



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA 54ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 23-27 de setembro de 2002

Tema 4.10 da Agenda Provisória

CSP26/15 (Port.)

25 julho 200

ORIGINAL: INGLÊS

RESPOSTA DA SAÚDE PÚBLICA ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

A 120ª Reunião do Comitê Executivo reconheceu a predominância de Doenças Não-transmissíveis (DNTs) como a principal causa de morbidade e mortalidade na América Latina e no Caribe. As áreas prioritárias identificadas foram à prevenção e o controle de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e lesões, assim como fatores de risco relacionados. Respondendo a esse mandato, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desenvolveu quatro linhas de ação estratégicas: 1) A iniciativa CARMEN (Conjunto de ações para a redução multifatorial de doenças não-transmissíveis), que foi aprovada por vários Estados Membros; 2) Vigilância de Doenças Não-Transmissíveis e fatores de risco; 3) Inovações para os serviços de saúde responsáveis pelas condições crônicas; e 4) defesa de causas para a mudança política. Essas áreas são congruentes com a Estratégia Global para Prevenção e Controle de Doenças Não-Transmissíveis aprovada pela 53ª Assembléia Mundial da Saúde em maio de 2000.

O ônus econômico das DNTs é uma crescente preocupação entre os Estados Membros, devido ao seu alto custo para a sociedade, famílias e indivíduos. Intervenções eficazes devem considerar levar em consideração o contexto social e as necessidades dos diferentes grupos populacionais. As estratégias para prevenção e controle das DNTs devem estender-se sobre três níveis diferentes: formulação de políticas, atividades comunitárias e a sensibilidade dos serviços de saúde às pessoas que necessitam de assistência de saúde.

Solicita-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana considere a Resolução CE130.R13 proposta pela 130ª Sessão do Comitê Executivo, que reconhece o grande ônus social e econômico das doenças não-transmissíveis e conclama uma maior cooperação técnica coordenada por parte da Organização Pan-Americana da Saúde. Ela endossa a CARMEN como a principal estratégia para a prevenção integrada e pede a incorporação dos modelos de atenção de condições crônicas para ampliar a capacidade da atenção primária de atender às necessidades da população.

ÍNDICE

| | <i>Página</i> |
|--|---------------|
| 1. Introdução | 3 |
| 2. O Ônus Social e Econômico das Doenças Crônicas | 3 |
| 3. A Evolução do Quadro para Ação | 6 |
| 3.1 Formulação de Políticas | 7 |
| 3.2 Coalizões para a Ação Baseada na Comunidade | 9 |
| 3.3 Serviços de Saúde Sensíveis | 11 |
| 4. A Resposta da Organização Pan-Americana de Saúde | 12 |
| 5. Estratégias Globais | 13 |
| 6. Estratégias Regionais | 16 |
| 6.1 Promoção de Mudanças nas Políticas | 16 |
| 6.2 Ações Baseadas na Comunidade..... | 16 |
| 6.3 Vigilância das Doenças não-Transmissíveis e Fatores de Risco | 17 |
| 6.4 Inovações para Sistemas de Saúde Sensíveis..... | 17 |
| 7. Próximos Passos | 17 |
| 7.1 Ambiente Interno | 17 |
| 7.2 Ambiente Externo | 18 |
| 8. Ação Solicitada da Conferência Sanitária Pan-Americana | 19 |
| Anexo: Resolução CE130.R13 | |

1. Introdução

Há uma necessidade urgente de que a saúde pública responda as DNTs, devido ao ônus sobre os países em desenvolvimento e os pobres. Tradicionalmente, duas abordagens contrastantes foram discutidas, uma que se baseia principalmente na promoção da saúde abrangendo os determinantes de fatores de risco e doença e a outra baseada em intervenções clínicas eficazes em função do custo. Uma abordagem de saúde pública deve estender-se sobre essas duas e integrar prevenção e controle das DNTs em programas abrangentes.

A base de evidência para uma abordagem da saúde pública que deu origem às estratégias é examinada aqui. Fatores de risco únicos podem predizer a doença-saúde individual; e intervenções específicas dos serviços de saúde podem abordar parcialmente as necessidades de pessoas vivendo com doenças. Contudo, o ônus social das DNTs resulta da coexistência de fatores de risco múltiplos e doença, nos mesmos indivíduos e grupos, assim como da resposta que o sistema de saúde e a sociedade podem oferecer. Portanto, é imperativo tomar uma perspectiva ampla e aprender com as melhores práticas de abordagens integradas de níveis múltiplos, que podem ser eficazes em função do custo e sustentáveis para países em desenvolvimento.

2. O Ônus Social e Econômico das Doenças Crônicas

Existe um reconhecimento amplo de que as DNTs crônicas são a principal causa da mortalidade e deficiência prematura na grande maioria dos países das Américas. No grupo de idade abaixo de 70 anos, as DNTs representam 44,1% das mortes entre homens e 44,7% entre mulheres; ferimentos são responsáveis por 23,3% e 30,1% das mortes de homens e mulheres, respectivamente. A força de trabalho da maioria dos países é afetada pelas doenças e fatores de risco altamente evitáveis.

As doenças não-transmissíveis de maior importância na saúde pública da Região são: (1) doenças cardiovasculares, das quais infarto e doenças isquêmicas do coração são as mais frequentes em termos de mortalidade; (2) câncer, principalmente câncer de colo do útero e mama entre as mulheres, e estômago e pulmão entre os homens; assim como próstata em algumas populações; (3) diabetes, que afeta mais de 35 milhões de pessoas; e (4) ferimentos, que são causa principal de morte entre homens, principalmente jovens adultos e adolescentes. Essas doenças compartilham vários fatores de risco inter-relacionados comuns: hipertensão, hipercolesterolemia, obesidade, tolerância reduzida a glucose e diabetes, que podem ser consideradas tanto como doença quanto como fator de risco para doença cardiovascular, inatividade física, consumo de tabaco e consumo de gordura. Fatores sexuais e reprodutivos são especialmente importantes para o câncer entre as mulheres.

