

C A R M E N

Iniciativa para

Prevenção Integrada de
Doenças Não-Transmissíveis nas Américas



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional da
Organização Mundial da Saúde



C A R M E N

Iniciativa para

Prevenção de Doenças
Não-Transmissíveis nas Américas



A Rede CARMEN

Este documento foi elaborado com base em acordos estabelecidos na reunião do Comitê de Gestão da Rede CARMEN, realizada em Havana, Cuba, em abril de 2002, da qual participaram os seguintes representantes:

Argentina: Enrique Vásquez - OPAS/ OMS

Brasil: Carlos Machado – Min. da Saúde; María Lucia Carnelosso - Secretaria de Saúde do Estado de Goiás; Luis Gerardo Castellanos - OPAS/ OMS

Chile: María Cristina Escobar - Min. da Saúde; Branka Legetic OPAS/ OMS

Colômbia: Celsa Sampson - OPAS/ OMS

Costa Rica: Rolando Cruz Gutierrez – Min. da Saúde; Miryam Cruz Olave OPAS/ OMS

Cuba: Orlando Landrove; Milvia Ramirez; Carmen Serrano; Manuel Santín Peña; Alfredo Espinosa; Dania Véliz Martínez ; José Manuel Morales Rigau; Rafael González Ramirez; Rhoden Rodríguez Casavieles; Rolando Bonal R.; Graciela Soto Martínez; Odalys Herrera Castellón; Hernán Correa Carrasco; Norma Rodríguez; Tamara Rigual; Pedro Orduñez; ;

Porto Rico: Francisco Javier Parga - Departamento de Saúde; Raúl G. Castellanos Bran - OPAS/ OMS

Sede da OPAS: Sylvia Robles; Lucimar Coser Cannon; Raúl Murillo; Paz Rodríguez

Também participaram do processo de elaboração deste documento os seguintes profissionais do quadro da OPAS: Lucimar Coser Cannon, Raul Murillo, Branka Legetic, Margarita Ronderos, Luis Gerardo Castellanos, Stacy Webley, Suzanne Stephens, Karla Polito e Sylvia Robles.

Índice

Apresentação	iii
Introdução	1
Riscos Múltiplos	3
As Doenças Não-transmissíveis(DNT) nas Américas	4
Lições das Iniciativas de Prevenção de DNT	7
O Projeto da Carélia do Norte: Pioneirismo na Prevenção Integrada de DNT	7
CINDI: Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre as DNT	9
Outras Experiências em Prevenção de	10
Criação da Iniciativa CARMEN	13
Definindo um Plano de Ação	13
Resposta à Epidemia de DNT e às Necessidades das Américas	13
Componente de Redução de Riscos de Risco	14
Objetivo	14
Estratégias	14
Linhas de Ação	15
Componente de Desenvolvimento da Rede	17
Objetivos	17
Estratégia: Cooperação Técnica entre os Países	18
Linhas de Ação	18
Conclusão	21
Resumos Bibliográficos	23
Referências Bibliográficas	29

Apresentação

As doenças crônicas não-transmissíveis (DNT) podem ser prevenidas mediante a adoção de um novo modelo de saúde pública. Isso implica o reconhecimento de um continuum de populações saudáveis, de prevenção e controle de doenças e, nesse contexto, a implementação de ações custo-efetivas no nível populacional, que levem em conta as necessidades de populações distintas. As estratégias de prevenção e controle das DNT devem interligar três níveis diferentes: formulação de política, atividades comunitárias e serviços de atenção à saúde.

Nas Américas, a carga econômica atribuída às DNT é cada vez mais preocupante em face dos altos custos que impõem à sociedade, famílias e indivíduos. Essa situação pode ser analisada sob dois aspectos. Primeiro, sob a perspectiva dos efeitos das políticas públicas de saúde em relação às oportunidades de prevenção e controle e, segundo, da potencial boa relação custo-efetividade das intervenções.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em reconhecimento às preocupações dos Estados Membros, apóia os esforços nacionais para incorporar o controle e a prevenção integrada das DNT nas agendas de saúde pública. Considerando as características de cada Estado Membro, a OPAS auxilia na implementação de iniciativas e programas, privilegiando a ampliação do acesso à informação e a formação de uma rede entre os países.

Em se tratando de prevenção de DNT, as políticas de saúde pública não podem ser implementadas de forma efetiva e eficiente se não houver uma ação integrada. A Organização Pan-Americana da Saúde reconhece tal necessidade e, portanto, considera essencial a formação de uma rede de cooperação entre os países. As parcerias internacionais podem trazer grandes benefícios e produzir resultados mais expressivos do que os obtidos em ações independentes.

A 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada em setembro de 2002, ratificou a iniciativa CARMEN como sendo a principal estratégia para a prevenção integrada de DNT. Assim, a OPAS proporciona cooperação técnica visando aumentar a capacidade dos países para lutar contra as DNT sob o escopo da saúde pública.

CARMEN, de iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde, também integra o Fórum Global sobre Prevenção de DNT, visto que a OPAS é o Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas. O Fórum Global estimula o desenvolvimento de estratégias e programas nacionais de prevenção e controle integrados de DNT, incluindo iniciativas de base comunitária, vigilância e projetos de demonstração. O Fórum também apóia as redes regionais por meio de acordos de colaboração e articulação de parcerias com agências governamentais, organizações não-governamentais e instituições acadêmicas e de pesquisa.

O presente documento ilustra a forma como a Iniciativa CARMEN pode facilitar o controle das DNT mais relevantes para a saúde pública. Por meio de estratégias de promoção de saúde e ações de prevenção de

doenças no âmbito da comunidade, bem como o envolvimento dos serviços de saúde, a Iniciativa CARMEN tem por objeto a prevenção simultânea de várias DNT com a redução e o controle dos fatores de risco comuns a essas doenças.

É importante iniciar um processo de mudança. Assim, a região das Américas pode conduzir os países em desenvolvimento para a incorporação de modelos novos e tecnologias inovadoras, que sejam adequadas à prevenção e ao controle das doenças crônicas, a um custo acessível e com capacidade de atingir todos os grupos populacionais a fim de reduzir as atuais iniquidades em saúde.



Mirta Roses Periago
Directora
Organização Pan-Americana da Saúde

Introdução

As doenças não-transmissíveis (DNT) são as principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo. Em 2001, atribuíram-se às DNT um total de 33,1 milhões de óbitos, quase 60% da mortalidade mundial e 45,9% da carga global de doenças. Se essa tendência for mantida, as DNT devem importar em 73% dos óbitos e 60% da carga de doenças no ano 2020.¹

A rápida ascensão das DNT representa um grande desafio para o setor saúde no tocante ao desenvolvimento global. Se por um lado já se reconhece há décadas a ameaça das DNT em países desenvolvidos, a predominância dessas doenças nos países em desenvolvimento é cada vez mais preocupante. Por exemplo, fatores de risco como hipertensão arterial, tabagismo, colesterol alto, alcoolismo, obesidade e as doenças a eles associadas eram historicamente mais comuns nos países industrializados. Contudo, como demonstra o

Relatório Mundial da Saúde 2002, hoje as doenças não-transmissíveis estão se tornando mais prevalentes nos países em desenvolvimento. No caso de países com baixa e média renda, há uma carga dupla pelo fato de ainda não terem conseguido superar as doenças infecciosas.²

A maioria das doenças não-transmissíveis e as incapacidades a elas associadas podem ser prevenidas e, mediante diagnóstico precoce, várias delas podem ser curadas.

Pesquisadores, formuladores de políticas e defensores da saúde pública nas Américas reconhecem cada vez mais a premente necessidade de apoiar a luta contra as doenças não-transmissíveis. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) - Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas - identificou objetivos programáticos e políticas que buscam efetivar a prevenção e o controle das DNT nas Américas. As medidas recomendadas incluem uma gama de estratégias para reduzir a carga das DNT e se apoiam na implementação de projetos de prevenção integrada no âmbito da comunidade, conhecidos como Iniciativa CARMEN (Conjunto de Ações para a Redução Multifatorial das Enfermidades Não-transmissíveis). O objetivo geral da

Iniciativa CARMEN é melhorar o estado de saúde de determinadas populações mediante a redução de condições de risco comuns às DNT. Considera, sob a perspectiva da saúde pública, o percurso completo entre saúde e doença, tendo em conta ainda os fatores de risco ou intervenções preventivas específicas.

O presente documento ressalta a natureza crítica das doenças não-transmissíveis, além de enunciar que a maioria delas pode ser prevenida ou retardada. Também traz informações essenciais sobre a metodologia da Iniciativa CARMEN. Consoante as recomendações da 26ª Conferência Sanitária Pan-Americana, os Estados Membros são encorajados a aderir à Rede CARMEN para a prevenção integrada das doenças não-transmissíveis.

Riscos Múltiplos

A A idéia de que as DNT são inevitáveis e que, por esse motivo, não podem ser contidas com prevenção ou controle é um mito. Felizmente, os conhecimentos atuais provaram que essa concepção não corresponde à realidade.³ A maioria das DNT pode ser prevenida ou retardada. Muitas delas são reversíveis e várias podem ser atenuadas pela prevenção secundária e apresentam cura. Porém, esses efeitos estão intrinsecamente relacionados à identificação e ao controle adequados dos principais fatores de risco.

O termo risco é definido pela OMS como “probabilidade de um resultado adverso, ou fator que aumenta essa probabilidade²”. As condições de risco múltiplo, que tendem a se agrupar em populações distintas, estão associadas com a etiologia das DNT. A classificação apresentada a seguir é útil para avaliação e vigilância no nível populacional.

