










Estratégia Regional e
Plano de Ação para

Um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle de Doenças Crônicas

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Sanitário Pan-Americano da
Organização Mundial da Saúde



Estratégia Regional e
Plano de Ação para

Um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle de Doenças Crônicas

Organização Pan-Americana da Saúde

Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

Também publicado em espanhol (2007) com o título:
Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud.

ISBN 978 92 7 532826 2

Também publicado em francês (2007) com o título:
Stratégie régionale et plan d'action pour une approche intégrée de la prévention des maladies chroniques et de la lutte contre celles-ci, y compris l'alimentation, l'activité physique et la santé.

ISBN 978 92 7 522826 0

Também publicado em inglês (2007) com o título:
Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity, and health.

ISBN 978-92-7-512826-8

Biblioteca Sede OPAS – Catalogação-na-fonte

Organização Pan-Americana da Saúde
Estratégia e plano de ação regional para um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive regime alimentar, atividade física e saúde.

Washington, D.C: OPAS, © 2007

ISBN 978-92-7-572826-0

I. Título
1. DOENÇA CRÔNICA – prevenção e controle
2. PREVENÇÃO DE DOENÇAS
3. DIETOTERAPIA
4. EXERCÍCIO
5. ESTRATÉGIAS REGIONAIS

NLM WT 500

A Organização Pan-Americana da Saúde irá considerar de modo muito favorável as solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir, integralmente ou em parte, esta publicação. As solicitações deverão ser encaminhadas à Unidade das Doenças Crônicas, Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, DC, EUA o qual comprazerá que forneça a última informação sobre qualquer troca disponibilizada ao texto, planos para novas edições e reimpressões e traduções já disponíveis

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2007

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde estão protegidas pelos dispositivos previstos sobre reprodução de originais de acordo com o Protocolo 2 da Convenção Universal sobre Direitos Autorais. Reservados todos os direitos.

As denominações usadas nesta publicação e o modo de apresentação dos dados não fazem pressupor, por parte da Secretaria da Organização Pan-Americana da Saúde, juízo algum sobre a consideração jurídica de nenhum dos países, territórios, cidades ou áreas citados ou de suas autoridades, nem a respeito da delimitação de suas fronteiras.

A menção de determinadas sociedades comerciais ou nome comercial de certos produtos não implica a aprovação ou recomendação por parte da Organização Pan-Americana da Saúde com preferência a outros análogos. Com excepção de erros ou omissões, uma letra maiúscula inicial indica que se trata de um produto de marca registrado.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi responsável pela tradução, impressão e distribuição deste livro. Esta publicação pode ser solicitada a: cronic@paho.org

ÍNDICE

Resumo 1

Introdução 2

Processo 2

Fundamentos 3

Análise da Situação 3

Prevenção Eficaz em Função do Custo e Práticas de Gestão 6

Princípios Orientadores 7

Esquema de Ação 8

Abordagens Estratégicas 9

Defender mudanças nas políticas e formulação de políticas públicas eficazes 9

Formar capacidade para ações comunitárias. 10

Fortalecer serviços de saúde para a prevenção integrada e gestão de doenças crônicas 10

Reforçar as competências da força de trabalho da saúde para prevenção e gestão de doenças crônicas 10

Criar parcerias e redes multissetoriais e redes para doenças crônicas 11

Formar capacidade para geração de informação sobre doenças crônicas e gestão do conhecimento 11

Plano de Ação 11

Linhas de Ação 11

Política Pública e Defesa de Causas 11

Vigilância 12

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças 12

Gestão Integrada de Doenças Crônicas e Fatores de Risco 13

Anexo 1: Plano de Ação para Prevenção e Controle Integrado de Doenças Crônicas e Fatores de Risco 15

Anexo 2: Resolução CE138.R1 37

Agradecimentos 39

Referências. 43



Resumo: Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado para a Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, incluindo Dieta, Atividade Física e Saúde

Em 2002, a 26ª Conferência Sanitária Pan–Americana reconheceu as doenças crônicas não transmissíveis como a maior causa de mortes prematuras e morbidade na América Latina e Caribe (ALC) e adotou a Resolução CSP26.R15, que estimulava uma cooperação técnica abrangente e coordenada pela OPAS.

Em resposta a essa resolução e reconhecendo a necessidade de uma estratégia interprogramática atualizada para as doenças crônicas, a OPAS formulou uma Estratégia Regional e um Plano de Ação. Assinala que as doenças crônicas são devastadoras para indivíduos, famílias e comunidades, particularmente as populações pobres; e são uma ameaça crescente ao desenvolvimento econômico. Nas próximas duas décadas na ALC, estima–se que haverá quase o triplo da incidência de doença isquêmica do coração e acidente cerebrovascular. Ademais, as populações vulneráveis como os pobres têm maior probabilidade de desenvolver doenças crônicas e as famílias de baixa renda, de serem afetadas por elas. Os custos sociais associados com as doenças crônicas são enormes. Por exemplo, o custo anual total associado com o diabetes foi estimado em US$ 65 bilhões na ALC em 2000.

Essa Estratégia Regional tem quatro linhas de ação que reconhecem que as doenças crônicas precisam ser priorizadas nas agendas política e da saúde pública; identificam a vigilância como componente essencial, reconhecem que os sistemas de saúde devem ser reorientados para responder às necessidades das pessoas com doenças crônicas; e assinalam o papel essencial da promoção da saúde e da prevenção de doenças. As quatro linhas de ação são vitalmente interdependentes, visto que uma sem a outra deixa brechas enormes no alcance a todos os setores da população e na consecução do objetivo da Estratégia Regional de prevenir e reduzir a carga de doenças crônicas e fatores de risco comuns nas Américas.