A importância das DNTs é evidente em todas as idades e em ambos os sexos. Estudos mostram que a prevalência das taxas de hipertensão é de 14% para 40% entre as pessoas de 35 a 64 anos de idade, mas quase metade não está consciente da sua condição e, em média, somente 27% controlam sua pressão sanguínea. Dos 9% a 18% de pessoas de 35-64 anos que vivem com diabetes, quase 60% já têm pelo menos uma complicação microvascular quando diagnosticadas. Essas complicações, que podem ser evitadas, provocam deficiências significativas como a cegueira, a amputação e a insuficiência renal crônica.

O uso de tabaco é mais freqüente entre os homens, como foi mostrado por dados de levantamentos nacionais em cinco países. Os homens cubanos apresentam uma taxa de 48,1% fumantes regulares e os de Barbados 34,6%; mas a epidemia está diminuindo entre os homens nos Estados Unidos e Canadá, com taxas de 25,3% e 31,5%, respectivamente. Inatividade física e obesidade são consideravelmente altas entre as mulheres, com taxas de 60 a 80%, enquanto a obesidade entre mulheres varia de 11 % em Cuba a 24% em Barbados.

Não é surpreendente que as doenças cardiovasculares sejam agora a causa principal de morte prematura entre mulheres. Conforme a população adulta cresce e um número maior de mulheres está chegando à menopausa, é importante considerar a prevenção do infarto e das doenças isquêmicas do coração, assim como o câncer cervical e a mortalidade crescente por câncer de mama.

Além disso, as doenças não-transmissíveis entre crianças são um problema crescente. No Canadá e Estados Unidos, obesidade e diabetes tipo 2 aumentaram entre as crianças, uma tendência que ainda não foi estudada no resto da Região. As taxas de fumantes entre 13 e 15 anos de idade estão em torno de 10 em Barbados e 7 na Costa Rica de acordo com dados do Global Youth Tobacco Survey patrocinado pela Organização Mundial da Saúde. Essa situação traz para o primeiro plano da saúde pública a necessidade de esforços combinados em todas as idades.

O ônus econômico das DNTs crônicas pode ser analisado em dois níveis: primeiro, os efeitos das políticas macroeconômicas em oportunidades para a prevenção e controle em diferentes grupos de população, principalmente os pobres; e segundo, a potencial eficácia em função do custo das intervenções. Existem altos custos para a sociedade, as famílias e os indivíduos quando o capital social e humano é afetado por longos períodos de deficiência, mortalidade prematura, assistência e diagnóstico caros.

Nenhum estudo abrangente sobre o custo das DNTs na América Latina e Caribe foi publicado. Nos Estados Unidos, o custo das doenças cardiovasculares é de cerca de 2% do produto interno bruto. Um estudo sobre o custo da doença no Canadá constatou que 21% de todos esses custos são atribuídos a doenças cardiovasculares, num total de US\$ 12 bilhões anuais. Esses custos incluem tratamento, consultas e custos indiretos,

como a perda de renda devido à deficiência e morte. A doença cardiovascular também foi considerada responsável pela maior proporção (32%) de perda de renda devido à morte prematura. Além disso, políticas associadas aos programas de prevenção e controle, como a tributação, rotulagem de alimentos, assim como o acesso ao financiamento e continuidade do tratamento para condições crônicas, podem ter efeitos macroeconômicos que devem ser mais estudados.

O custo e a eficiência geral das intervenções devem ser avaliados em termos de eficácia e ganhos de saúde para a população como um todo, mas é particularmente importante que se considere quem arca com o custo dessas intervenções, seja o sistema, através de diferentes mecanismos, ou o paciente. Intervenções potencialmente eficazes podem não render resultados adequados devido ao alto custo. Por exemplo, o tratamento anti-hipertensivo pode custar mais de \$100 por mês, colocando-o fora de alcance para países nos quais a renda média mensal seja de apenas \$50 a \$200. O custo direto da diabetes na América Latina e no Caribe foi estimado em \$730 por paciente ao ano.

A questão é a acessibilidade financeira de lidar ou não lidar com as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Um estudo na Jamaica constatou que 57% das pessoas com câncer e diabetes se tornaram medicamente indigentes devido à alta proporção de custo requerido pelo pagamento direto dos pacientes; assim, 50% deles tiveram que deixar o tratamento devido à incapacidade de pagar.

As políticas de saúde devem considerar seus impactos como uma interação dupla entre a pobreza e as DNT que afeta a saúde dos pobres. Por exemplo, a incidência de câncer cervical avançado no Equador é maior entre mulheres de status sócio-econômico baixo; 50% delas são diagnosticadas quando a doença não é mais curável. Somente 10% das mulheres de status sócio-econômico alto são diagnosticadas nesse estágio. Nesse país, um esquema de recuperação de custo requer co-pagamento para a triagem e o tratamento. No Chile, a mortalidade por enfarto é maior nos menos instruídos em comparação com aqueles que alcançaram um status educacional maior. Ademais, a brecha é maior entre as mulheres do que entre os homens. A cobertura e o acesso aos serviços também variam segundo o nível educacional.

No lado da prevenção, para aqueles que vivem em um bairro pobre e perigoso e trabalham muitas horas, pode ser muito difícil aumentar a atividade física. Bairros e comunidades no mesmo país ou cidade podem ter uma variável disponibilidade de alimentos, acesso a serviços de saúde e oportunidades de se beneficiar de iniciativas de promoção da saúde. As doenças não-transmissíveis foram erroneamente consideradas doenças de afluência. Esse mito orientou mal as decisões políticas. Evidências crescentes no outro sentido justificam a atenção a programas de redução da pobreza.