**“Para proteger as pessoas
- e ajudá-las a se protegem – os governos precisam ter capacidade para avaliar os riscos e escolher as intervenções com melhor relação custo-efetividade, bem como financeiramente viáveis, para se evitar os riscos”**

**Organização Mundial da Saúde,
Relatório Mundial da Saúde.
Genebra, 2000**

Fatores Individuais

- **Fatores de risco não-modificáveis:** idade, sexo, nível de instrução, composição genética;
- **Fatores de risco comportamentais:** tabagismo, má alimentação e inatividade física;
- **Fatores de risco intermediários:** níveis séricos de colesterol, diabetes, hipertensão e obesidade.²

Fatores Comunitários (contextuais)

- **Situação socioeconômica:** pobreza, emprego, composição familiar;
- **Meio-ambiente:** clima, poluição do ar;
- **Cultura:** práticas, normas e valores;
- **Urbanização,** que influencia a habitação, o acesso a produtos e serviços.²

A construção do risco tem caráter coletivo e, portanto, a associação de condições de risco faz parte do processo de produção das doenças. Por exemplo, se em certas comunidades a oferta de frutas e verduras frescas é restrita, sendo mais fácil obter

alimentos do tipo fast-food por serem mais baratos e mais abundantes, então é de se esperar uma epidemia de obesidade e diabetes. Visto que esse é um processo coletivo/social, as soluções para esse problema devem incluir abordagens de toda a população.

Apesar de a concepção sobre risco diferir de pessoa para pessoas, a comunidade científica tem tentado identificar e quantificar os riscos para a saúde. A percepção de riscos pode divergir consideravelmente entre o ponto de vista da população e o da comunidade científica e da saúde pública. Também podem existir percepções dife-

rentes sobre risco em setores distintos da sociedade. Esses entendimentos são moldados pela cultura subjacente, meio-ambiente, mídia, grupos com interesses especiais, bem como pelo acesso a produtos devido à influência da globalização. Portanto, é possível que as intervenções, o conjunto de instrumentos e o material educacional desenhado a partir das perspectivas de “peritos” afetem apenas alguns segmentos da população.

A abordagem tradicional concernente ao estilo de vida tem se estruturado em aumentar o conhecimento e modificar o modo de pensar dos indivíduos, imputando sobre eles, assim, a carga da mudança comportamental. Por outro lado, grandes mudanças na população, em todos os níveis, exigem um consenso entre as várias partes interessadas, que trazem suas próprias perspectivas para tratar as questões em foco. Isso é importante na esfera política, em que os interesses públicos e privados são mais evidentes (como no caso do controle do tabaco). Mas, também é importante na comunidade, onde a estrutura de poder exerce influência sobre as possibilidades de atuação de diferentes participantes. A prestação de serviço de saúde, em particular o atendimento ambulatorial preventivo, não está isento. Em geral, exige-se mudança na estrutura organizacional dos serviços de saúde para que os indivíduos em risco e/ou com a doença tenham uma participação ativa para que as mudanças comportamentais realmente aconteçam.

As DNT nas Américas

Na América Latina e Caribe (LAC), as DNT equivalem a 44,1% dos óbitos entre os homens, e 44,7% entre as mulheres abaixo de 70 anos. Combinadas, as DNT são as principais causas de morte prematura na Região.⁴

As DNT de maior importância para a saúde pública na América Latina e Caribe são:

- **Doenças cardiovasculares**, dentre as quais o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença isquêmica do coração são as causas mais frequentes de mortalidade e, em termos de prevalência, a hipertensão;
- **Câncer**, em particular o câncer do colo do útero e de mama entre as mulheres e, entre os homens, o de estômago, pulmões, cólon e próstata;
- **Diabetes**, que pode aumentar drasticamente as chances de morte prematura e incapacidade.⁵

A gravidade das DNT é evidente. Em 2000, estimativas indicaram que, na América Latina e no Caribe, a prevalência da hipertensão variou de 14% a 40% entre indivíduos na faixa de 35 a 64 anos⁶, perfazendo um total de 140 milhões de hipertensos. Também se estimou que, no continente, cerca de 35 milhões de pessoas são diabéticas. Calcula-se que a prevalência do diabetes irá atingir 64 milhões até o ano 2025.⁴ Essas duas condições acarretam um aumento constante na carga de doenças cardiovasculares, em particular, a doença isquêmica do coração e o AVC, bem como complicações que incluem amputações, insuficiência renal, cegueira, dentre outras.

Mudanças Demográficas e Determinantes Sociais

Nas Américas, o agrupamento de riscos de doenças é intrínseco a fatores demográficos, culturais, sociais e econômicos. Essa região já vivenciou alguns dos efeitos mais marcantes das mudanças demográficas, caracterizadas pelo declínio nas taxas de fertilidade e aumento estável da expectativa de vida na última metade do século XX. Portanto, a proporção da população adulta está aumentando, e é durante a idade adulta que os fatores de risco se consolidam e as doenças se manifestam. O aumento significativo no número absoluto de casos de DNT representa a principal carga para a população.⁴

Há poucos dados comparáveis e fidedignos sobre os fatores de risco, mesmo havendo vasta literatura que trata de grupos populacionais específicos. Apenas cinco países nas Américas têm possibilidades de apresentar dados em nível nacional, os quais podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1
Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Não-transmissíveis em Países Seleccionados das Américas (%)

País	Sexo	Fumo	Consumo de de Álcool	Colesterol ≥ 200 mg dl	Inatividade Física	Obesidade IMC ≥ 30
Barbados	Masculino	34,6	24,0	-	87,6	8,6
	Feminino	6,9	9,6	-	78,4	22,6
	Ambos	18,0	17,9	-	82,9	16,8
Canadá	Masculino	31,5	13,0	-	54,0	
	Feminino	26,3	4,0	-	60,0	
	Ambos	28,9	9,0	-	57,0	48,0
Colômbia	Masculino	26,8	-	24,8	72,0	-
	Feminino	11,3	-	28,3	85,0	-
	Ambos		-	-	-	-
Cuba	Masculino	48,1	7,1	-	25,7	6,0
	Feminino	26,2	1,4	-	39,8	11,1
	Ambos	36,8	4,0	-	32,9	7,6
EUA	Masculino	25,3	-	19,0	-	-
	Feminino	21,0	-	22,0	-	-
	Ambos	22,9	17,0	21,0	78,0	23,0

Fonte: Barbados: Estudo sobre Fator de Risco, 1992; Canadá: Estudo Nacional sobre Saúde da População, 1996; Colômbia: 2o Estudo Nacional sobre Fator de Risco para Doenças Não-transmissíveis, 1999; Cuba: Estudo Nacional sobre Fator de Risco, 1995; EUA: NHANES, 1988-94.

As transições demográficas nas Américas foram exacerbadas pela rápida urbanização, incorporação das mulheres na força de trabalho e acelerada descentralização de governo. Verificou-se uma crescente demanda por serviços sociais e uma forte pressão sobre os sistemas de saúde. O desenvolvimento institucional no setor saúde não acompanhou essas mudanças, e a urbanização atuou como um catalisador para ampliar as diferenças sociais e econômicas. Conseqüentemente, entre as populações da América Latina e Caribe há padrões de desigualdade expressivos na área de saúde que estão relacionados à condição socioeconômica, sexo e grupos étnicos. Isso revela a existência de um elo entre risco de doença, resultados de saúde e condição social.

Nas Américas, as maiores disparidades entre os ricos e os pobres estão relacionadas à provisão de serviços públicos que, em geral, é inadequada nas áreas desfavorecidas. Além disso, os assentamentos urbanos recentes normalmente não dispõem de serviços públicos essenciais e, por via de regra, os países pobres não têm condições de custear a extensão desses serviços, que englobam educação e saúde. Assim, os pobres frequentemente não recebem informações sobre os fatores de risco para as DNT e têm acesso restrito à assistência em saúde.

É também importante adotar um modelo preventivo voltado para os indivíduos. Proporcionar atenção em saúde e educação a um membro da família pode resultar na redução dos riscos para todos os parentes próximos, visto que os fatores de risco tendem a se concentrar nas famílias. Estudos sobre as dinâmicas sociais da pobreza revelaram que os pobres têm menos controle sobre suas próprias vidas e decisões, além de considerarem o futuro e as possibilidades de mobilidade social inatingíveis. Os indivíduos que, de forma espontânea, assumem precocemente comportamentos saudáveis e têm acesso a serviços preventivos são, em geral, os que apresentam um nível mais elevado de instrução. Paradoxalmente, a introdução de novos serviços ambulatoriais preventivos - como por exemplo triagem e quimioprevenção - nos países em desenvolvimento aumentou a lacuna entre pobres e ricos e, ao mesmo tempo, diminuiu a incidência de DNT e a mortalidade por essas causas entre os ricos.

“Os pobres normalmente possuem menor grau de instrução e, portanto, dispõem de menos informação sobre práticas sanitárias. A falta de recursos financeiros restringe as oportunidades de acesso à melhor assistência médica;... o constante senso de desamparo e isolamento social aumentam a vulnerabilidade às doenças; a grande incidência e prevalência de doenças entre esses indivíduos dificultam a obtenção de um emprego estável. O ciclo da pobreza e da doença nem sempre começa com pessoas que já são pobres. Doença e incapacidade podem gerar pobreza.”

Feist J. e Brannon L. , Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health. Waldsworth. 1988. Belmont, California. p.238.

Lições das Iniciativas de Prevenção de DNT

Na tentativa de modificar os comportamentos de risco, as intervenções iniciais de prevenção das DNT visavam apenas os indivíduos. O baixo impacto dessas intervenções gerou um novo modelo. No início dos anos 70, os programas de prevenção de doenças cardiovasculares (DCV) começaram a tomar a forma de projetos de intervenção comunitária que visavam a população como um todo, em vez de focar somente em indivíduos de alto risco. As intervenções comunitárias continuaram a se intensificar na década de 1980. O enfoque populacional avalia os benefícios potenciais dos recursos da comunidade e objetiva abordar a repercussão dos fatores sociais e econômicos. A seguir serão descritas duas iniciativas relevantes.