Os países estão agora em uma conjuntura crítica. A evidência é clara e chegou a hora de uma ação abrangente e integrada para reverter essa epidemia mortal.

Solicita–se que o Conselho Diretor considere a resolução anexa, proposta pelo Comitê Executivo.

Introdução

As doenças crônicas não receberam a atenção prioritária nas políticas e programas da saúde pública correspondente à carga de morbidade nessa Região. Existem evidências claras e intervenções eficazes em função do custo disponíveis para evitar mortes prematuras decorrentes de doenças crônicas; é hora de agir para prevenir perdas adicionais de milhões de vidas e danos às economias (1).

Cada país, independentemente da situação econômica, pode fazer melhoras significativas na prevenção e controle de doenças crônicas. As principais causas das doenças crônicas são conhecidas e, se esses fatores de risco forem eliminados, pelo menos 80% de todas as doenças cardíacas, acidente cerebrovascular e diabetes tipo 2 seriam prevenidos e mais de 40% dos casos de câncer seriam prevenidos (1). Essa Estratégia Regional visa a prevenir e reduzir a carga de doenças crônicas e seus fatores de risco comuns nas Américas. Defende uma ação urgente e orientar a cooperação técnica da OPAS sobre doenças crônicas e guiar os Estados Membros no desenvolvimento ou fortalecimento de planos e programas nacionais de doenças crônicas.

As abordagens estratégicas e linhas de ação identificadas nessa Estratégia Regional são coerentes com as da Resolução CSP26/15, aprovada pela Conferência Sanitária Pan-Americana em 2002. Essa proposta incorpora também temas da Estratégia Global sobre alimentação saudável, Atividade Física e Saúde, que focaliza os dois principais fatores de risco das doenças crônicas. Para abordar a epidemia de doenças crônicas na Região, é preciso uma estratégia de longo prazo que integre a atual prática com novas direções e abordagens.

Processo

No passado, os maiores desafios na prestação de cooperação técnica para prevenção e controle de doenças crônicas da OPAS foram o desenvolvimento de uma abordagem intersetorial e a integração de atividades por todas os escritórios técnicos relevantes da OPAS, junto com a maximização de parcerias externas para o uso eficiente dos escassos recursos disponíveis na Região. Por esses motivos, o processo de formulação da Estratégia Regional foi participativo e includente, envolvendo todas as unidades técnicas afins e representações da OPAS e buscando insumos de uma ampla gama de partes interessadas externas, incluindo representantes de ministérios da saúde, organizações não–governamentais (ONG), universidades, associações profissionais e governos locais. Foram realizadas consultas nacionais e sub–regionais, recebendo–se contribuições de mais de 190 participantes de 26 países da Região.

Fundamentos

É necessária uma estratégia para abordar o fato de que a prevalência de todas as principais doenças crônicas está aumentando na maioria dos países em desenvolvimento, e a previsão é de que irão aumentar substancialmente nas próximas duas décadas (2). A Região das Américas possui uma das taxas mais altas de mortalidade de diabetes melito de todas as regiões da OMS (3). Além disso, há grandes desigualdades socioeconômicas na Região, resultando numa carga maior de doenças crônicas e mortalidade entre os pobres levando–os a um ciclo de privação e doença (4). Essa Região é caracterizada por sistemas de saúde bem–estabelecidos e progressos na assistência primária à saúde que podem ser melhor orientados para abordar as doenças crônicas. Por esses motivos, propõe–se uma Estratégia Regional que seja apropriada às circunstâncias culturais e socioeconômicas das Américas e incorpore abordagens e ações estratégicas adequadas a essa Região.

Além disso, reconhece-se que a colaboração intersetorial fora do setor da saúde é necessária para se atingir um impacto importante sobre as doenças crônicas. A pobreza, condições ambientais insalubres e baixa escolaridade são fatores que contribuem para a ocorrência de doenças crônicas e são influenciados pela situação geográfica e econômica. Ademais, fatores de risco de doenças crônicas como alimentação não saudável e inatividade física são afetados por setores como agricultura, transporte e comércio. Portanto, é preciso uma Estratégia Regional que aborde essa necessidade de ações abrangentes e integradas com setores fora do setor tradicional da saúde.

Análise da Situação

A epidemia de doenças crônicas ameaça o desenvolvimento econômico e social, bem como a vida e a saúde de milhões de pessoas. Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas em todo o mundo morreram de doenças crônicas; é o dobro do número de mortes por doenças infecciosas (incluindo HIV/AIDS, malária e tuberculose), condições maternas e perinatais e deficiências nutricionais combinadas (1). Embora se espere que as mortes por doenças infecciosas, condições perinatais e deficiências nutricionais diminuiram 3% nos próximos dez anos, projeta–se que as mortes por doenças crônicas aumentarão 17% até 2015 (1).

Na ALC, as doenças crônicas são agora a causa principal da mortalidade e incapacidade prematura na grande maioria dos países. Em 2002, somaram 44% das mortes entre homens e mulheres abaixo dos setenta anos e foram responsáveis por duas em cada três mortes na população total (5). As doenças crônicas contribuíram para quase 50% dos anos de vida ajustados por incapacidade perdidos na Região (5). A carga de doenças crônicas pode até ser maior

do que essas estatísticas indicam, devido à grande proporção de subnotificação nos dados de mortalidade na Região. As doenças crônicas mais comuns e de maior importância para a saúde pública da Região são: doenças cardiovasculares (incluindo hipertensão), câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes.

Na primeira década do século 21, prevê-se que as doenças cardiovasculares provoquem cerca de 20,7 milhões de mortes na Região (4). Em 2005, na ALC, 31% de todas as mortes foram atribuídas a doenças cardiovasculares (4). As previsões para as próximas duas décadas incluem quase o triplo da mortalidade por doença isquêmica do coração e acidente cerebrovascular na América Latina (2).