Devido à complexidade que o ônus das doenças crônicas não-transmissíveis impõe sobre os países em desenvolvimento, o problema não pode ser analisado somente em termos epidemiológicos. Soluções unidimensionais, lidando com fatores de risco ou doenças independentemente, têm um alcance muito limitado. Há elementos subjacentes comuns a várias doenças e fatores de risco. Requer uma perspectiva sistêmica abrangente que examine os processos múltiplos que enquadram a prevenção e o controle das DNTs.

3. A Evolução do Quadro para Ação

A incidência de doença e fatores de risco, assim como a implementação de intervenções, é afetada pelo contexto social, que se refere ao ambiente físico, social, e cultural (por exemplo, desenho urbano, fatores de segurança, apoio social, redes sociais, crenças culturais, linguagem, papéis de gênero, composição familiar, educação e renda). O Estado e os grupos sociais representam papéis cruciais na formação do contexto social. As ciências sociais e do comportamento contribuíram para um melhor entendimento da influência desses fatores sobre a saúde. Ficou claro que esforços de prevenção precisam se estender além do indivíduo para o ambiente que afeta o comportamento.

Reconhecendo isso, vários processos comunitários para a prevenção das DNTs foram iniciados, especialmente nos Estados Unidos e na Finlândia, nos anos 70 e 80. Os resultados variaram. Alguns estudos foram inconclusivos, ou era difícil interpretar as mudanças; mas outros demonstraram redução de fatores de risco e doença em grupos de população específicos. Em vista da evidência conflitante, alguns recomendaram a concentração em intervenções preventivas baseadas nos serviços de saúde direcionadas aos indivíduos. Esse tipo de intervenção pode ser efetiva para alguns, principalmente aqueles de alto risco, mas não tem o potencial para uma cobertura abrangente. (Exemplos incluem aconselhamento e triagem oportunista.) Em contraste, outros favoreceram abordagens abrangentes baseadas na população que podem alcançar um número maior de pessoas, mas com níveis menores de eficácia.

Estudos recentes tentaram determinar o que é necessário para obter mudanças bem-sucedidas que sejam efetivas e tenham o potencial de alcançar todos os setores da população. Em geral, concordou-se que estratégias ou condições favoráveis em níveis múltiplos são necessárias para provocar uma mudança geral de sistema. Três níveis sinérgicos de ação podem ser identificados: (a) políticas e regulamentos sobre macrodeterminantes; (b) ações baseadas na comunidade para promover a participação da população e afetar a demanda; e (c) modificações centradas no serviço de saúde para atender às necessidades daqueles com uma determinada condição e oferecer serviços de prevenção.

Esses níveis são inter-relacionados mas ocorrem em cenários diferentes com interessados diferentes. A comunidade, isto é, os grupos sociais fornecem os canais pelos

quais os três níveis de ação podem ser integrados. O ambiente social imediato exerce uma forte influência sobre a possibilidade de mudança do comportamento. Conseqüentemente, a comunidade apóia os outros dois processos, formulação de políticas e a promoção de serviços de saúde sensíveis. Parece que as abordagens que envolvem mais de um nível necessariamente incluem a participação da comunidade e são, geralmente, mais bem-sucedidas e eficientes.

3.1 *Formulação de Políticas*

Em países industrializados, muitas das políticas, leis e regulamentos aprovados foram bem-sucedidos na prevenção da doença e das lesões, como a tributação do tabaco e o uso do cinto de segurança e do capacete. O desafio, portanto, está no processo pelo qual a política de saúde é desenvolvida. Análises comparativas demonstraram que esses processos diferem segundo os contextos sociais e a natureza da mudança proposta, assim como as condições políticas preexistentes. A ação do governo, em nível nacional, estadual ou municipal, pode requerer o apoio de estabelecimentos científicos e técnicos internos ou externos, se forem fortes formadores de opinião. Além disso, a participação da sociedade civil pode ser particularmente importante para mudanças legislativas que afetam interesses de outras partes influentes. Em uma visão mais ampla, mudanças políticas fundamentais referentes à prevenção das DNTs afetam entidades públicas e privadas, que muitas vezes atuam internacionalmente. Neste caso, um país provavelmente não será bem-sucedido se efetuar mudanças sozinho ou pode até afetar outros. Três exemplos de processos podem servir de ilustração.

3.1.1 Processo Direcionado pela Informação para Convocar os Responsáveis pela Ação

As lesões e a violência são as principais causas de morte entre homens jovens em vários países, especialmente onde houve conflitos armados e a recuperação econômica foi lenta. Tradicionalmente, os governos lidaram com esse problema através de ações judiciais e punitivas, gastando mais em políticas e armas e criando assim um círculo vicioso. Uma abordagem de saúde pública a esse problema se baseia na mudança de foco do controle para a prevenção da violência. Como isso pode ser realizado?

Primeiro, é importante, gerar informação sobre quem é ferido, por quem, onde e quando, através de sistemas de vigilância epidemiológica. Segundo, a informação sobre esses sistemas é usada para propor ações, geralmente pela formação de alianças com outros interessados, que podem engendrar mudanças políticas como a proibição de bebidas após uma certa hora, restrições à posse de armas e criação de oportunidades de emprego e educação. Terceiro, é preciso avaliar as ações para reproduzir aquelas que deram certo.

Desse modo, a contribuição da saúde pública na formulação de políticas para a prevenção da violência consiste em aumentar a capacidade de gerar e disseminar informação aos parceiros para que se possa efetuar uma ação apropriada. Ao longo dessas linhas, está sendo implantado um projeto em San Pedro Sula, Honduras, que estabeleceu um sistema de vigilância na cidade e compartilha informação com a municipalidade, que usou isso para desenvolver um projeto para uma importante instituição de crédito e efetuar várias mudanças e ações de pequena escala como um primeiro passo.