O Projeto da Carélia do Norte: Pioneirismo na Prevenção Integrada de DNT^{8,9}

A primeira intervenção em saúde baseada na comunidade - o Projeto da Carélia do Norte (NKP) - foi lançada em 1972 na Finlândia. O projeto, que contou com apoio governamental, introduziu medidas prementes e efetivas para reduzir a carga das taxas de mortalidade por DCV, que eram dramaticamente altas na área. Na época, a população relativamente homogênea da Carélia do Norte possuía a taxa mais alta de mortalidade por DCV do mundo e apresentava a pior situação socioeconômica de todas as províncias da Finlândia, nos últimos 20 anos.

No início, o objetivo geral do NKP era diminuir a mortalidade por DCV, notadamente entre os homens de meia-idade, porque as taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares eram muito altas nesse grupo. Esse objetivo seria logrado com a redução dos principais fatores de risco para DCV mediante mudanças no estilo de vida e promoção de prevenção secundária. Posteriormente, o NKP incorporou aos seus objetivos a redução das principais causas de mortalidade por DCV.

O NKP obteve grande êxito na consecução dos objetivos. Passados 25 anos, houve um declínio significativo nas taxas de mortalidade de homens na faixa de 35 a 64 anos na Carélia do Norte. A taxa de mortalidade por DCV caiu em 68%; a mortalidade por doença arterial coronariana em 73%, e as mortes por todas as causas em 49%. Os índices de tabagismo, bem como os níveis séricos de colesterol e de pressão arterial também diminuíram. Além disso, houve uma mudança generalizada na dieta alimentar (Gráfico 01).

A utilização de uma abordagem populacional e de uma estratégia de redução dos fatores de risco, na esfera social e comportamental, foi de suma importância para o êxito do NKP.

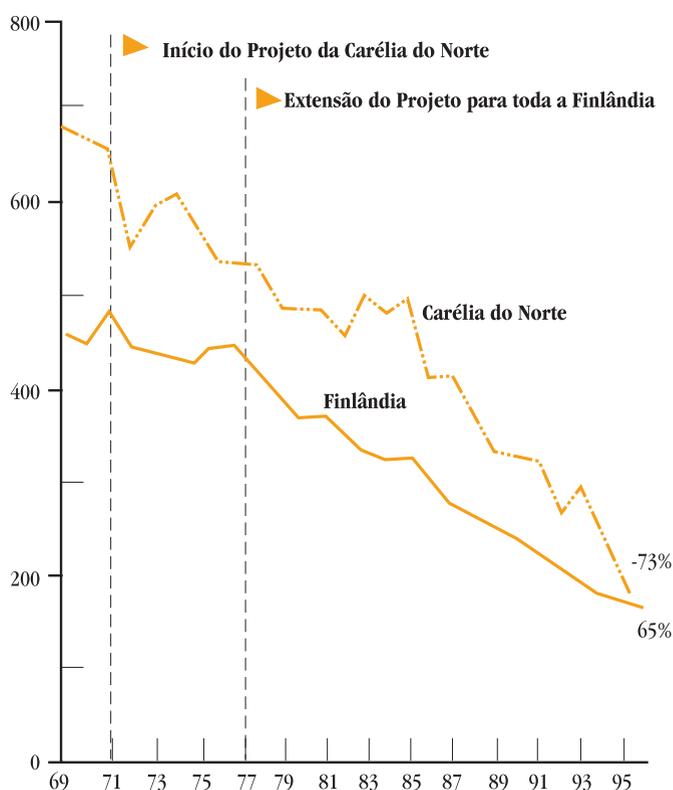
Os componentes-chaves do programa incluem:

- Atividades inovadoras de mídia e comunicação
- Envolvimento de inúmeras organizações comunitárias e de moradores
- Participação sistemática dos serviços de atenção primária à saúde e de outros provedores de serviço
- Programas de treinamento, inclusive visando prestadores não-convencionais (i.e., pessoas leigas)

- Mudanças ambientais mediante a formação de parcerias e acordos de colaboração com a indústria alimentícia;
- Atividades de mudança política, incluindo a colaboração ampla dos formuladores de políticas de saúde;
- Monitoramento e retroalimentação contínua para aperfeiçoar os processos de intervenção

Liderança forte e apoio institucional amplo contribuíram para a sustentabilidade do NKP no longo prazo. O Instituto Nacional de Saúde Pública do Ministério de Assuntos Sociais e Saúde da Finlândia coordenou a expansão do projeto de demonstração para todo o país. Os resultados da intervenção nacional foram análogos aos efeitos positivos observados na Carélia do Norte. O avanço do NKP - que passou de um projeto comunitário em uma área homogênea e de baixo padrão socioeconômico, para um programa nacional de prevenção de doenças em grande escala - produziu lições valiosas para a prevenção integrada das DNT.

Gráfico 01
Declínio da Doença Arterial Coronariana na Carélia do Norte
e em toda a Finlândia, 1969 - 1995



Fonte: Puska, P, Tuomilehto J, Nissinen A e Vartiainen, E.
 The North Carélia Project: 20-Year Results and Experiences.
 The National Public Health Institute (KTL). Helsinki; 1995.

CINDI: Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre as DNT^{10,11,12}

Aproveitando o modelo do Projeto da Carélia do Norte e de outros programas de promoção da saúde e prevenção de doenças implementados na América do Norte e Europa, o Escritório Regional da OMS para a Europa criou o Programa CINDI (*Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme*). Esse Programa teve início em 1985 com programas nacionais de demonstração e prosseguiu até 1992. Enquanto o NKP focalizou inicialmente uma pequena região de apenas um país, o CINDI constitui um esforço colaborativo maior entre países com níveis de desenvolvimento diferentes e populações distintas.

O objetivo geral do programa CINDI é minimizar os fatores comuns de risco e, ao mesmo tempo, melhorar as condições de saúde da população pela redução da morbimortalidade por DNT. As áreas prioritárias incluem tabagismos, hipertensão, nutrição, colesterol sanguíneo elevado e programas direcionados a jovens. O CINDI busca atingir suas metas usando mecanismos semelhantes aos do NKP.

O programa CINDI compreende:

- Atividades integradas que agregam infra-estruturas e recursos de promoção da saúde já existentes, serviços básicos de saúde e prevenção de doenças;
- Assistência social à comunidade servindo-se dos meios de comunicação de massa e educação pública.
- Combinação de capacitação profissional e cooperação intersetorial, bem como o envolvimento do setor saúde e de outros serviços;
- Colaboração internacional para troca de experiências de implementação, resultados e pesquisas complementares;
- Avaliação e métodos de pesquisa rigorosos; e
- Ferramentas políticas para quantificar e apresentar resultados de avaliações efetivos aos formuladores de política, nos níveis local e nacional, a fim de formar um consenso e garantir o apoio.

Todo programa CINDI segue um protocolo e diretrizes comuns para desenho, implementação, monitoramento e avaliação conforme passam de projetos de demonstração menores para uma intervenção nacional. O programa CINDI estabeleceu ainda um leque de grupos de trabalho para reavaliar e aperfeiçoar continuamente as ações que visam obter resultados favoráveis nas áreas prioritárias.

Em 2002, o Programa CINDI possuía 105 áreas de demonstração em 29 países da Europa e no Canadá. Mais que um esforço colaborativo entre vários países para prevenção das DNT na Região da Europa, o CINDI constitui um modelo para desenvolvimento de outros programas regionais da OMS. As estruturas de implementação do CINDI são análogas àquelas que obtiveram êxito no NKP, mas, o CINDI ultrapassa o limite deste. Os vários instrumentos de avaliação contínua são capazes de proporcionar uma análise bastante detalhada e uniforme dos resultados, oferecendo um plano de avaliação e análise fidedigna das iniciativas de prevenção das DNT no âmbito comunitário.

Outras Experiências em Prevenção de DNT*

Implementou-se uma gama de programas de intervenção nas DNT, no nível da comunidade, que buscam a redução concomitante dos fatores de risco comuns. Assim sendo, existem diversas publicações sobre a eficácia dessas intervenções. Na tabela 2, podem-se observar dados referentes a uma seleção de programas abrangentes. O intuito não é interpretar ou comparar as publicações, visto que ainda existem questões sem resposta, sobretudo nos países em desenvolvimento.

As evidências precisam ser aumentadas à medida que os programas são implementados e avaliados em cada contexto específico. Programas bem-sucedidos são aqueles que adotam um modelo multidimensional e incorporam diversos níveis de ação, tais como políticas nacionais, serviços de saúde e ações comunitárias. Além disso, programas de intervenção nas DNT que facilitam deliberadamente a participação da comunidade tendem a ter maior repercussão e sustentabilidade. Por via de regra, os modelos unidimensionais apresentam resultados piores pelo fato de normalmente se basearem em uma ação comunitária parcial e desprezarem a função do setor saúde, que inclui a saúde pública e a prestação de serviço.

Tabela 2

Resumo de uma Seleção de Projetos de Prevenção de DNT no Nível da Comunidade

Estudo	Período	Objetivos	Métodos básicos	Estratégias	Principais resultados
Projeto da Carélia do Norte	1972-97	Objetivo geral Diminuir as taxas de mortalidade por DCV e promover a saúde na população local. Objetivos específicos Reduzir os níveis dos principais fatores de risco (tabagismo, colesterol sérico elevado, hipertensão arterial).	Desenho Um grupo de intervenção e um grupo de controle. População estudada Acima de 250 mil pessoas em cada grupo. Medidas Inquéritos de linha de base e de seguimento transversais (amostras aleatórias).	- Atividades de mídia - Atividades dos serviços de saúde - Atividades de organização da comunidade - Atividades políticas e de meio-ambiente	Nos primeiros cinco anos, houve um intenso declínio na carga de doença isquêmica do coração que, apesar da pequena diferença, se apresentou maior na Carélia do Norte do que na área de referência. Nos dois grupos de estudo, observou-se uma queda na prevalência do tabagismo e nos níveis de colesterol e pressão arterial.
Estudo em Três Comunidades de Stanford	1972-74	Determinar se a educação sanitária, no âmbito comunitário, sobre a prevenção de fatores de risco (tabagismo, coleste-	Desenho Dois grupos distintos de intervenção e um grupo de controle.	- Atividades de mídia - Educação direta (face a face)	Declínio na prevalência do tabagismo. Os níveis de colesterol e pressão arterial apresentaram-se mais elevados no grupo de intervenção.