A hipertensão, um dos fatores de risco mais importantes para doenças cardíacas, afeta entre 8% e 30% da população da região (4). O México, um dos poucos países que realizou mais de um levantamento sobre os fatores de risco de doenças crônicas, descobriu que a prevalência de hipertensão aumentou de 26% em 1993 para 30% em 2000 (6).

O câncer representou em 2002, 20% da mortalidade por doenças crônicas estima–se que houve 459.000 mortes (7). Isso representa um aumento de 33% desde 1990 na Região. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que até 2020 haverá 833.800 mortes devidas ao câncer na ALC (7).

Trinta e cinco milhões de pessoas na Região são atualmente afetadas pelo diabetes e a OMS prevê um aumento para 64 milhões até 2025 (8). Estima–se que em 2003 o diabetes estava relacionado com cerca de 300.000 mortes na América Latina e no Caribe, embora as estatísticas oficiais vinculem somente 70.000 mortes à doença anualmente. Além disso, os custos sociais do diabetes foram estimados em US$ 65 bilhões em 2000 (8).

A “transição nutricional” na nossa Região é caracterizada por um baixo consumo de frutas, vegetais, grãos, cereais e legumes. Isso se junta a um consumo relativamente alto de alimentos ricos em gordura saturada, açúcar e sal, entre eles leite, carnes, cereais refinados e alimentos processados. Esse padrão de alimentação é um dos principais fatores por trás de um aumento na prevalência de excesso de peso e obesidade. Levantamentos demográficos na ALC mostram que, em 2002, entre 50% e 60% dos adultos e 7% a 12% das crianças com menos de cinco anos de idade estavam acima do peso ou obesas (9). No Chile e México, os levantamentos nacionais de 2004 mostraram que 15% dos adolescentes eram obesos (9). A prevalência do excesso de peso entre adultos é de 45% e 65% no Canadá (10) e Estados Unidos da América (11), respectivamente.

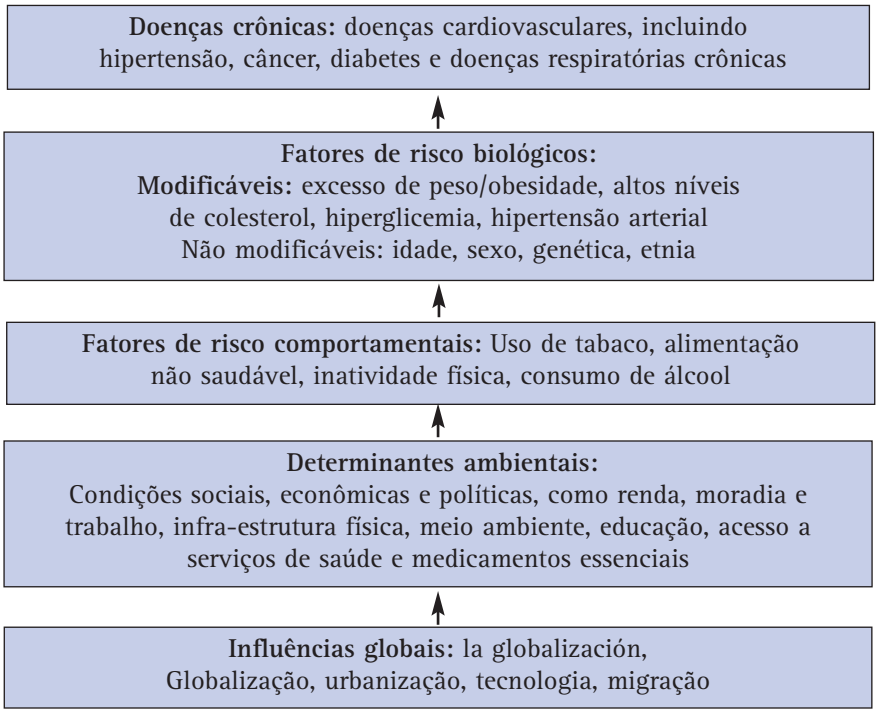
Além disso, entre 30% e 60% da população da Região não atinge nem mesmo os níveis mínimos recomendados de atividade física (12). Para os adolescentes, essa falta de atividade física é particularmente prejudicial, já que o desenvolvimento de hábitos saudáveis é formado nesta fase do ciclo da vida e tende a ficar ao longo de toda a vida (13). Conforme as ocupações passam do trabalho manual e agricultura para o setor de serviços, os níveis de atividade física diminuem (13). Isso foi motivado pela crescente urbanização e transporte motorizado, políticas urbanização que promovem cidades dependentes de automóveis, sem atenção às necessidades dos pedestres e ciclistas no planejamento urbano, presença generalizada de aparelhos que economizam mão–de–obra na vida doméstica e o uso crescente de computadores no trabalho e para recreação (12).

O consumo de tabaco é a principal causa de morte evitável nas Américas. É a causa de mais de um milhão de mortes na Região a cada ano; o Cone Sul possui a mais alta taxa de mortalidade por causas relacionadas ao fumo (4). Aproximadamente um terço de todas as mortes por doenças cardíacas e câncer nas Américas pode ser atribuído ao consumo de tabaco. Na maioria dos países da Região, mais de 70% dos fumantes começam a fumar antes dos dezoito anos (4). Em um levantamento realizado em 2000 entre os jovens, a prevalência do uso de tabaco varia de 14 a 21% no Caribe a 40% no Cone Sul (4). Entre os jovens, 23% e 25% nos EUA (14) e Canadá (15), respectivamente, notificaram o uso de produtos do tabaco em 2002.