3.1.2 *Advocacia de Organizações Rurais para uma Política Local*

Um projeto comunitário foi implementado em Valparaíso, Chile, onde o serviço local de saúde realizou uma pesquisa dos fatores de risco para as DNTs que mostrou uma alta prevalência da obesidade e da inatividade física. Foi criado um programa municipal de atividade física, em colaboração com a universidade local e outras instituições, encorajando as pessoas a andar e usar escadas. Além disso, pelo menos uma refeição de baixa caloria foi incluída nos cardápios das lanchonetes, principalmente aquelas que fornecem almoço para funcionários de escritório. Grupos de mulheres elaboraram cardápios usando produtos disponíveis localmente. Ainda é muito cedo para avaliar o projeto, mas isto é um exemplo de envolvimento amplo da comunidade na formulação de política e ação local para educar a população e aumentar a demanda por um ambiente propício.

3.1.3 *Diálogo Aberto para Ação Política Internacional*

Foi estabelecido que o consumo adequado de frutas e legumes pode prevenir a doença cardíaca e vários tipos de câncer. Inversamente, o consumo de carne vermelha tem um aumento demonstrado de risco para as mesmas condições, com um efeito claro dose-resposta. Devido ao ônus de doença cardíaca e câncer parece apropriado que medidas da saúde pública forneçam incentivos para aumentar o acesso a frutas e legumes seguidos de desincentivos para o consumo de carne vermelha. Contudo, isso pode requerer mudanças nos preços e nas restrições de importação, afetando os produtores de alimentos e carne.

As recentes perdas econômicas relacionadas a surtos de febre aftosa e a crise econômica em um dos principais países exportadores de gado da Região apresentam sérios desafios para uma grande resposta de saúde pública. A indústria do gado da América do Sul recentemente declarou que o gado dessa região possui menos gordura, devido às suas práticas de alimentação, e que nenhum estudo associou a carne desses rebanhos à doença cardíaca ou ao câncer. Isso é realmente verdade, mas não se sabe se o consumo da carne dessa região tem menor risco ou não comparada à carne de outras partes do mundo. A única forma de esclarecer isso é através de um estudo independente, mas esse tipo de estudo precisa acompanhar pessoas expostas e não-expostas por um

longo período e são caros. Enquanto isso, evidências internacionalmente aceitas indicam a necessidade de uma ação da saúde pública, que deve começar facilitando o diálogo entre os interessados.

3.2 *Envolvimento da Comunidade*

A descentralização dos serviços de saúde se concentrou principalmente na provisão de atendimento, transferindo a decisão para o nível local. Contudo, em muitos casos, a decisão sobre as intervenções da saúde pública permanece muito centralizada nas autoridades de saúde nacionais, estaduais ou provinciais, seja porque a saúde pública não faz parte dos esforços da reforma ou porque não existe capacidade no nível local. Cada vez mais os governos locais estão abordando questões de saúde que vão além das atividades básicas tradicionais de saneamento. Assim, é imperativo que os serviços de saúde pública forneçam contribuição técnica, e proporcionem a perspectiva da comunidade identificando grupos organizados e promovendo a troca de informação sobre questões de saúde entre eles e com os governos locais. Dois aspectos do envolvimento da saúde pública são discutidos a seguir: primeiro, construção de alianças entre grupos comunitários organizados que atuam ou têm interesse na saúde; e segundo, vigilância do fator de risco das DNTs como uma forma de monitorar e avaliar resultados. Finalmente, faz-se um apelo para o desenvolvimento de um quadro abrangente de avaliação que permitirá que a comunidade aprenda com seu envolvimento.

3.2.1 *Construção de Coalizões*

A construção de coalizões com outras instituições governamentais e não-governamentais, assim como com a sociedade civil e o setor privado, pode expandir os recursos da comunidade significativamente. Essas coalizões têm objetivos comuns e aproveitam as respectivas vantagens para promover a implementação da política de saúde pública, efetuar projetos de prevenção e apoiar pessoas com DNTs ou fatores de risco que enfrentam a necessidade de mudar de comportamento ou têm que cuidar sozinhos de sua condição. Embora essa estratégia não seja exclusiva das DNTs e das lesões, nessa área é essencial.

As alianças internacionais podem ter um efeito múltiplo, orientar parceiros locais em direção a questões cruciais da saúde e, subsequentemente, influenciar a ação da comunidade. A OPAS, a Federação Internacional da Diabete e o setor privado (companhias farmacêuticas que produzem insulina) trabalharam juntas para criar a Declaração das Américas sobre a Diabete (DOTA). Através desse esforço, companhias farmacêuticas proporcionam financiamento anual e um comitê conjunto concede doações a coalizões locais para esforços de educação sobre diabete e apoio ao autocuidado para pessoas com diabete. Vários programas foram desenvolvidos na Argentina, Bolívia, El Salvador e outros países. A aliança envolve grupos que os ministérios da saúde e

provedores de assistência de saúde talvez não possam alcançar facilmente. A OPAS está atualmente trabalhando em projetos similares com a Fundação Interamericana do Coração e a União Internacional contra o Câncer.

Dois exemplos de programas na Região que foram bem-sucedidos na construção de coalizões para a prevenção das DNTs são o Agita São Paulo, no Brasil, que promove atividade física, e o Programa de Saúde do Coração da Nova Escócia no Canadá. Ambos os programas envolveram vários parceiros e atualmente estão expandindo suas atividades. Grupos de mulheres podem ser efetivos dentro das comunidades para promover a mudança de comportamento, porque as mulheres tomam decisões a respeito de alimentos e nutrição, assim como outras atividades da família. Na Karelia do Norte, Finlândia, um projeto teve sucesso considerável por causa da participação da Martas, uma organização de mulheres que desenvolveu produtos de baixa caloria e apoiou atividades comunitárias. Grupos de apoio ao paciente mais locais são um ponto de partida chave para incluir outros parceiros na arena da saúde pública.