* Síntese das referências estão anexadas no final do documento.

Estudo	Período	Objetivos	Métodos básicos	Estratégias	Principais resultados
		rol alto e obesidade) pode reduzir a incidência de doenças cardiovasculares.	População estudada Acima de 12 mil pessoas em cada grupo. Medidas Entrevista anual em amostra aleatória.		
Projeto em Cinco Cidades de Stanford	1978-98	Determinar se a educação sanitária, no âmbito da comunidade, sobre a prevenção de fatores de risco (níveis de colesterol e pressão arterial elevados, tabagismo, obesidade, sedentarismo) pode reduzir a incidência de AVC e doença arterial coronariana.	Desenho Dois grupos distintos de intervenção e três grupos de controle. População estudada Entre 40 mil e 85 mil pessoas nos grupos de intervenção, e entre 35 mil e 161 mil nos grupos de controle. Medidas Inquéritos transversais de linha de base e de seguimento (amostras aleatórias).	- Atividades de mídia - Educação direta (face a face).	Redução mais acentuada na prevalência dos fatores de risco no grupo de intervenção. O resultado foi balanceado. Houve mudança discreta nas taxas de mortalidade para DCV, com percentuais iguais para todos os grupos.
Programa de Saúde Cardíaca de Minnessota	1980-93	Modificar o comportamento da população em face da saúde e reduzir os níveis de colesterol sanguíneo e de pressão arterial e o tabagismo.	Desenho Três comunidades foram dispostas em pares; cada par tinha uma cidade de intervenção e outra de comparação. População estudada Entre 25 mil e 110 mil pessoas.	- Atividades de mídia - Educação individual e coletiva em saúde - Atividades ambientais.	- Queda na prevalência de fatores de risco nos grupos de intervenção e de controle. - Aumento mais expressivo na atividade física nos grupos de educação, com percentuais iguais em todos eles. - Redução da doença arterial coronariana em todos os grupos; não houve mudança na incidência de AVC.

Estudo	Período	Objetivos	Métodos básicos	Estratégias	Principais resultados
			<p>Medidas Inquéritos transversais de linha de base e de seguimento (amostras aleatórias).</p>		
<p>Programa de Saúde Cardíaca de Pawtucket</p>	1980-91	<p>Determinar se a educação comunitária pode acarretar mudanças nos fatores de risco para DCV e no risco de doença cardíaca coronariana (DCC). As condutas focalizadas incluíram: o controle dos níveis de pressão arterial e de colesterol sérico, a cessação do tabagismo, o aumento de atividade física regular e a manutenção do peso corporal adequado.</p>	<p>Desenho Uma população de intervenção e uma de controle</p> <p>População estudada Acima de 70 mil pessoas em cada grupo.</p> <p>Medidas Inquéritos transversais de linha de base e de seguimento (amostras aleatórias).</p>	<p>Ativismo comunitário, mobilização e envolvimento da comunidade em todas as etapas do programa de saúde cardíaca (planejamento, avaliação e gerenciamento). O programa foi realizado mediante um sistema de prestação de serviço voluntário.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Queda na prevalência do fator de risco nos dois grupos. - Tendências estáveis na mortalidade por doença arterial coronariana.

Criação da Iniciativa CARMEN

Definindo um Plano de Ação

As provas obtidas nos relevantes estudos realizados no âmbito comunitário destacam o caráter complexo das questões envolvidas na prevenção de DNT. Em 1996, quando a Organização Pan-Americana da Saúde deu os passos iniciais para apoiar Programas de Prevenção Integrada de DNT nas Américas, ela se beneficiou da experiência e da colaboração do CINDI para desenvolver a Iniciativa CARMEN. Durante o processo de desenvolvimento da iniciativa, os Estados Membros solicitaram um modelo flexível que pudesse ser adaptado com facilidade às características dos países da América Latina e do Caribe. Em setembro de 2002, a Conferência Sanitária Pan-Americana aprovou um modelo de saúde pública para as DNT crônicas vinculado a quatro princípios:

1. O problema é abordado a partir de uma perspectiva sistêmica ampla e coerente que leva em consideração o contexto social e internacional;
2. As ações, que podem envolver a promoção de mudanças políticas ou o desenvolvimento de programas comunitários ou intervenções nos serviços de saúde, são avaliadas para assegurar sua efetividade.
3. Recursos financeiros e infra-estruturas de apoio estão disponíveis para garantir a sustentabilidade e universalidade do modelo;
4. As necessidades e as perspectivas da população em foco são consideradas para que esse grupo possa ter um papel ativo nos programas de prevenção e controle.

“...dada a complexidade imposta pela carga das doenças não-transmissíveis aos países em desenvolvimento, esse problema não pode ser analisado apenas sob o aspecto epidemiológico. Soluções unidimensionais, que lidem com fatores de risco ou doenças de forma independente, apresentam um escopo muito restrito... Exige-se uma perspectiva sistêmica abrangente que examine os processos em todos os níveis que integram a prevenção e o controle de doenças não-transmissíveis.”

Organização Pan-Americana da Saúde. Resposta da Saúde Pública para as Doenças Crônicas. 26a Conferência Sanitária Pan-Americana, 130a Sessão do Comitê Regional. Doc.CE130/17.

A Conferência Sanitária Pan-Americana também ratificou uma resolução assumindo a Iniciativa CARMEN como uma das principais estratégias para a prevenção integrada de doenças crônicas, e solicitou à OPAS o fornecimento de cooperação técnica aos Estados Membros a fim de desenvolver um modelo integrado para as DNT, com base na Iniciativa CARMEN.⁵

Resposta à Epidemia de DNT e às Necessidades das Américas

A iniciativa CARMEN tem por finalidade melhorar o estado de saúde das populações das Américas mediante a redução dos fatores de risco associados às doenças não-transmissíveis. Essa iniciativa concentra esforços para desenvolver, implementar e avaliar:

- Políticas voltadas à redução concomitante de um conjunto de fatores de riscos comuns às doenças não-transmissíveis;
- Mobilização social e intervenções na comunidade;
- Vigilância epidemiológica das condições de risco; e
- Práticas de prevenção que possam contribuir na redução das desigualdades em saúde.

Componente de Redução de Riscos

Objectivo

O componente de redução de risco da iniciativa CARMEN visa promover e apoiar a diminuição dos fatores e condições de risco das DNT por meio de ações comunitárias integradas.

Estratégias

A Iniciativa CARMEN faz uso de três estratégias para atingir seus objetivos: Prevenção Integrada e Promoção da Saúde; Efeito Demonstrativo; e Promoção de Equidade em Saúde.

Prevenção Integrada e Promoção da Saúde

A prevenção integrada supõe o desenvolvimento de intervenções simultâneas de prevenção e redução de uma série de condições de risco comuns à maioria das DNT. Isso exige ações combinadas e coordenadas para tratamentos preventivos e promoção da saúde, a fim de possibilitar a participação ativa das comunidades nas decisões que afetam sua saúde. Nesse contexto, é necessário formar um consenso estratégico entre todas as partes interessadas (organizações governamentais, não-governamentais e o setor privado) com o intuito de ampliar a cooperação e o atendimento das necessidades da população.

Efeito Demonstrativo

As intervenções são inicialmente introduzidas em uma área de demonstração para se avaliar a aceitabilidade, a segurança e a eficácia em um determinado contexto. É possível conduzir avaliações monitorando-se a repercussão sobre os fatores de risco de DNT, a morbidade e a mortalidade. Isso requer basicamente realizar as seguintes atividades essenciais:

- Medidas da linha de base para comparações futuras;
- Vigilância das condições de risco;
- Coleta sistemática de dados gerais relativos à intervenção implementada.

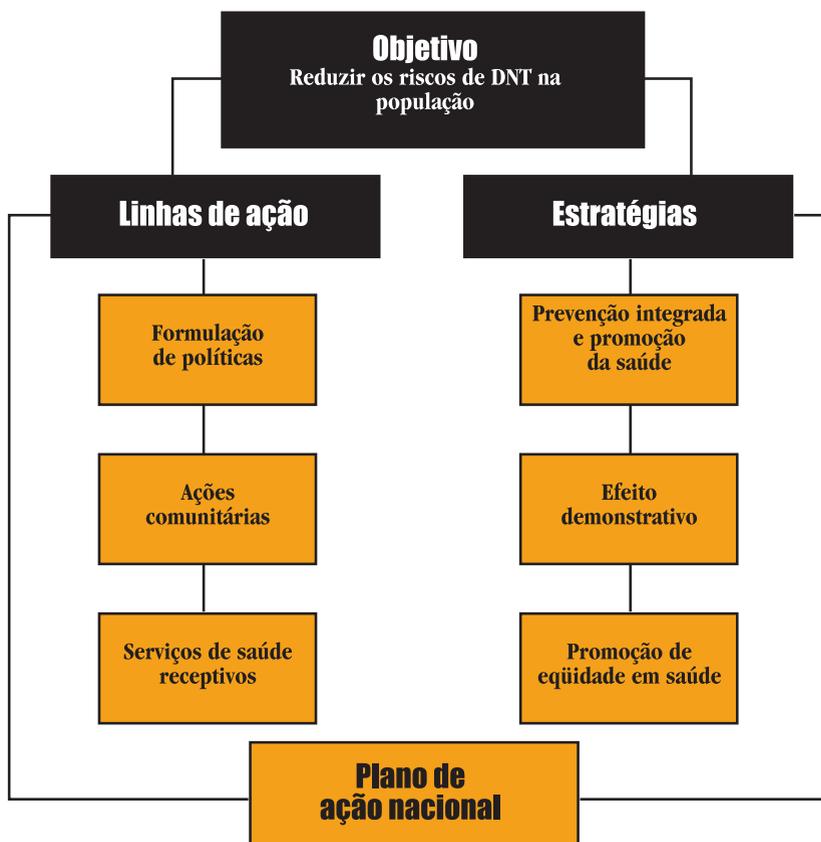
É recomendável a formação de parcerias com centros acadêmicos para fortalecer o componente de avaliação e ampliar a participação em pesquisas e atividades de treinamento internacionais.