Além desses fatores de risco modificáveis, o difícil acesso a serviços de saúde de qualidade, incluindo prevenção clínica e serviços de diagnóstico, e o difícil acesso a medicamentos essenciais são fatores importantes que contribuem para a carga de doenças crônicas. Os pobres muitas vezes enfrentam várias barreiras na assistência à saúde incluindo a incapacidade de arcar com as taxas de usuário para assistência à saúde, barreiras financeiras para medicamentos que exigem receita e falta de transporte para chegar aos serviços de saúde. Além disso, as populações vulneráveis podem enfrentar barreiras de comunicação, inibindo os benefícios dos serviços.

Para os fins desta Estratégia, os determinantes mais importantes das doenças crônicas estão ilustrados na Figura 1. Os determinantes são categorizados dentro de fatores de risco biológicos e comportamentais, condições ambientais e influências globais.

Figura 1: Principais determinantes das doenças crônicas



Prevenção e Práticas de Gestão Eficazes em Função do Custo

Há uma forte base de evidências indicando a eficácia em função do custo da prevenção de doenças e a detecção precoce. As doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e diabetes podem ser evitados ou adiados por meio de :

- mudanças para uma alimentação e estilo de vida saudáveis,
- triagem de fatores de riscos ou manifestação precoce de doenças,
- tratamento de lesões precursoras ou tratamento precoce da doença
- intervenções farmacológicas (16).

Exames preventivos de rotina nos serviços de atenção básica são uma abordagem recomendada para prevenção de doenças crônicas (17). As avaliações essenciais incluem: aferições da pressão arterial sangüínea; cálculo do índice de massa corporal; perfil lipídico; glicose no sangue; para mulheres, detecção de câncer de colo de útero (teste de Papanicolau) e câncer de mama (exame clínico de mama e mamografia); e detecção de câncer colorretal. Além disso, a informação atual sugere que se deve realizar a triagem precoce para detectar pré-diabetes em indivíduos com excesso de peso acima dos quarenta e cinco anos de idade.

Para os individuos diagnosticados com uma doença crônica, devem ser disponibilizados tratamentos eficazes. Por exemplo, medicamentos como beta–bloqueadores e aspirina são medidas de baixo custo e eficazes para reduzir a recorrência de ataques do coração. Para pessoas com diabetes, as intervenções incluem o controle do açúcar no sangue, acesso a insulina para quem necessita, controle da pressão sangüínea (com ou sem medicamento) e cuidado dos pés para prevenir amputações. Para o controle do câncer, existe tratamento eficaz em função do custo para câncer de colo de útero, de mama, oral e colorretal, incluindo a remoção cirúrgica de tumores, quimioterapia e radioterapia(16).

A OMS realizou uma análise regional da eficácia em função do custo de intervenções para doenças crônicas nas Américas (região B). As estratégias mais eficazes em função do custo são aquelas baseadas na população, incluindo o aumento dos impostos sobre tabaco até o mais alto nível regional de 75% (1). A média da eficácia em função do custo dessa intervenção é 19 dólares. A legislação para diminuir o conteúdo de sal em alimentos processados, rotulagem de alimentos adequada e fiscalização e a legislação e educação sanitária para reduzir o colesterol também são eficazes em função do custo, com uma média de 127 e 135 dólares, respectivamente. As menos eficazes em função do custo são as intervenções dirigidas a indivíduos, como a terapia de substituição da nicotina, com uma média de 3.083, e a provisão de estatinas e educação sobre modificação do estilo de vida fornecida por médicos a pacientes cujas concentrações de colesterol excediam 220mg/dl, com uma média de 1.326 (2).

Intervenções ambientais e intersetoriais são eficazes. Por exemplo, demonstrou–se que a substituição dos 2% de energia que vem do ácido graxo por gordura poliinsaturada reduziria as doenças cardiovasculares (DCV) de 7% a 40% e reduziriam também o diabetes tipo 2 (16). Devido ao fato de que o ácido graxo pode ser eliminado ou bastante reduzido por ação voluntária da indústria, o custo representa apenas 50 centavos por pessoa por ano (16). A legislação que obriga a manter conteúdo reduzido de sal em alimentos processados também é eficaz em função do custo e, quando acompanhada por uma campanha de educação, pode reduzir a pressão arterial a um custo de 6 dólares por ano (16).

Princípios Orientadores

A Estratégia Regional e o Plano de Ação baseiam–se no compromisso da OPAS de contextualizar estratégias e objetivos levando em consideração as prioridades da saúde e as condições sociais, econômicas e políticas específicas dos Estados Membros. O seguinte também é considerado:

- O Quadro Estratégico da OPAS para promoção da saúde, assistência primária à saúde, proteção social e direitos humanos.
- O Quadro para a Estratégia de Cooperação Técnica de abordar a agenda inacabada, proteger os resultados e enfrentar novos desafios.
- A Estratégia Gerencial para o Trabalho da Repartição Sanitária Pan–Americana 2003–2007, utilizando uma abordagem focada no país e visando grupos especiais da população.

* Todos los Estados Miembros de América Latina y el Caribe con excepción de Bolivia, Canadá, Cuba, Ecuador, Guatemala, Haití, Nicaragua, Perú y los Estados Unidos de América.