3.2.2 *Vigilância de DNT e fatores de risco*

A ação da comunidade precisa do apoio de um sistema bem estabelecido de vigilância de DNT e fatores de risco. Não é necessário que esses sistemas sejam nacionais; de fato, os sistemas locais podem ser mais úteis, mas requerem coleta e análise contínua ou periódica de dados para examinar tendências, monitorar atividades e avaliar sua pertinência. Até agora a maioria dos países realizou grandes pesquisas para conhecer a distribuição dos fatores de risco e das Doenças Não-Transmissíveis. Embora sejam muito úteis, há algumas desvantagens a respeito das informações defasadas, e não servem para propósitos de monitoração. Grandes levantamentos não podem responder às necessidades de informação da comunidade local.

Muitos levantamentos são realizados por grupos clínicos e acadêmicos e refletem seus interesses próprios. Em levantamentos publicados na América Latina e no Caribe 48% eram direcionadas a medidas físicas, como a pressão sanguínea e a obesidade; 29% a medidas bioquímicas, colesterolemia e glicemia; só 24% estudaram fatores de risco comportamentais. A maior parte desses últimos eram estudos sobre a prevalência do fumo. A escassez de dados sobre os fatores de risco comportamentais é uma consequência da falta de capacidade da saúde pública e da ausência de enfoques baseados na população para prevenção e controle. Os Ministérios da Saúde em geral dedicam seus recursos à vigilância de doenças transmissíveis e não adquiriram a perícia para a vigilância de DNT e fatores de risco; e programas fracos de DNT não demandam isso.

A vigilância é um passo inicial, mas avaliações mais abrangentes para a ação comunitária de programas de prevenção e controle são fundamentais para desenvolver essa área. Para esse fim, propõe-se um quadro com os seguintes componentes:

(a) acesso à população, principalmente aos grupos em desvantagem; (b) aceitação e participação da população; (c) eficácia, que se refere à implementação sob as condições existentes na comunidade; (d) estimativa de custos; e (e) sustentabilidade, isto é, a adoção de estratégias por organizações existentes. Indicadores do processo são incorporados em cada uma dessas categorias, já que são particularmente úteis para expandir um programa.

3.3 *Mudança em Direção a Serviços de Saúde Sensíveis*

O modelo atual de cuidados agudos de saúde não se mostrou efetivo para lidar com a prevenção e o controle das doenças crônicas. A prevenção e o controle das DNTs requer um contato de longo prazo com serviços de assistência de saúde primária e boa qualidade de assistência. Deve-se atribuir mais ênfase à demanda, possibilitando que os pacientes tomem decisões bem informadas, e equipes proativas de assistência de saúde, em vez de somente nos médicos. É o sistema que faz a diferença e não as intervenções parciais. Um modelo para a assistência de problemas crônicos destinado a melhorar os resultados inclui cinco dimensões: 1) sistemas de informação clínica, 2) apoio à decisão, 3) desenho do sistema de provisão, 4) apoio ao auto-atendimento, e 5) o uso de recursos da comunidade. Como uma maneira de desenvolver todos esses componentes, um processo de melhora da qualidade foi adotado, de modo que, introduzindo, testando e avaliando o efeito de mudanças pequenas, um sistema de aprendizado começa a se formar.

O quadro de políticas e o contexto financeiro também devem promover a mudança. Por exemplo, práticas recomendadas podem não ser cobertas pelo seguro de saúde ou os recursos no sistema podem não ser suficientes. A medicina baseada em evidência deve contemplar opções factíveis para fornecer a melhor assistência disponível, mas às vezes pode ser necessário fazer mudanças mais abrangentes para uma provisão eficaz. A administração deve ser um participante totalmente informado, para que a decisão sobre políticas para facilitar a mudança possa ser uma parte integrante do processo.

No México, a cruzada de qualidade que já desenvolveu referências e indicadores de resultados incorporou essa abordagem ao cuidado da diabetes. Projetos demonstrativos são um método eficaz para que as autoridades se conscientizem da necessidade de mudar, de modo que o processo está sendo iniciado em alguns Estados Membros. Na Costa Rica, depois de desenvolver diretrizes e completar a descentralização dos serviços de saúde, essa abordagem está sendo incorporada para manejo da hipertensão.

A co-morbidade, um problema importante para as DNTs, muitas vezes é negligenciada. A maioria das DNTs partilham algumas das mesmas estratégias para a prevenção e manejo, como a obediência ao tratamento e a necessidade de mudança no comportamento. Isso exige várias mudanças que abordam mais de uma doença. Por

exemplo, nos Estados Unidos, aproximadamente 60% das pessoas com 65 anos ou mais têm duas ou mais condições crônicas, e 25% têm quatro ou mais condições. Na América Latina e Caribe, dentre aqueles com diabetes, quase 30% também sofrem de hipertensão.

Para iniciar mudanças em direção a um modelo apropriado para a assistência de problemas crônicos, três condições prioritárias foram selecionadas: diabetes, hipertensão e câncer cervical. Essa abordagem possibilitará a melhoria dos resultados na administração e, por sua vez, a incorporação eficaz da prevenção nos serviços de saúde.

Concluindo, uma resposta da saúde pública para a prevenção e controle das DNTs crônicas requer:

- que o problema seja abordado por uma perspectiva abrangente mas coesiva, baseada na evidência epidemiológica, levando em conta o contexto social e o ambiente internacional;
- que as ações para promover mudanças políticas ou para desenvolver programas baseados na comunidade ou intervenções individuais no serviço de saúde sejam avaliadas a fim de apurar sua eficácia;
- que exista financiamento e infra-estrutura para assegurar a sustentabilidade e a cobertura; e
- que as necessidades e perspectivas da população servidas sejam consideradas, para que possam ser participantes ativos nos programas de prevenção e controle.