Promoção de equidade em saúde

As estratégias de prevenção devem considerar as influências subjacentes sobre as desigualdades em saúde, tais como educação, distribuição de renda, segurança pública, habitação, ambiente de trabalho, emprego, relações sociais, transporte, dentre outros.¹³ O objetivo principal deve ser o de diminuir os riscos da população em geral e, ao mesmo tempo, reduzir a disparidade existente entre diferentes grupos da população. Isso exige, em vários casos, a reformulação e a avaliação de intervenções de eficácia comprovada. Implica também a identificação e especial atenção a grupos populacionais vulneráveis, como os povos indígenas, novos migrantes urbanos e mulheres, em especial aquelas responsáveis pelo sustento da família. As estratégias de prevenção voltadas à

melhoria da saúde podem não contribuir de forma substancial para redução da disparidade existente no setor saúde. Isso ocorre porque a camada mais rica da população pode acabar usufruindo os benefícios por ter maior acesso aos bens e serviços, em comparação com os menos favorecidos.

Componente de Redução de Risco da Iniciativa CARMEN



Linhas de Ação

A Iniciativa CARMEN está arraigada na aplicação sincrônica das seguintes linhas de ação:

1. Formulação de Política

A formulação de política é um processo cíclico que inclui a definição de um problema, que conduz à elaboração, implementação e avaliação de uma política. Uma vez avaliada a política, o processo reinicia.¹⁴ Programas de prevenção de DNT, que obtiveram êxito, adotaram uma variedade de políticas, leis e regulamentos. Há um leque de opções de políticas que apresentaram eficácia em contextos distintos, sobretudo nos países industrializados.

O processo de formulação e implementação de política de cada país é único e a análise de política específica deve iniciar em nível nacional. Essa abordagem demanda apoio das várias partes interessadas: instituições gover-

namentais e não-governamentais; formadores de opinião; setor privado, dentre outros.

Além disso, há políticas decisivas que exigem um consenso entre as partes interessadas na esfera internacional e transnacional. Nenhum país pode realizar isso sozinho. A participação em iniciativas internacionais de grande porte é de fundamental importância para inserir a prevenção de DNT na agenda pública. O papel dos programas CARMEN é o de buscar contribuições de todos os setores da sociedade para se ter êxito nos processos de formulação de política.

2. Ações Comunitárias

Inicialmente, as intervenções para prevenção de DNT eram centradas nos indivíduos, na tentativa de se modificar os comportamentos de risco. O baixo impacto e a falta de sustentabilidade dessas intervenções levaram a um novo modelo de prevenção. A estratégia desse novo modelo consiste em efetivar o envolvimento das famílias e comunidades, mediante a combinação e o compartilhamento de recursos para garantir intervenções voltadas à prevenção integrada. Implica, também, a identificação de líderes, de grupos organizados e de instituições, bem como a formação de coalizões e alianças estratégicas. Um elemento importante no trabalho das coalizões locais é assegurar que todas as organizações e profissionais envolvidos recebam treinamento e apoio técnico sobre desenvolvimento de coalizão, planejamento comunitário e implementação de programas. Esse treinamento servirá como referência para que consigam realizar avaliações das necessidades, utilizar os dados para estratégias abrangentes e avaliar as parcerias e intervenções. ¹⁵ Nesse contexto, o setor saúde se torna um parceiro e não o responsável principal pela intervenção.

3. Serviços de Saúde Receptivos

Com vistas a melhorar os resultados obtidos na população, os serviços de saúde deveriam redirecionar o enfoque do tratamento episódico de doenças agudas para um modelo mais pró-ativo, que leve em conta a participação em programas de prevenção e as necessidades das pessoas que apresentam condições crônicas. A promoção da saúde, a prevenção e a assistência são elementos de um conjunto contínuo que não pode ser dividido caso se espere lograr serviços efetivos. Esses elementos apresentam pontos em comum e reforçam um ao outro em termos operacionais. Os serviços básicos de saúde precisam incorporar modelos preventivos que demonstraram efetividade e devem participar ativamente nos esforços de promoção da saúde. Em um ambiente de descentralização progressiva, é possível atualmente esperar e promover mudanças organizacionais com esse propósito.

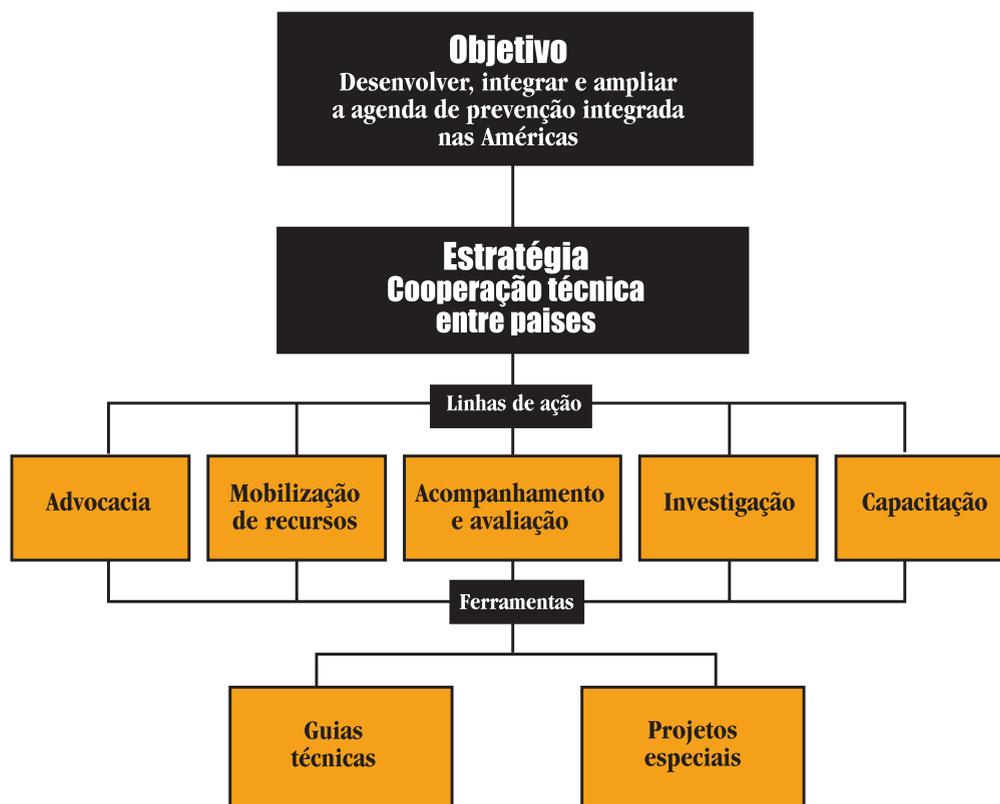
Por que o programa CARMEN deve ser implantado em nível nacional?

- Um processo de formulação de política para a prevenção integrada de DNT requer o envolvimento de vários setores da sociedade, os quais só podem ser reunidos em nível nacional.
- Um programa nacional pode facilitar o envolvimento do país em iniciativas internacionais, que venham a fortalecer os esforços nacionais para a prevenção integrada de DNT.
- Um programa nacional, que aborda as DNT com base na avaliação de experiências locais, pode fornecer a evidência científica requerida pelos países da América Latina.

Por que a Rede CARMEN deve ter abrangência regional?

- A Rede CARMEN é fundamentada em parcerias. O propósito é que os países participantes da rede conciliem todos os grupos, que trabalham ou tenham interesse em trabalhar, na prevenção de DNT e desenvolvam sua própria rede nacional.
- A maioria das áreas de demonstração da Rede CARMEN está vinculada ou sediada em instituições acadêmicas, organizações não-governamentais ou governos municipais. No entanto, ao se verificar o êxito de linhas de ação simultâneas, percebe-se que existe uma série de atividades de prevenção integrada que nenhum grupo local, comunidade ou país pode realizar por conta própria.
- O envolvimento dos países é essencial no campo da legislação e regulamentação; mas o envolvimento de organizações não-governamentais e de grupos locais é de suma importância para auxiliar na formulação e implementação dessas leis.
- A Rede CARMEN possui uma agenda de pesquisa que pode ser enriquecida com a participação de vários países membros.

Componente de Desenvolvimento da Rede CARMEN



Objetivos

O objetivo principal desse componente é estabelecer, desenvolver, integrar e ampliar a agenda para prevenção integrada de DNT nas Américas. Espera-se alcançar essa meta mediante o aumentando da capacidade técnica para a prevenção dos fatores de risco das DNT nas Américas. Esse componente procura especificamente:

- Promover e apoiar intervenções custo-efetivas para a prevenção de DNT;
- Desenvolver estratégias e metodologias adequadas para a prevenção de DNT, considerando as características distintas de cada país;
- Desenvolver estratégias para obter o apoio de legisladores e de outros atores importantes;
- Promover e apoiar a participação comunitária nas iniciativas de prevenção das DNT;
- Promover uma agenda regional para enfrentar a epidemia de DNT.

Estratégia: Cooperação técnica entre países

A Rede CARMEN promove e mantém cooperação técnica entre os países membros na área de prevenção de DNT e está ligada às outras cinco Redes Regionais da OMS e ao Fórum Global sobre Prevenção e Controle de DNT. Nesse contexto, a Rede fomenta o intercâmbio de conhecimento e experiências entre países e regiões, resolve questões problemáticas e mantém colaboração para enfrentar a crescente carga de doenças causada pelas DNT. A Rede CARMEN fundamenta-se no princípio de que todos os países das Américas podem se beneficiar de outros programas CARMEN e de programas similares em outras regiões do mundo. Todos os países membros e territórios estão autorizados a participar da Rede CARMEN com seus programas nacionais, regionais, estaduais ou locais, ou instituições não-governamentais.