Esquema de Ação

A Estratégia incorpora alguns dos conceitos e temas das seguintes resoluções da OMS e da OPAS: a Estratégia Global da OMS para a Prevenção e Controle de Doenças Crônicas (WHA53.17, 2000); Doenças Cardiovasculares, especialmente Hipertensão (CD42.R9, 2000); Resposta de Saúde Pública às Doenças Crônicas (CSP26/15, 2002); Convenção Básica para Controle do Tabaco (WHA56.1, 2003); Estratégia Mundial para alimentação saudável, Atividade Física e Saúde (WHA57.17, 2004); e Prevenção e Controle do Câncer (WHA58.22, 2005). Além disso, essa Estratégia Regional é coerente com as estratégias de prevenção da obesidade elaboradas pela Força–Tarefa Internacional sobre Obesidade (19). Serão consideradas também as novas iniciativas regionais e globais que estão sendo desenvolvidas, como a Estratégia Regional sobre Nutrição e Desenvolvimento.

A perspectiva do curso de vida, considerada nessa Estratégia, reconhece os fatores ambientais, econômicos e sociais, bem como os processos comportamentais e biológicos conseqüentes que atuam em todos os estágios da vida afetando o risco de doenças (20, 21). Os principais fatores ao longo das fases do curso da vida incluem:

- estágio fetal: crescimento fetal retardado, situação nutricional materna desfavorável e baixa posição socioeconômica no nascimento;
- primeira e segunda infância: ausencia do aleitamento materno, índice de crescimento inadequada, alimentação inadequada, falta de atividade física, baixa posição socioeconômica e baixa instrução da mãe;
- adolescência: alimentação inadequada como baixo consumo de frutas e vegetais e alto consumo de energia, inatividade física e uso de álcool e tabaco;
- adulto: fatores de risco comportamentais como alto consumo de gordura saturada, consumo elevado de sal, consumo reduzido de frutas e vegetais, uso de tabaco e álcool, inatividade física e fatores de risco biológicos comuns.

O reconhecimento dos fatores de risco que agem em todos os estágios da vida e são afetados pelas circunstâncias socioeconômicas justifica a reorientação das políticas e programas (20). Assim, é necessário priorizar as populações mais pobres e grupos vulneráveis, bem como dirigir as intervenções preventivas para os jovens, visto que o estilo de vida é estabelecido durante a infância e a adolescência. Também são necessárias intervenções preventivas no início do desenvolvimento, particularmente durante o período pré–natal, para assegurar um desenvolvimento sadio do feto e uma infância saudável reduzindo o risco posterior de doenças crônicas (20).

É preciso desenvolver colaboração com setores fora do setor da saúde a fim de alcançar um impacto na prevenção das doenças crônicas. A esse respeito, a colaboração é necessária com os setores da educação, comunicação, agricultura, transporte, economia e comércio.

Abordagens Estratégicas

Defesa de mudanças nas políticas e formulação de políticas públicas eficazes

Essa Estratégia irá encorajar e fornecer cooperação técnica para o estabelecimento de políticas públicas sólidas e explícitas que apóiem melhor a situação da saúde e uma vida sem deficiências decorrentes de doenças crônicas. As políticas serão baseadas em resoluções e recomendações da OMS, particularmente em relação à Convenção Quadro sobre Controle do Tabaco, Estratégia Global sobre alimentação saudável, Atividade Física e Saúde e a Estratégia Global de Alimentação do Lactente e da Criança Pequena. As políticas abordarão os amplos determinantes sociais, econômicos e políticos da saúde e refletirão os valores da igualdade, excelência, justiça social, respeito, igualdade de gênero e integridade. A defesa de causas será utilizada para promover mudanças nas políticas e instituições que apoiarão programas de doenças crônicas, enfatizando o papel–chave de funções governamentais e habilitando o setor sanitário a envolver outros setores em ações colaborativas para assegurar que as doenças crônicas sejam coletivamente abordadas.

Formar capacidade para ações comunitárias

A mudança comportamental não se baseia somente em decisões individuais; ela é influenciada em grande parte por fatores ambientais como normas sociais, regulamentos, políticas institucionais e o meio ambiente físico. As estratégias da saúde pública precisam, portanto, incluir ações comunitárias que influenciem mudanças dentro das comunidades e serviços, promovam estilos de vida saudáveis e ajudem a prevenir o excesso de peso.

Essa estratégia se concentrará em intervenções comunitárias que criem ambientes de apoio para a redução dos fatores de risco e mobilizem as comunidades para mudar as políticas institucionais e se tornar participantes ativos na criação de ambientes favoráveis. A estratégia se concentrará também em locais de trabalho e escolas saudáveis. As intervenções serão por meio da rede CARMEN (rede internacional que compartilha a meta comum de aumentar a capacidade técnica dos Estados Membros para reduzir os fatores de risco associados a doenças crônicas mediante abordagens preventivas integradas baseadas na comunidade) e iniciativas da OPAS sobre lugares saudáveis e escolas que promovem a saúde. Essas intervenções seguirão a Estratégia Mundial para a Prevenção e Controle de Doenças Crônicas e a Estratégia Mundial sobre alimentação saudável, Atividade Física e Saúde.

Fortalecer serviços de saúde para a prevenção e gestão integrada de doenças crônicas

Essa Estratégia reconhece que a prevenção e o controle de doenças crônicas exigem o contato a longo prazo do paciente com serviços acessíveis de saúde primária, que se baseiem em altos padrões de assistência e melhores práticas. A prevenção integrada envolve intervenções que previnem e reduzem simultaneamente um conjunto de fatores de risco comuns modificáveis. Além disso, a gestão de doenças crônicas exige a integração de serviços através de encaminhamentos e relações fortalecidas entre os níveis primário, secundário e terciário da atenção. A gestão apropriada deve cobrir também prevenção, triagem e detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e assistência paliativa. Isso inclui o acesso a serviços de saúde de qualidade, incluindo serviços de diagnóstico, e acesso a medicamentos essenciais. Modelos inovadores serão desenvolvidos e testados para manter a qualidade da assistência às doenças crônicas.