4. A Resposta da Organização Pan-Americana da Saúde

O documento CE120/18, aprovado pela 120^a Reunião do Comitê Executivo, identificou quatro áreas prioritárias para a prevenção e controle das DNTs: doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e lesões. O programa regional foi estruturado para abordar questões cruzadas de uma forma abrangente, já que a prevenção e manejo de fatores de risco e DNTs têm abordagens comuns. Era também necessário, devido às restrições de recursos, definir e manter o foco para a ação sobre intervenções potencialmente efetivas. Em setembro de 2000, o 42º Conselho Diretor endossou uma abordagem integrada e recomendou as estratégias descritas a seguir, assim como a implementação da iniciativa CARMEN, criando maior flexibilidade para assegurar expansão e capacidade de sustentação. Tais mudanças já foram efetuadas. Restrições de recursos dentro da OPAS e a nível nacional representam um entrave para a

implementação. Apesar disso, sete Estados Membros deram início a programas nacionais e em outros quatro países os programas estão em fase de preparação. O Programa Regional elaborou uma estrutura e um conjunto de ferramentas para serem usados pelos países. Criou-se uma rede, e a RSPA, assim como o Secretariado, apóia e elabora ações para atender às necessidades dos países participantes da rede.

A 53ª Assembléia Mundial da Saúde reconheceu o ônus das DNTs nos países em desenvolvimento e aprovou a estratégia que incorpora vigilância, prevenção e manejo. Mais recentemente, a 55ª Assembléia Mundial da Saúde adotou a Resolução WHA55.23, que recomenda uma abordagem integrada aos fatores de risco e prevenção, inclusive dieta e atividade física, e a apresentação de relatórios sobre o progresso feito pelas redes regionais de programas integrados preventivos de DNTs, como a CARMEN. A OMS promove a formação de redes semelhantes em quatro de suas regiões, que irão integrar o CINDI (EURO) e CARMEN (OPAS/AMRO) no Fórum Global para Prevenção e Controle de DNTs. A OPAS participou das fases iniciais da rede em EMRO. Já foi criada uma rede em AFRO, e WPRO e SEARO relataram progresso contínuo.

5. Estratégias Globais

A prevenção das DNTs dependerá do manejo do risco a nível populacional, executado por meio de uma abordagem preventiva integrada, incluindo política e implementação através de ação comunitária e de serviços de saúde preventivos. O manejo do risco requer que, para que produzam impacto, alguns aspectos relacionados a questões de saúde pública internacional sejam tratados a nível supranacional, especialmente em países em desenvolvimento. Um exemplo disso é, o esforço atual para se chegar a um acordo sobre uma Convenção Básica sobre o Controle do Uso do Tabaco e, na região das Américas, a promoção de áreas livres de fumaça, uma estratégia de eficácia demonstrada adotada pelos programas CARMEN.

Uma segunda área de manejo do risco para a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis é a da dieta e nutrição. Um relatório em fase de preparação da OMS e Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) discute as evidências e faz recomendações para políticas. Uma junta médica se reúne para chegar a um consenso sobre recomendações internacionais. Na tabela estão resumidas as evidências para fatores de risco associados à obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e câncer.

A maioria das evidências vem de estudos em que os resultados foram medidos em indivíduos. O manejo do risco geral da população precisa ser avaliado em diferentes contextos. As seguintes intervenções são fortes candidatos em potencial para sua inclusão:

- a) Políticas fiscais para influenciar os padrões de consumo
- b) Minimização do marketing de alimentos ricos em calorias para crianças pequenas
- c) Orientação individualizada para a prevenção do ganho de peso
- d) Políticas e programas de atividade física nas comunidades
- e) Programas individualizados em prol de um comportamento saudável
- f) Diretrizes nutricionais (necessárias, mas não suficientes)
- g) Incentivo a dietas para um perfil de baixo risco: maior consumo de frutas e legumes; menor consumo de gorduras; dietas pobres em sal.

Deve-se notar que os Estados Membros solicitam cada vez mais a cooperação técnica e incorporação de suas idéias sobre DNTs na agenda de saúde pública. As intervenções precisam ser testadas em campo por meio de programas demonstrativos, como CARMEN, contendo um componente de avaliação cuidadosamente elaborado. Portanto, as conexões entre os programas CARMEN e instituições de pesquisa/acadêmicas devem ser vistas com um componente estratégico. O Fórum Global para Prevenção e Controle de DNTs proporciona um mecanismo para intercâmbio das melhores práticas e uma via de acesso a recursos técnicos e científicos de avaliação.

Tabela 1: Evidência de Maior Risco de Doenças Não-transmissíveis de Grande Importância para a Saúde Pública

| Evidência | Obesidade | Diabete tipo 2 | Doenças cardiovasculares | Câncer |
|------------------|---|--|---|--|
| Convincente | Grande ingestão de alimentos ricos em calorias (gorduras/açúcares) Sedentarismo | Sobrepeso e obesidade Abdominal Obesidade Inatividade física Diabete materna | Ácido mirístico e palmítico Ácidos graxos Alta ingestão de sódio Sobrepeso Alta ingestão de álcool (para AVC) | Sobrepeso e obesidade (esôfago, cólon, mama, rim) Álcool (cavidade oral, faringe, laringe, esôfago, fígado e mama) Aflatoxina (fígado) Peixe salgado (nasofaringe) |
| Provável | Pontos de venda de fast food e mercado de alimentos ricos em calorias Condições socioeconômicas adversas (especialmente em mulheres) Refrigerantes e sucos de fruta adoçados com açúcar | Gorduras saturadas Retardo de crescimento intra-uterino | Colesterol da dieta Café fervido não filtrado Suplementos de beta caroteno | Carne em conserva e carne vermelha (colorretal) Alimentos conservados em salmoura e sal (estômago) Bebidas e alimentos muito quentes (cavidade oral, faringe, esôfago) |
| Possível | Grandes porções Consumo em grande proporção de alimentos preparados fora de casa Padrão alimentar de controle rígido/desinibição periódica | Ingestão total de gordura Ácidos graxos | Gorduras ricas em ácido láurico Comprometimento da nutrição fetal | <i>Informações não apresentadas</i> |
| Insuficiente | Álcool | Álcool | | Gorduras de origem animal, aminas heterocíclicas, hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, nitrosaminas |

Fonte: Junta médica de especialistas da OMS/FAO sobre dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas, Genebra, Suíça, Jan/Fev, 2002 (relatório preliminar)

6. Estratégias Regionais

6.1 *Promoção de Mudanças nas Políticas*

Essa área se concentra em análises de situação e construção de parcerias para facilitar a mudança política. A adequação do ambiente para implementar estratégias de prevenção e controle da DNT é uma grande preocupação. Os comitês intersetoriais da CARMEN realizam suas próprias análises e decidir sobre o curso de ação. A OPAS elabora um observatório de políticas e diálogo sobre prevenção de DNTs em apoio à criação de políticas a nível nacional e internacional.

