemática e regular de dados e a análise do desempenho/resultados do programa e do estado/resultados da saúde bucal em colaboração com o <i>Australian Research Centre for Population Oral Health</i> têm sido essenciais para o planejamento,

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

			<p>implementação desta política nas lojas comunitárias da <i>APY Lands</i>, melhorando assim o acesso a alimentos nutritivos a preços acessíveis para todos os membros da comunidade. A triagem/identificação precoce de cárie e encaminhamento para tratamento, escovação/programas de creme dental com flúor nas escolas e apoio à educação em saúde bucal nas escolas são elementos-chave adicionais da estratégia de Promoção da Saúde Oral.</p> <p>O Serviço de Emergência presta atendimento a Anangu buscando a resolução de “um problema dentário”. Este serviço é um componente de todos os nossos programas clínicos, onde trauma, infecção, sangramento e dor intratável recebem atendimento prioritário.</p> <p>O <i>School Dental Program</i> é uma atividade clínica central do NHC Dental Program. O serviço adota a abordagem de Odontologia de Intervenção Mínima com foco na avaliação do risco de cárie e no uso rotineiro direcionado de flúor vernizes e selantes de fissuras terapêuticos e preventivos, higiene bucal e conselhos e instruções sobre dieta. Quando são necessárias restaurações da dentição decídua, as resinas de ionômero de vidro são o material de escolha. A anestesia local antes da restauração é evitada sempre que possível, em reconhecimento ao alto número de crianças com “fobia de agulha”, em parte devido à sua experiência com a administração de antibióticos intramusculares no tratamento de doenças respiratórias e cutâneas prevalentes. A técnica atraumática de fluoreto de prata</p>	<p>avaliação e prestação de contas do programa, tanto para a comunidade quanto para os órgãos financiadores do governo. A parceria definitiva que sustentou a continuidade do programa odontológico do NHC e suas conquistas desde 1986 foi com os próprios Anangu, por meio da governança e operação do Conselho de Saúde de Nganampa, controlado pela comunidade, “nosso” serviço de saúde.</p>
--	--	--	--	---

				<p>(AgF), desenvolvida na remota comunidade aborígene de Bourke, Nova Gales do Sul, por Graham Craig e seus colegas no final da década de 1970, tem sido um dos pilares da aceitação do programa escolar do NHC pela comunidade e pelos pacientes. e tratamento eficaz de dentes decíduos cariados, com preparo mínimo do dente e sem anestesia local que, de outra forma, poderia exigir o encaminhamento do Anestésico Geral para atendimento odontológico restaurador. O uso de fluoreto de prata é uma técnica essencial do programa odontológico do NHC e pode ser considerado um precursor e complementado pela técnica restauradora atraumática promovida pela OMS.</p> <p>O Programa Odontológico para Adultos oferece atendimento clínico geral e de emergência e aceita encaminhamentos de pacientes de dentro e de fora do serviço clínico do NHC. Tanto a equipe de saúde geral quanto o Programa de Doenças Crônicas geram encaminhamentos internos para o Programa Odontológico. A prostodontia nas Terras APY assume a forma de fornecimento de dentaduras. A crescente demanda por dentaduras está amplamente relacionada à perda de dentes permanentes resultante de doenças gengivais agressivas associadas ao diabetes.</p> <p>As parcerias essenciais para a eficácia das principais áreas programáticas podem ser consideradas tanto dentro do próprio NHC quanto fora da organização. As parcerias internas do NHC com o programa odontológico incluem profissionais de saúde aborígenes, saúde da mulher/parteiras, programa de saúde</p>	
--	--	--	--	--	--

				<p>infantil, programa de doenças crônicas, programa de assistência a idosos e encaminhamento de médicos e enfermeiras registradas. Essas conexões permitem uma referência bidirecional e troca de informações entre a equipe e os programas acima. Os Trabalhadores de Saúde Aborígenes, em particular, podem ser intermediários culturais e um elo direto entre os programas e a comunidade e seus membros. Eles desempenham um papel importante na facilitação do acesso da comunidade e no compartilhamento de informações com os serviços clínicos. As parcerias externas de importância estratégica incluem o seguinte: O programa trabalha em estreita colaboração com os diretores e funcionários das Escolas APY em 8 locais, para coordenar exames odontológicos escolares, bem como apoiar programas de escovação de dentes e acesso a recursos educacionais para professores. As creches de 0 a 4 anos foram instituídas em 2012 pelas autoridades educativas das terras da APY com o objetivo de oferecer aos pais e filhos um ambiente social, educativo e de desenvolvimento de habilidades de educação infantil, com o apoio de enfermeiras do Serviço de Saúde da Criança e da Família. As enfermeiras incluem o que é conhecido como triagem de cárie Lift the Lip (uma iniciativa do SA Dental Service em todo o estado), com encaminhamento precoce para o NHC Dental Program, conforme necessário. O programa odontológico também examina as crianças do Playgroup durante nossas visitas comunitárias de oito meses, com aplicação de verniz fluoretado quando apropriado. A Clínica Odontológica da Northern Territory</p>	
--	--	--	--	--	--

Políticas e programas de promoção da saúde em Sistemas Públicos de Saúde

				<p>Health, Alice Springs, forneceu um colegiado de longa data, cirurgia oral especializada, referência GA e suporte de emergência, o que tem sido crucial para sustentar cuidados de saúde bucal abrangentes e acessíveis para Anangu do Terras APY. SA Dental Service, a principal organização pública de saúde bucal do estado, fornece suporte técnico, clínico e de recursos essenciais para sustentar o programa NHC.</p>	
--	--	--	--	--	--

Fonte: Autores.