A estratégia incluirá o desenvolvimento, teste e disseminação de abordagens, diretrizes e ferramentas eficazes de gestão de doenças crônicas. As intervenções serão baseadas nas recomendações de relatórios da OMS, como "Prevenção de Doenças Crônicas: um Investimento Vital" e Assistência Inovadora a Doenças Crônicas: Elementos de Ação", assim como a resolução sobre prevenção e controle do câncer.

Reforçar as competências da força de trabalho de saúde para prevenção e gestão de doenças crônicas

Os provedores de assistência à saúde são essenciais na melhoria da saúde e na prevenção e gestão de doenças crônicas em indivíduos. Para fornecer assistência eficaz a doenças crônicas, são necessárias equipes multidisciplinares de saúde com uma combinação apropriada de habilidades. Os currículos para os profissionais de saúde devem ser expandidas para que possam abordar as complexidades das doenças crônicas com um trabalho em equipe. Os currículos dos profissionais de saúde devem abordar as questões de prevenção e gestão de doenças crônicas e desenvolver as capacidades apropriadas. Essa estratégia considera a importância da educação continuada para a força de trabalho da saúde com o objetivo de reforçar as competências para uma assistência centrada no paciente, parceria com pacientes e com outros provedores, utilização de métodos contínuos de melhora da qualidade, utilização eficaz da tecnologia da informação e da comunicação e adoção de uma perspectiva de saúde pública.

Criar parcerias multissetoriais e redes para doenças crônicas

A implementação bem–sucedida de políticas e programas de doenças crônicas exige os esforços conjuntos de múltiplos parceiros e partes interessadas do serviço social, setores público e privado e setores relacionados à saúde como os setores agrícola, econômico, infraestrutura, comércio, transporte, parques e recreação. Ademais, exige ação nos vários esferas de governo e não–governamentais, incluindo organizações internacionais e multilaterais, e organizações regionais, sub–regionais, nacionais e municipais. Associações profissionais, instituições acadêmicas, sociedade civil, grupos de pacientes e pessoas afetadas por doenças crônicas também possuem papéis importantes para influenciar políticas e programas de doenças crônicas. Essa estratégia irá facilitar o diálogo e formar parcerias entre esses importantes atores multissetoriais a fim de promover a agenda das doenças crônicas e assegurar o envolvimento de partes

interessadas no estabelecimento de políticas e programas. A Estratégia incluirá também o trabalho por meio de redes regionais existentes como a CARMEN e a Rede de Atividade Física das Américas (PANA).

Formar capacidade para a geração de informação e gestão do conhecimento sobre doenças crônicas

Informação oportuna e precisa sobre fatores de risco, ocorrência, distribuição e tendências de doenças crônicas é essencial para a formulação de políticas, o planejamento de programas e a avaliação. Portanto, essa estratégia irá formar equipes capacitadas nos países para incorporarem a vigilância de doenças crônicas no sistema de saúde pública e utilizar informação da vigilância para o desenvolvimento de programas e a formulação de políticas. A estratégia incentivará a integração entre as múltiplas fontes de dados a fim de acessar toda a gama de informação para determinar a situação das doenças crônicas. As informações serão analisadas, sintetizadas e disseminadas nas esferas nacional, sub–regional e regional. É preciso introduzir melhoramentos nos atuais mecanismos de vigilância sistemática e rastreamento das tendências das doenças crônicas e seus fatores de risco nas esferas nacional e sub–regional. Além disso, deve–se reunir e disseminar informação sobre conhecimento novo e emergente para intervenções eficazes de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis.

Plano de Ação

Objetivo

Prevenir e reduzir a carga de doenças crônicas e fatores de risco comuns nas Américas.
O Anexo apresenta um Plano de Ação detalhado.

Linhas de Ação

Política Pública e Defesa da Causa

Objetivo: Assegurar e promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas eficazes integradas, sustentáveis e baseadas em evidências sobre doenças crônicas, seus fatores de risco e determinantes.

En varios países, la aprobación de diversas políticas, leyes y reglamentos ha resultado eficaz para prevenir o reducir la carga de enfermedades y lesiones. Entre ellas cabe mencionar la tributación del tabaco y el uso de los cinturones de seguridad y los cascos. No obstante, como lo ha demostrado la evaluación de 2005 de la capacidad nacional para la prevención y el control de las enfermedades crónicas, una proporción importante de países de América Latina y el Caribe carece de políticas o planes para luchar contra las enfermedades crónicas. El desarrollo de un proceso sistemático de formulación de políticas sigue siendo el principal desafío para poder combatir las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo.

O desenvolvimento de um quadro unificado e sistemático de políticas públicas é o primeiro passo na luta contra essa epidemia. A definição de prioridades políticas, o estabelecimento de mecanismos de avaliação, o envolvimento de todos os setores da sociedade e a cooperação técnica entre países também são imperativos para esse plano de ação.

Vigilância

Objetivo: Encorajar e apoiar o desenvolvimento e fortalecimento da capacidade dos países para uma melhor vigilância das doenças crônicas, suas conseqüências e fatores de risco e o impacto de intervenções da saúde pública.

Por toda a Região existem inadequações e capacidades variadas de vigilância das doenças crônicas. A maioria dos países possui recursos limitados para realizar a vigilância das doenças crônicas. Em resposta a essa escassez, a OPAS determinou um objetivo dentro desse plano de ação para fortalecer e/ou expandir sistemas de vigilância de doenças crônicas estabelecidos nos Estados Membros.