A segunda área é a promoção de alianças internacionais com organizações múltiplas, públicas e privadas, para ter um efeito no nível nacional e para formar consenso internacional em torno das principais questões políticas. Atualmente, a OPAS está participando de quatro dessas alianças, cada uma representando um modelo diferente: (a) a Aliança Interamericana para a Prevenção da Violência, com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, o Banco Mundial, a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura e os Centros para o Controle e a Prevenção de Doenças dos Estados Unidos; (b) DOTA, com a Federação Internacional da Diabetes e o setor privado; (c) a Aliança para a Prevenção do Câncer Cervical, com a Agência Internacional para a Pesquisa do Câncer, o Programa para Tecnologia Apropriada na Saúde, Engender Health e o Programa Johns Hopkins para Educação Internacional em Ginecologia e Obstetrícia; e (d) a Iniciativa Pan-Americana para Hipertensão (IPAH) em colaboração com o Instituto Nacional do Coração, Pulmão e Sangue (Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos), a Liga Mundial para Hipertensão, a Fundação Interamericana do Coração e outros parceiros que continuam a endossar essa iniciativa.

6.2 *Ações Baseadas na Comunidade*

A iniciativa CARMEN contém uma série de ações para reduzir as DNTs, incluindo o estabelecimento de um comitê nacional intersetorial para realizar análises das políticas e de situação e o desenvolvimento de projetos de demonstração nos quais estratégias de prevenção comunitárias são avaliadas. Várias vias de acesso são selecionadas para projetos paralelos com objetivo semelhante e intervenções associadas em escolas, locais de trabalho, famílias, grupos de jovens e outros. Recomenda-se enfaticamente ações em níveis múltiplos envolvendo vários parceiros. O comitê nacional supervisiona os projetos de demonstração e dissemina informação sobre ações eficazes. É incentivada a associação com instituições acadêmicas para apoiar a avaliação e pesquisa.

6.3 *Vigilância das Doenças Não-transmissíveis e Fatores de Risco*

O propósito dessa estratégia é desenvolver padrões comuns e construir capacidade nos países para incorporar a vigilância nos sistemas da saúde pública. Desse modo, os países podem determinar a distribuição e as tendências das doenças e fatores de risco, e usar essa informação para o desenvolvimento de programas e formulação de políticas. Os sistemas não precisam ser nacionais, mas deveriam recolher a informação localmente de maneira eficaz em função do custo para apoiar as ações baseadas na comunidade.

6.4 *Inovações para Sistemas de Saúde Sensíveis*

Essa estratégia consiste em apoiar testes de campo e a avaliação da implementação de programas sob condições de “vida real” no primeiro nível de assistência. Enfatizam-se as novas abordagens que os países membros possam adotar. Considera a diversidade de cenários e a necessidade de alcançar populações mal atendidas. Atualmente, as áreas prioritárias incluem o uso de diferentes tecnologias para o câncer cervical e o desenvolvimento de modelos inovadores para a assistência de problemas crônicos.

7. Próximos Passos

7.1 *Ambiente Interno*

Para que a OPAS implemente uma abordagem estratégica unificada, enquadrada em uma perspectiva de saúde pública, duas esferas devem atuar dentro da organização: atividades regionais e escritórios nos países.

7.1.1 *Programas Regionais*

O Programa da OPAS sobre Doenças Não-Transmissíveis da Divisão de Prevenção e Controle de Doenças tem a responsabilidade de coordenar a incorporação da prevenção e controle integrados na agenda da saúde pública dos Estados Membros através de uma abordagem estratégica unificada. Isso requer uma coordenação interna efetiva, já que outros programas da OPAS também têm responsabilidade direta por fatores de risco importantes e aspectos organizacionais nos quais as estratégias devem operar. Os níveis de coordenação diferem, dependendo da relevância para a estratégia geral. Com programas que possuem áreas sobrepostas de responsabilidade, propõe-se supervisão e programação conjunta; com outros programas complementares a troca permanente de informação expandiria as possibilidades de apoiar os países.

Já que essa não é uma área prioritária na agenda da assistência internacional ao desenvolvimento, o Programa Regional dedica-se também à mobilização de recursos, em

colaboração com o Escritório de Relações Exteriores (ERE). Isso inclui a defesa de causas junto a doadores e parceiros privados potenciais. Nesse contexto, justifica-se uma forte parceria com a OMS e ONGs internacionais, mas o mais importante é que os Estados Membros identificam áreas carentes. A parceria com o setor privado deve ser explorada, de acordo com as regulamentações da Organização.

7.1.2 *Escritórios nos Países*

Nos países, foram criados novos cargos no Chile, Costa Rica, Jamaica e no Centro Epidemiológico do Caribe. Cargos no Brasil, Colômbia e México, e na Coordenação do Programa do Caribe incorporam atividades de prevenção e controle das DNTs. Cargos profissionais nacionais foram criados em El Salvador, no Equador e no Peru usando recursos extra-orçamentários. Coordenação e atividades conjuntas estão sendo realizadas com o Instituto de Nutrição da América Central e Panamá e o Instituto de Alimentação e Nutrição do Caribe. Ambos os institutos deram maior prioridade as DNTs e adotaram as estratégias do programa. Registrou-se um progresso importante mediante o reforço das atividades nacionais, mas ainda há necessidades não atendidas, principalmente em países onde o ônus de DNTs é muito grande.