As redes sempre se mostraram como meios eficazes e práticos, bem como ferramentas inovadoras para solucionar os problemas de saúde pública. Estão estruturadas na união de duas ou mais entidades que compartilham recursos e possuem a capacidade de desenvolver ações coordenadas por meio de acordos metodológicos. Acredita-se que as parcerias maximizem o desempenho e produzam resultados melhores do que os previstos em ações independentes. Também se espera que as alianças e coalizões evitem esforços duplicados e reduzam os desperdícios.

A globalização teve diversas repercussões na vida das pessoas que podem ter reflexos positivos ou negativos na saúde dos indivíduos. Essas repercussões estão relacionadas com a informação sobre outros modelos culturais, os processos de migração intensos, as transações econômicas e comerciais, a exposição a comportamentos de risco, a urbanização intensa, a busca pela eficiência governamental, dentre outras. As redes tiram proveito dessas interações para fomentar resultados positivos.

Em suma, CARMEN é uma rede de redes. Ela funciona como uma super-rodovia de comunicação global, regional, nacional e local para compartilhar recursos, informação e colaboração a fim de prevenir e controlar as DNT.

Linhas de Ação

Advocacia

O Advocacy Institute define o termo advocacia como “ações que buscam influenciar resultados - incluindo políticas públicas e alocação de recursos dentro de sistemas e instituições políticas, econômicas e sociais – e que afetam diretamente as condições de vida dos indivíduos. A advocacia consiste em esforços organizados e ações baseadas na circunstância real de “o que é”. Essas ações organizadas procuram ressaltar questões críticas que foram desprezadas ou encobertas no sentido de influenciar as atitudes públicas, e decretar e implementar leis e políticas públicas de forma que a idéia de “como deve ser” uma sociedade justa e digna se torne uma realidade”.¹⁶

A advocacia é uma ferramenta em uso crescente na saúde pública para a consecução ou defesa de mudanças políticas, institucionais e comportamentais baseadas em provas científicas.¹⁷ No intuito de atingir as metas estabelecidas, a iniciativa CARMEN advoga pela prevenção sustentável e eficaz das DNT nas Américas.

Mobilização de Recursos

A situação econômica mundial e nacional demanda processos eficientes de alocação de recursos e controle de despesas. Portanto, uma mobilização estratégica de recursos para a prevenção de DNT requer estruturas operacionais e conceituais definitivas, conhecimento técnico e apoio adequado, bem como ferramentas de avaliação para garantir sua continuidade e satisfazer as exigências dos patrocinadores.

A Rede CARMEN, apoiada pela OPAS, fomenta o desenvolvimento de habilidades técnicas para preencher esses requisitos. A OPAS encontra-se em uma posição privilegiada para dar suporte aos países participantes dado o seu histórico de facilitadora de cooperação técnica com acesso a uma gama de patrocinadores, países, agências e organizações não-governamentais.

“O objetivo principal de uma avaliação é o de influenciar decisões. O grau de complexidade e de precisão da avaliação tem relação intrínseca com o responsável pelo processo decisório e os tipos de decisões que serão tomadas em função dos resultados obtidos.”

**Habicht, JP, Victora CG
and Vaughan JP.**

***Evaluation Designs for Adequacy,
Plausibility and Probability of Public Health
Program Performance and Impact.
International Journal of
Epidemiology.1999;28:10-18.***

Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a avaliação deveriam ser componentes complementares em um sistema abrangente. Monitoramento é definido como “uma atividade contínua de gerenciamento interno cuja finalidade é fazer com que o programa consiga atingir os objetivos estabelecidos dentro de um limite prescrito de tempo e recursos.”¹⁸ Define-se avaliação como “uma atividade de gerenciamento interno ou externo para determinar a adequação do desenho e dos métodos de implementação de um programa visando a consecução de objetivos específicos e de objetivos gerais de desenvolvimento; bem como analisar os resultados (esperados ou não) de um programa e os fatores que influenciam o nível e a distribuição dos benefícios produzidos”.¹⁸

Sistemas de monitoramento e avaliação eficientes e fidedignos são de vital importância para os processos de mudança. A fim de retroalimentar o sistema para o aperfeiçoamento contínuo dos programas, a Rede CARMEN promove avaliação e monitoramento regular dos programas e iniciativas.

Pesquisa

Com base nas experiências de prevenção de DNT descritas anteriormente, é incontestável a necessidade de se apoiar iniciativas de pesquisa, sobretudo nos países em desenvolvimento, para obtenção de provas mais sólidas sobre a aceitabilidade e efetividade de programas de prevenção integrada de DNT ou de seus componentes. A Rede CARMEN apóia projetos de pesquisa para prevenção integrada de DNT nas Américas e se propõe a continuar divulgando os resultados.

As parcerias firmadas com os centros acadêmicos colaboradores da Iniciativa CARMEN dão o suporte técnico necessário para o desenvolvimento de pesquisa, em particular a translacional, que coloca a ciência em prática. O intercâmbio de recursos, experiências e conhecimento é uma ação intrínseca da Rede CARMEN e configura uma ferramenta poderosa para melhorar a capacidade de pesquisa entre os países.

Capacitação

Há uma necessidade manifesta de se reunir diversas categorias de profissionais para apoiar a implementação da prevenção integrada de DNT nas Américas. Isso só pode ser alcançado com um programa acessível e bem projetado de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, o qual formará profissionais de saúde habilitados e capazes de desenvolver e fornecer tratamento preventivo eficaz para as DNT. O processo de capacitação deve incluir componentes gerais, bem como a discussão de teorias relevantes, estruturas internacionais, novas práticas tecnológicas, exemplos de vários programas e capacitação específica consoante as necessidades do programa. Além disso, é necessário capacitar grupos organizados da comunidade em questões que tratam do levantamento de recursos financeiros, gerenciamento de projetos e prevenção de DNT. A Rede CARMEN desempenhará um papel importante na identificação da necessidade de capacitação, com o auxílio das habilidades e recursos técnicos de seus membros.

Ferramentas

Para apoiar a implementação de iniciativas de prevenção de DNT nos países, a iniciativa CARMEN definiu duas ferramentas técnicas principais:

- Diretrizes técnicas; e
- O Portfólio de Projetos Especiais da Iniciativa CARMEN.

Diretrizes Técnicas

As diretrizes técnicas empenham esforços para proporcionar orientação simples e clara, com base em provas científicas, sobre a implementação de atividades de prevenção das DNT. Elas fornecem a base para educação profissional, utilização dos serviços de saúde, participação comunitária, aperfeiçoamento da vigilância dos fatores de risco, e inúmeras outras questões de importância para a Iniciativa CARMEN. As diretrizes de desenvolvimento, no entanto, não são suficientes. Elas devem ser divulgadas e incorporadas por profissionais da saúde e outros profissionais afins, bem como implementadas de acordo com os aspectos culturais distintos de uma dada comunidade. A adoção das diretrizes técnicas da Iniciativa CARMEN pelos membros participantes pode facilitar, também, a cooperação técnica entre os países, permitindo comparações entre os resultados obtidos na saúde. A Rede CARMEN pode auxiliar no processo de desenvolvimento mediante o fomento à permuta de definições e defendendo a utilização de métodos similares de implementações e avaliação.

O Portfólio de Projetos de Cooperação Técnica da Iniciativa CARMEN

Vários projetos inovadores para a prevenção e o controle de DNT, que fazem parte de um portfólio bem-documentado, foram elaborados e implementados pela Iniciativa CARMEN. Esses projetos são financiados pela OPAS em conjunto com os países participantes e patrocinadores internacionais

O portfólio abrange inúmeras áreas de interesse e abre espaço para temas novos e inovadores. Essa ferramenta estratégica e dinâmica procura munir as Redes CARMEN de todo o apoio necessário para o desenvolvimento e a implementação de iniciativas específicas de prevenção de DNT ou a realização de ações suplementares ou complementares que buscam identificar os elementos que determinam a sua efetividade.

Conclusão

Por meio de intervenção integrada no âmbito da comunidade e de formação de redes, a Iniciativa CARMEN esperar obter um impacto significativo sobre a epidemia de DNT nas Américas. Os princípios da iniciativa, que são baseados em pesquisas, estão fundados no compromisso de tratar, simultaneamente, os fatores de risco comuns a várias doenças não-transmissíveis e introduzir medidas preventivas voltadas à promoção de mudanças individuais e populacionais.

A Iniciativa CARMEN centraliza suas ações nas necessidades e demandas dos países e proporciona apoio técnico efetivo para suprir essas carências. Ao participar de projetos estratégicos e da Rede CARMEN, as comunidades e os países têm acesso imediato a ferramentas inovadoras de desenho, implementação e avaliação, além de partilhar ações que obtiveram êxito para auxiliar no aperfeiçoamento de outros programas. A Rede CARMEN constitui uma verdadeira arena em que os princípios norteadores, as inovações e os planos estratégicos são criados, além de representar um espaço no qual a prevenção das DNT pode ser fortalecida.



Resumos Bibliográficos

Community-Based Intervention Research: Coping with the "Noise" of Real Life in Study Design (Pesquisa sobre Intervenção Comunitária: Lidando com o "Ruído" da Vida Real no Desenho do Estudo)

Hohmann AA, Shear MK

Am J Psychiatry 2002 Feb;159(2):201-7

A finalidade da pesquisa sobre intervenção clínica é encontrar uma forma de melhorar a assistência e a qualidade de vida dos indivíduos que apresentam sintomas psíquicos específicos, doenças e/ou incapacidades. Este artigo, dirigido a pesquisadores clínicos, levanta uma série de questões a serem consideradas e indica medidas que devem ser adotadas ao se fazer a transição para um estudo, no nível comunitário, concebido em função das necessidades da saúde pública.