Para atender às diferentes necessidades de cada país, esse plano focaliza o fortalecimento das seguintes capacidades nos países: coleta sistemática contínua de dados confiáveis, comparáveis e de qualidade; análise oportuna e avançada; disseminação e uso dos resultados da análise para o planejamento e avaliação de políticas e programas nacionais; competência técnica da força de trabalho da vigilância; e novas idéias e inovação. Um sistema de vigilância estabelecido facilitará o monitoramento do progresso da implementação dessa Estratégia Regional.

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Objetivo: promover condições sociais e econômicas que abordem os fatores de risco para as doenças crônicas e habilitem as pessoas a aumentar o controle sobre sua saúde e adotar comportamentos saudáveis.

A promoção da saúde é parte essencial de uma abordagem integrada à prevenção e controle de doenças crônicas. Esta estratégia incorpora alguns dos conceitos e temas do documento Promoção da Saúde: Realizações e lições aprendidas de Ottawa a Bangkok (CE138/16). Essa estratégia apóia o apelo da Carta de Ottawa no sentido de priorizar a promoção da saúde e habilitar os indivíduos e comunidades para que exerçam maior controle sobre sua saúde e os determinantes sociais. Para abordar as necessidades de promoção da saúde, particularmente a promoção de alimentação saudável, atividade física e controle do tabaco, esse plano propõe o seguinte:

- promoção e adoção de hábitos saudáveis de alimentação, estilos de vida ativos e controle da obesidade e de doenças crônicas relacionadas com a nutrição;
- desenvolvimento de políticas públicas, diretrizes, mudanças institucionais, estratégias de comunicação e pesquisa relacionada com a alimentação e atividade física;
- promoção da saúde e estratégias de prevenção de doenças;

- uma perspectiva do curso de vida que considere a saúde desde o desenvolvimento fetal e até a velhice;
- esforço conjunto de múltiplos parceiros da saúde e setores afins.

Gestão Integrada de Doenças Crônicas e Fatores de Risco

Objetivo: Facilitar e apoiar o fortalecimento da capacidade e competências do sistema de saúde para a gestão integrada de doenças crônicas e seus fatores de risco.

O atual modelo de assistência à saúde não se mostrou eficaz para lidar com a prevenção e gestão de doenças crônicas. Os programas bem–sucedidos de doenças crônicas exigem uma abordagem intersetorial e uma reorientação do sistema de assistência à saúde. É necessário melhorar a acessibilidade e disponibilidade dos serviços e o acesso a medicamentos essenciais e ter equipes multidisciplinares com a combinação apropriada de habilidades nos serviços. É necessário atribuir ênfase à qualidade da assistência para reduzir as barreiras relacionadas a fatores sociais, econômicos e culturais e melhorar a proteção social da saúde, particularmente entre populações vulneráveis.

A fim de enfrentar esses desafios, esse plano de ação considera que a prevenção e a gestão de doenças crônicas exigem integração por meio de encaminhamentos e relações fortalecidas entre os níveis primário, secundário e terciário. É necessário aplicar todo o espectro da gestão de doenças desde a prevenção até a triagem e a detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e assistência paliativa. Os elementos do Modelo de Assistência Crônica, incorporados no objetivo para a gestão de doenças crônicas e fatores de risco, visam a melhorar os resultados em cinco áreas (22). Essas áreas são as seguintes: uma abordagem coerente de melhoramento do sistema, desenvolvimento e aplicação de diretrizes, apoio à autogestão para pessoas com doenças crônicas, sistemas de informação clínica melhorados e combinação apropriada de habilidades e melhor competência técnica da força de trabalho da saúde, incluindo competência cultural e sensibilidade. Esse plano também considera assistência técnica para programas de doenças crônicas, reorientação dos serviços de saúde para as doenças crônicas e melhor acesso a medicamentos essenciais e tecnologias.

Essa Estratégia reconhece a necessidade de uma abordagem renovada para a assistência primária à saúde e o mais alto nível alcançável de saúde para todos conforme enfatizado na Declaração Regional sobre as Novas Orientações para a Assistência Primária à Saúde (promulgada no 46º Conselho Diretor). O plano também reflete a Resolução CD45.R7, que prioriza o acesso a medicamentos e outros suprimentos de saúde.


osh
kosh
b'gosh

Anexo 1: Plano de Ação para Prevenção e Controle Integrado de Doenças Crônicas não Transmissíveis e Fatores de Risco (2006–2013)

Política

Objetivo: Assegurar e promover o desenvolvimento e implementação de políticas públicas eficazes, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências sobre doenças crônicas e seus fatores de risco (FR) e determinantes.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
1. Fortalecer os processos de desenvolvimento e implantação de políticas públicas mediante a aplicação de um esquema sistemático com as seguintes funções básicas: (1) vigilância e defesa da causa para ação; (2) formulação e adoção de políticas; (3) implementação apropriada de políticas com base nas necessidades locais.	• Até 2007 a OPAS/OMS e os interessados relevantes terão desenvolvido um protótipo de um esquema sistemático de políticas públicas para doenças crônicas. • Até 2007 OPAS/OMS e atores relevantes terão desenvolvido um processe de colaboração técnica para ajudar ao menos 6 Estados Membros a implementar componentes de um quadro de políticas públicas. • Até 2008 pelo menos 10 Estados Membros estarão usando o quadro para criar políticas públicas. • Até 2010 todos os países terão políticas para apoiar programas de doenças crônicas.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Realizar seminários para criar um quadro de políticas de doenças crônicas com Estados Membros. • Realizar seminários para analisar situação atual de DNT. *AMPLIADAS* • Realizar estudos para estimar situação atual de doenças crônicas. • Realizar estudos para estimar o custo das doenças crônicas. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Estabelecer ponto focal para processo de formulação de políticas. • Criar programa nacional DNT. • Convocar grupo assessor interdisciplinar. • Organizar comitê nacional para examinar dados e lições aprendidas. • Realizar sessões de trabalho para planejar políticas e torná–las oficiais. *AMPLIADAS* Elaborar um plano estratégico nacional para priorizar políticas, planejar políticas e tornar as políticas oficiais.
2. Identificar e definir prioridades de política no nível nacional e regional para doenças crônicas e seus fatores de risco e determinantes.	• Até 2010, 70% dos Estados Membros terão estabelecido um grupo assessor multissetorial para definir prioridades e apoiar os processos de formulação de políticas públicas.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Prover processo sistemático para identificar prioridades de políticas