A cooperação técnica está na raiz dos esforços para desenvolver uma resposta da saúde pública as DNTs, por duas razões importantes. Primeiro, essa não tem sido uma área particularmente forte nos ministérios de saúde e, em muitos casos, não houve investimento no desenvolvimento de uma infra-estrutura de prevenção. Se esse for o caso, é provável que a liderança venha do setor clínico, que oferece soluções tecnológicas e individuais em vez de uma perspectiva da saúde pública. O desenvolvimento institucional dos Estados Membros não acompanhou o passo das mudanças que ocorreram nos seus perfis epidemiológicos. Segundo, as estratégias de prevenção e controle de doenças requerem ações multissetoriais que implicam a construção de alianças com diferentes entidades, como as ONGs e o setor privado. A OPAS pode facilitar isso, enquanto ao mesmo tempo reforça as funções de liderança e administração dos ministérios da saúde.

7.2 *Ambiente Externo*

A fim de assistir os Estados Membros na implementação das estratégias, três áreas devem ser priorizadas: acesso ao conhecimento, concatenação entre países e incorporação da perspectiva dos Estados Membros. A OPAS está em uma posição privilegiada para facilitar esforços nacionais que visem a incorporar a prevenção e controle das DNTs nas agendas da saúde pública. A Organização também pode mobilizar recursos convocando outras organizações internacionais para a prevenção e controle das DNTs crônicas. É importante dar início a um processo de mudança e as Américas é a

região do globo que pode levar países em desenvolvimento a incorporar novos serviços e tecnologias inovadoras adequadas para prevenir e controlar doenças crônicas a um custo viável aos grupos populacionais com o objetivo de reduzir as iniquidades existentes.

8. Ação Solicitada da Conferência Sanitária Pan-Americana

A 130ª Sessão do Comitê Executivo discutiu a necessidade de coordenar as iniciativas existentes, em especial quanto ao envelhecimento, em estratégias comuns para a prevenção e controle de doenças não-transmissíveis e de lesões. Ele endossou a CARMEN como a principal estratégia para a prevenção integrada e recomendou a melhora da vigilância de fatores de risco para doenças não-transmissíveis, em particular fatores de risco comportamentais. Atenção foi dada ao papel da família e da comunidade, mas fez-se uma importante ressalva para a adoção também de uma perspectiva mais ampla, por meio do manejo do risco na população.

Quanto à assistência de saúde, acredita-se existir duas áreas críticas: disponibilidade de serviços preventivos e elaboração de modelos para assistência de problemas crônicos, inclusive fatores de risco conhecidos, para atender às necessidades da população. Em muitas situações, as recomendações de assistência de saúde podem não ser totalmente baseadas em evidências científicas ou pode não existir serviços disponíveis. Não obstante, é de especial interesse no sentido de apoiar e incentivar a pesquisa operacional avaliar a eficácia de intervenções sob as condições atuais, visto que muito desta pesquisa vem sendo realizada em países industrializados que não enfrentam problemas semelhantes.

Solicita-se que a Conferência Sanitária Pan-Americana considere a Resolução CE130.R13 em anexo proposta pela 130ª Sessão do Comitê Executivo, que reconhece o grande ônus social e econômico das doenças não-transmissíveis e recomenda uma maior cooperação técnica coordenada por parte da Organização Pan-Americana da Saúde.

Anexo



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO

Washington, D.C., EUA, 24-28 de junho de 2002

Anexo

RESOLUÇÃO

CE130.R13

RESPOSTA DA SAÚDE PÚBLICA ÀS DOENÇAS CRÔNICAS

A 130ª SESSÃO DO COMITÊ EXECUTIVO,

Tendo considerado o relatório do Diretor sobre a Resposta da Saúde Pública às Doenças Crônicas (Documento CE130/17),

RESOLVE:

Recomendar que a Conferência Sanitária Pan-Americana aprove uma resolução redigida nos seguintes termos:

A 26ª CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA,

Tendo considerado o Relatório do Diretor sobre a Resposta da Saúde Pública às Doenças Crônicas (Documento CSP26/15);

Recordando a Resolução CD42.R9 sobre as doenças cardiovasculares, com especial atenção à hipertensão arterial, que respalda um enfoque integrado à prevenção das doenças cardiovasculares mediante a iniciativa de ações para a redução multifatorial das doenças não transmissíveis (CARMEN), e observando que CARMEN representa uma via para integrar fatores de risco e doenças;

Observando que as doenças crônicas não transmissíveis representam 70% dos óbitos na Região das Américas, e que mais da metade da mortalidade prematura em menores de 70 anos é atribuída às doenças crônicas não transmissíveis, e

Alarmada pelo maior custo que as doenças não transmissíveis representam para a sociedade como consequência das rápidas mudanças demográficas e epidemiológicas,

RESOLVE:

1. Instar os Estados Membros a que:
 - (a) se esforcem para documentar a carga que representam as doenças crônicas e seus fatores de risco;
 - (b) respaldem a iniciativa da CARMEN como uma das estratégias principais para a prevenção integrada das doenças crônicas;
 - (c) incorporem modelos de assistência para as doenças crônicas, a fim de melhorar a qualidade da atenção e aumentar a capacidade da atenção primária para responder às necessidades da população.
2. Solicitar que o Diretor:
 - (a) facilite a cooperação técnica com os Estados Membros para que estes elaborem um enfoque integrado das doenças não transmissíveis baseado na iniciativa CARMEN;
 - (b) apóie os Estados Membros para que estabeleçam e melhorem a vigilância das doenças não transmissíveis e seus fatores de risco;
 - (c) apóie e estimule a pesquisa operacional sobre a aplicação eficaz de programas para prevenir as doenças não transmissíveis e reduzir suas repercussões;
 - (d) promova a coordenação com outras organizações do sistema das Nações Unidas, instituições nacionais e organizações não-governamentais para apoiar a prevenção e o controle das doenças crônicas.