Os ensaios clínicos randomizados convencionais, de base acadêmica, testam uma intervenção controlada por placebo ou uma conduta terapêutica alternativa, centrada em um resultado único e específico. Os ensaios que envolvem intervenção comunitária também testam uma conduta terapêutica, mas dentro do contexto ambiental da comunidade.

A fim de que esses ensaios proporcionem informação significativa para a prática clínica na comunidade, eles devem incluir vários fatores que são controlados ou desconsiderados nos ensaios clínicos tradicionais. Além disso, os investigadores precisam: a) estabelecer objetivos claros para as intervenções comunitárias; b) especificar as normas sociais e culturais e as expectativas e conflitos da comunidade e do local; c) trabalhar em cooperação com especialistas para o planejamento qualitativo e quantitativo.

Community-Based Noncommunicable Disease Interventions: Lessons from Developed Countries for Developing Ones (Intervenções Comunitárias nas Doenças Não-Transmissíveis: Lições dos Países Desenvolvidos para as Nações em Desenvolvimento)

Nissinen A, Berrios X, Puska P

Bull World Health Organ 2001;79(10):963-70

Os programas comunitários de prevenção e controle de doenças cardiovasculares (DCV) surgiram na Europa e nos Estados Unidos no começo da década de 1970. Na Finlândia, a alta taxa de mortalidade por DCV levou à implementação do Projeto da Carélia do Norte. Desde então, já foi acumulada uma vasta literatura científica que expõe resultados e discute experiências. Os resultados indicam que os programas de saúde cardíaca apresentam um alto grau de generalização, possuem boa relação custo-eficácia e podem influenciar a política de saúde.

Na década de 1980, o enfoque dos programas de saúde cardíaca foi ampliado para atender as doenças não-transmissíveis (DNT), principalmente em virtude dos fatores de risco comuns a essas doenças. Hoje a atenção se voltou para o fomento desse modelo nos países em desenvolvimento, onde a prevalência de DNT está em ascensão.

A teoria e a prática demonstram que os programas comunitários de DNT devem ser planejados, executados e avaliados, segundo princípios e regras claras, além de colaborar com todos os setores da comunidade e manter contato contínuo com as autoridades nacionais. Em face da carga de doenças que representam e da globalização, há uma grande necessidade de colaboração internacional. As redes práticas, i.e. que possuem diretrizes comuns e estrutura flexível e de fácil adaptação a culturas locais, demonstraram ser bastante úteis.

Systematic Review of Randomized Controlled Trials of Multiple-Risk Factor Interventions for Preventing Coronary Heart Disease (Revisão Sistemática de Ensaios Clínicos Randomizados de Intervenções em Fator de Risco Múltiplo para a Prevenção de Doença Cardíaca Coronariana)

Ebrahim S, Smith GD

BMJ 1997 Jun 7; 314(7095): 1666-74

Objetivo: Avaliar a eficácia da intervenção em fator de risco múltiplo para minimizar os fatores de risco cardiovasculares, a mortalidade total e a mortalidade por doença arterial coronariana em adultos.

Desenho - Revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados em grupos de trabalhadores e nos serviços básicos de saúde, em que os sujeitos foram alocados aleatoriamente em mais de uma dentre seis intervenções (abandono do fumo, exercícios físicos, orientação alimentar, controle de peso, medicação anti-hipertensiva, e medicamentos para reduzir o colesterol), além de seguimento por, no mínimo, seis meses.

Sujeitos - Adultos na faixa de 17 a 73 anos. Foram incluídos na pesquisa nove ensaios envolvendo 903000 pessoas-ano de seguimento que resultaram em eventos clínicos, e cinco ensaios envolvendo 303000 pessoas-ano que apresentaram apenas fatores de risco.

Principais medidas de resultado - Alterações na pressão arterial sistólica e diastólica, nas taxas de tabagismo, nas concentrações de colesterol, na mortalidade total e na mortalidade por doença arterial coronariana. **RESULTADOS:** as reduções líquidas foram de, respectivamente, 4,2 mmHg (0,19 mmHg) e 2,7 mmHg (0,09 mmHg) na pressão arterial sistólica e diastólica; 4,2% (0,3%) na prevalência do tabagismo e 0,14 mmol/l (0,01 mmol/l) no nível de colesterol. Nas nove experiências que resultaram em eventos clínicos finais foi determinada uma razão de produtos quadrados (odds ratio) de 0,97 (intervalo de confiança a 95% variando de 0,92 a 1,02) para mortalidade total e de 0,96 (variando de 0,88 a 1,04) para presença de doença arterial coronariana. A heterogeneidade estatística entre os estudos, no que concerne às variáveis de mortalidade e fatores de risco, foi devida ao fato do ensaio estar centrado em participantes hipertensos e em indivíduos submetidos a tratamentos com quantidade considerável de medicamentos, sendo que apenas esses ensaios apresentaram reduções significativas na mortalidade.

Conclusões - Os efeitos comuns de intervenções sobre múltiplos fatores de risco foram insignificantes em termos de mortalidade. Pode ter havido uma pequena perda, potencialmente importante, do benefício do tratamento (cerca de 10% de redução na mortalidade). As mudanças nos fatores de risco, que foram mínimas, atribuíram-se ao volume de tratamento farmacológico utilizado e, em alguns casos, podem ter sido superestimadas em virtude da regressão da média, da falta de interesse para tratar das análises, hábito de medir a pressão arterial e o uso de relatos pessoais sobre tabagismo. As intervenções realizadas com orientação educacional individual ou familiar e educação em saúde, com ou sem tratamento farmacológico, parecem ser mais eficazes na redução de fatores de risco e, por conseguinte, na queda da mortalidade em populações hipertensas de alto risco. Há evidências de que tais intervenções, implementadas por meio de métodos padronizados de educação em saúde, são de uso limitado na população geral. A proteção à saúde por meios fiscais ou legislativos pode produzir melhores resultados.

Community Intervention Programs to Prevent Cardiovascular Disease— A Systematic Review of the Literature (Programas de Intervenção Comunitária na Prevenção de Doenças Cardiovasculares: Análise Sistemática da Literatura (1997))

Lundvall O, Asplund K, Cohen D, Emmelin M, Eriksson C, Janlert U, Jonsson E, Klepp K-I, Lindholm L, Marshall D, Råstam L, Weinehall L, Werkö L.
SBU (The Swedish Council on Technology Assessment in Health care). Stockholm; 1997
(SBU report No. 134)

Objetivo: A finalidade da investigação é: examinar, compilar e avaliar de forma sistemática os programas de intervenção comunitária voltados à prevenção de doenças cardiovasculares; descrever e analisar as tendências para ocorrência e progressão de doenças cardiovasculares na Suécia; desenvolver recomendações de programas de intervenção, no nível da comunidade, voltadas a tomadores de decisão e profissionais que atuam na saúde pública.

Métodos - Revisão sistemática da literatura e avaliação do custo.

Coleta de dados primários – Entrevista, mediante utilização de questionário, com especialistas na área de prevenção de doenças cardiovasculares para identificar programas de prevenção que satisfazem o critério de inclusão. Relatórios obtidos diretamente de representantes de projetos e a partir de consultas on-line da literatura.

Análise dos relatórios: Avaliação interna efetuada pelo grupo do projeto, pelo Conselho do SBU e pelo Grupo de Peritos do SBU. Avaliação externa complementar realizada por especialistas da área.

Crítérios de inclusão – Os critérios de inclusão foram: a) o programa deve cobrir toda a população dentro de uma área geográfica definida; b) o programa deve visar fatores de riscos múltiplos; c) o programa deve seguir um método controlado, i.e., deve-se incluir um grupo de controle e apenas publicar os resultados (descritos como

modificações nos fatores de risco cardiovasculares ou alterações nas doenças cardiovasculares). Alguns projetos que não preencheram os requisitos acima foram examinados de maneira superficial.

Conclusões e recomendações - Oito projetos que satisfazem os critérios acima descritos foram analisados. Constatou-se a redução dos fatores de risco cardiovasculares em vários desses projetos. No entanto, não se observou uma diminuição significativamente maior no grupo de intervenção em comparação ao de controle. Analogamente, a morbidade e a mortalidade não apresentaram reduções maiores nos grupos de intervenção em relação ao grupo de controle. Por isso, não há qualquer evidência científica que apóie o lançamento de novos projetos, em grande escala, similares aos estudados. Alguns programas que não preencheram os requisitos de inclusão são mencionados sucintamente. Vários desses programas relataram uma diminuição nos níveis dos fatores de risco, mas não dispõem de grupos de controle adequados. Nos ensaios randomizados que abordaram fatores de risco em indivíduos de alto risco, os resultados descritos relativamente aos grupos de intervenção não foram, em geral, superiores aos dos grupos de controle. Entretanto, é evidente que fatores de risco como tabagismo, pressão alta, alimentação inadequada, vida sedentária e fatores sociais têm uma influência marcante na incidência de infarto do miocárdio e de acidente vascular cerebral. Essas doenças podem, até certo ponto, ser prevenidas se os fatores de risco forem eliminados. Há uma necessidade premente de se desenvolver novas metodologias na área. A experiência ensina que projetos locais, de menor porte, podem oferecer uma base melhor para estudos sobre a forma mais eficaz de se prevenir doenças cardiovasculares na população. Inúmeros projetos voltados à prevenção de doenças cardiovasculares estão em andamento na Suécia. O conhecimento científico deve ser fortalecido para que os resultados de intervenções preventivas possam ser mais bem avaliados.

Synthesis of Findings and Issues from Community Prevention Trials | Síntese de Resultados e Questões Abordadas em Ensaios sobre Prevenção Comunitária

Schooler C, Farquhar J, Fortman S, and Flora J
Annals of Epidemiology 1997; S54-S68.

Objetivo: Discutir as experiências adquiridas em ensaios sobre prevenção comunitária, realizados em um período de três décadas, a fim de proporcionar orientações para as futuras ações de promoção da saúde.

Métodos – Foram apresentados os fundamentos e as características de ensaios sobre prevenção comunitária para redução de doenças cardiovasculares (DCV). Analisaram-se publicações que tratam dos principais efeitos e estudos que compõem esses ensaios.

Resultados – Todos os ensaios de prevenção comunitária antigos, e a maioria dos mais recentes, os quais foram realizados em populações diversas, apresentaram efeitos na população como um todo, no que diz respeito aos principais fatores de risco para DCV, sobretudo nos níveis de pressão arterial e prevalência do tabagismo. Além disso, estudos de subgrupos (e.g. escolas, locais de trabalho, eventos) demonstraram a eficácia de várias estratégias de redução de risco. Com base nos resultados, pode-se afirmar que existe uma relação dose-resposta evidente em razão dos efeitos mais contundentes nos lugares onde se conseguiu uma exposição adequada à intervenção.

Conclusões - Embora haja muito a ser testado na teoria e na prática, os dados indicam que os esforços comunitários voltados à redução do risco de DCV podem influenciar os comportamentos. É preciso realizar pesquisas complementares para aumentar o entendimento sobre a combinação ótima e a sucessão dos componentes desses programas. Além disso, esse estudo revela a importância de se incorporar estratégias para influenciar mudanças ambientais. Recomenda-se, em termos prospectivos, incluir pesquisas relacionadas a métodos de avaliação e transferência simultânea de tecnologia, na esfera internacional, das inúmeras experiências adquiridas e princípios amplamente aceitos para a prática de intervenções comunitárias.

Understanding the Variability in the Effectiveness of Community Heart-Health Programs: A Meta-Analysis (Entendendo a Variabilidade na Eficácia de Programas Comunitários de Saúde Cardíaca: Meta-análise)

Sellers DE, Crawford SL, Bullock K, McKinlay JB
Soc.Sci. Med Vol. 44. No.9, pp.1325-1339, 1997

Nos últimos 25 anos, intervenções comunitárias para reduzir as doenças cardiovasculares (DCV), apresentando resultados bastante variados. O presente estudo recorre à meta-análise para avaliar se a variação na efetividade dos resultados observados em programas comunitários de saúde cardíaca (PCSC) está relacionada com as características do programa de intervenção, a população em estudo ou com os métodos de avaliação.

Um PCSC é definido como sendo qualquer tipo de programa de prevenção primária que busca reduzir a carga populacional de DCV mediante uma mudança geral na distribuição de fatores de risco em uma população. Para ser incluído em uma meta-análise, um estudo precisa: ter feito uso de um grupo de referência na avaliação; ter utilizado plano de medição transversal repetida e independente; apresentar em seus resultados informações suficientes sobre, no mínimo, um dos quatro principais fatores de risco, i.e., tabagismo, colesterol total, pressão arterial e peso corporal.

Os resultados desses estudos são resumidos pela fórmula $(Y_i1 - Y_i2) - (Y_r1 - Y_r2) / S_r1$ da medida do efeito, onde Y = representa a medida do resultado, S = o desvio padrão da medida do resultado, 1 = a linha basal, 2 = o seguimento, i = a intervenção e r = o grupo de referência. Esta medida, que indica uma mudança líquida no grupo de intervenção em termos da variabilidade no grupo de referência antes do início da intervenção, torna possível a comparação de diferentes medidas de resultados e facilita a agregação dos efeitos observados entre os estudos.

Utilizou-se a técnica de regressão generalizada de quadrados mínimos, que permite a incorporação dos efeitos de medidas múltiplas e independentes a partir de um único estudo, para avaliar a repercussão das características da intervenção (estratégia de prevenção, tipo de meio de comunicação, organização comunitária e mudança ambiental), a população (contexto, sexo, ano da medida de seguimento), bem como o plano de avaliação e a implementação (número de comunidades, combinação de comunidades, tempo de seguimento, taxa de resposta e ajuste de covariância na análise) sobre os tamanhos do efeito. Os resultados dessa análise sugerem que as características do método de avaliação são responsáveis pela maior parte da heterogeneidade no desfecho dos programas comunitários de saúde cardíaca, embora algumas das características da intervenção também influenciem.

Realistic Outcomes: Lessons from Community-Based Research and Demonstration Programs for the Prevention of Cardiovascular Diseases **[Resultados Práticos: Lições de Pesquisas e Programas de Demonstração para a Prevenção de Doenças Cardiovasculares na Esfera Comunitária]**

Mittelmark MB, Hunt MK, Heath GW, Schmid TL.
J Public Health Policy 1993 Winter;14(4):437-62

Os departamentos de saúde pública em todo o país estão implementando programas comunitários de prevenção de doenças cardiovasculares (DCV). Grande parte desses programas está buscando orientação em três projetos de pesquisa e de demonstração: o Projeto de Cinco Cidades de Stanford, o Programa de Saúde Cardíaca de Pawtucket e o Programa de Saúde Cardíaca de Minnesota. Este artigo resume algumas das experiências obtidas com esses projetos e recomenda estratégias para os novos programas de prevenção de DCV.

O cerne de um programa bem-sucedido está no processo de organização da comunidade. Isso implica identificar e efetivamente aproveitar os principais líderes comunitários, estimular os cidadãos e as organizações a prestarem apoio voluntário e oferecer recursos para a prevenção de DCV, além de promover a prevenção como um tema comunitário.

Existe uma vasta gama de ambientes de intervenção para promover a saúde. Assim como os locais de trabalho, as igrejas são ambientes receptivos a programas de promoção da saúde e possibilitam o acesso a um grande número de pessoas. Os meios de comunicação de massa são eficazes quando utilizados em conjunto com mensagens complementares divulgadas por meio de outros canais, como programas em escolas, programas de alfabetização de adultos e de auto-ajuda.

Os profissionais de saúde, que atuam nas comunidades, desempenham uma função essencial no processo de aprovação do programa e no estímulo à participação de outros líderes comunitários. Os programas nas escolas desenvolvem mudanças comportamentais de longo prazo e ultrapassam o ambiente escolar para envolver ativamente as famílias. Os concursos inovadores de promoção da saúde têm boa repercussão e favorecem a participação em outras intervenções comunitárias.

No campo da avaliação, os índices de participação em programas de saúde são medidas primárias de resultado apropriadas à maioria dos programas comunitários de prevenção. Outra prioridade na avaliação dos programas diz respeito à análise da comunidade e à avaliação formativa, que proporcionam dados para a consecução de intervenções harmônicas e para a definição das necessidades e preferências da comunidade.

Ainda não é o momento de se tirar conclusões acerca da eficácia dos programas comunitários de prevenção de DCV para a redução dos níveis de fatores de risco populacionais. No entanto, observou-se que uma ampla gama de estratégias intervencionistas pode levar a uma mudança favorável nas condutas de saúde de grupos específicos como o de trabalhadores e de crianças do ensino fundamental.

Referências Bibliográficas

- ¹ World Health Organization. Facts About NCD. <http://www.who.int/hpr/ncd.facts.shtml> (31 March 2003).
- ² World Health Organization. The World Health Report. Geneva: WHO; 2002.
- ³ Escobar MC et al. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México* 2000; 42:56-64.
- ⁴ Pan American Health Organization. Health in the Americas. Washington, DC: PAHO; 2002.
- ⁵ Pan American Health Organization. Public Health Response to Chronic Non-Communicable Diseases. 26th Pan American Sanitary Conference, 54th Session of the Regional Committee. Doc. CSP26/15. Washington, DC: PAHO; 2002.
- ⁶ Alleyne GA, Lenfant C. The Pan American Hypertension Initiative (PAHI) [WHL Newsletter]. 1999; 68:2.
- ⁷ Pan American Health Organization. Principles and Basic Concepts of Equity and Health. Washington, DC: PAHO; 1999.
- ⁸ Puska, P. Tuomilehto J, Nissinen A and Vartiainen, E. The North Karelia Project: 20-year results and experiences. Helsinki: Helsinki University Printing House; 1995.
- ⁹ Puska, P. and Uutela A. Community Intervention in Cardiovascular Health Promotion: North Karelia, 1972-1999. In: Ed. Scheiderman, N, Speers, MA, Silva, JM, Tomes, H and Gentry JH. Integrated Behavioral and Social Sciences with Public Health. Washington, DC: American Psychological Association; 2001.
- ¹⁰ WHO Regional Office for Europe. Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (CINDI) Programme: Protocol and Guidelines. Copenhagen: WHO; 1996.
- ¹¹ WHO Regional Office for Europe. Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (CINDI) Programme: Bridging the health gap in Europe: a focus on noncommunicable disease prevention and control, The CINDI-EUROHEALTH Action Plan. Copenhagen: WHO; 1995.
- ¹² WHO Regional Office for Europe. Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention (CINDI) Programme: Positioning CINDI to meet the challenges, a WHO/CINDI Framework for Noncommunicable Disease Prevention. Copenhagen: WHO; 1992.
- ¹³ Luft HS. Poverty and health: Economic causes and consequences of health problems. Cambridge, MA: Ballinger Pub. Co.; 1978.
- ¹⁴ Wismar M. and Busse R. Outcome-related health targets-political strategies for better health outcomes: A conceptual and comparative study (part 2). *Health Policy* 2002; 59(3): 223-241.
- ¹⁵ Butterfoss FD et al. Immunization coalitions that work: training for public health professionals. *J Public Health Manag Pract.* 1998; 4 (6): 78-87.
- ¹⁶ Cohen D, De la Vega R, Weston, G. Advocacy for Social Justice: A Global Action and Reflection Guide. Advocacy Institute & Oxfam America. Bloomfield: Kumarian Press; 2001.

¹⁷ Chapman, S. Advocacy in public health: roles and challenges. *Int. J. Epidemiol.* December 1, 2001; 30 (6):1226-32.

¹⁸ Valadez J, Bamberger M. *Monitoring and Evaluating Social Programs in Developing Countries: A handbook for policymakers, managers, and researchers.* Washington, DC: World Bank; 1994.