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
	• Até 2010 a OPAS/OMS e atores relevantes realizarão consultas sub–regionais e regionais para definir prioridades comuns de política no nível sub-regional e nacional.	**Estados Membros** *BÁSICAS* • Realizar reuniões de interessados para definir políticas prioritárias de doenças crônicas. • Convocar grupo assessor para identificar políticas prioritárias para o controle do tabaco, atividade física, alimentação saudável, controle do álcool, serviços de saúde, acesso a produtos farmacêuticos e ambientes saudáveis.
3. Levar todos os setores e sociedade civil a influenciar a formulação de políticas e o processo decisório, incluindo promoção da prevenção e controle de doenças crônicas na Região.	• Até 2008, 70% dos Estados Membros terão estabelecido mecanismos institucionais para o desenvolvimento de alianças nacionais. • Até 2008, 70% dos Estados Membros cultivarão um ambiente para o desenvolvimento de uma aliança nacional entre setores da sociedade civil interessados na prevenção e controle de doenças crônicas. • Até 2010 os membros da aliança nacional estarão visíveis como parceiros fortes nos processos de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas para doenças crônicas.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Criar campanhas para estabelecer alianças entre setores multidisciplinares. *AMPLIADAS* • Realizar reuniões para promover a prevenção e controle de doenças crônicas com membros potenciais da aliança. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Realizar reuniões multissetorais para estabelecer alianças com múltiplos setores. • Promover a priorização das políticas de doenças crônicas nas agendas dos Ministérios da Saúde. • Criar campanha para promover Estratégia Regional e Plano de Ação.
4. Estabelecer um mecanismo regional para avaliação sistemática e monitoração das políticas públicas específicas de um país para doenças crônicas e formulação de metodologias para seu uso em outros países.	• Até 2008 um observatório formal de avaliação e análise de políticas estará funcionando nas Américas com metodologias e ferramentas para análise de políticas. • Até 2010, ao menos 3 novos países terão estabelecido capacidade técnica básica para efetuar análise sistemática de políticas sobre doenças crônicas.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Estabelecer um comitê diretivo para formalizar um observatório regional de políticas • Criar metodologia para monitorar e avaliar desenvolvimento de políticas para doenças crônicas e sua implementação *AMPLIADAS* • Realizar 1 seminário regional e 5 seminários sub–regionais para apoiar o desenvolvimento de capacidade nacional para análise de políticas sobre doenças crônicas.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
	• Até 2010, a OPAS e países participantes terão produzido análises de políticas e relatórios de progresso a partir do observatório.	**Estados Membros** *BÁSICAS* • Estabelecer grupo de trabalho para elaboração de avaliação sistemática e monitoração de políticas para doenças crônicas. Convocar grupo de trabalho para desenvolvimento do observatório de políticas e ações (setor da saúde). • Convocar grupo de trabalho para desenvolvimento do observatório de políticas e ações com municípios e outros setores. • Convocar a un grupo de trabajo para la creación del observatorio de políticas e intervenciones con municipios y otros sectores. • Produzir e publicar anualmente os resultados do observatório de políticas.
5. Encorajar cooperação intersetorial nos países e entre eles e estabelecer mecanismos para divulgar melhores práticas sobre formulação e implementação de políticas públicas eficazes.	• Até 2010, OPAS, em colaboração com os países que participam do observatório de políticas, divulgarão relatórios de análise de políticas dos Estados Membros. • Até 2010 uma estratégia de comunicação de massa estará estabelecida em 70% dos Estados Membros para divulgar informação a partes interessadas e ao público em geral. • Até 2010 os Estados Membros com atores relevantes estabelecerão um fórum nacional para diálogo sobre políticas públicas para doenças crônicas e exame dos relatórios de análise de políticas e melhores práticas.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Criar metodologia para fórum nacional. • Criar metodologia para cooperação sub–regional entre países. • Elaborar e manter na internet um centro de intercâmbio de lições e resultados dos relatórios anuais de análise de políticas. *AMPLIADAS* • Produzir e publicar um perfil regional anual das melhores práticas para a formulação e implantação de políticas públicas eficazes na Região. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Criar um fórum nacional para diálogo sobre políticas públicas. • Publicar relatórios para divulgar e promover o uso de dados do observatório de políticas no nível nacional, subnacional e local. *AMPLIADAS* • Elaborar uma proposta para que os governos adotem leis de apoio à promoção da saúde, como leis de controle do tabaco compatíveis com a Convenção quadro Controle do Tabaco (FCTC) da OMS.

Vigilância

Objetivo: Encorajar e apoiar o desenvolvimento e fortalecimento da capacidade dos países para uma melhor vigilância das doenças crônicas, suas conseqüências, seus fatores de risco e o impacto das intervenções de saúde pública como parte da estratégia integrada de prevenção e controle das DNT.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
1. Encorajar o desenvolvimento e fortalecimento de sistemas de vigilância das doenças crônicas que estão em operação, são sistemáticos e estão vinculados a ações de saúde pública para avaliar a carga (por exemplo, mortalidade, morbidade, incapacidade, custos econômicos) das doenças crônicas, suas tendências, fatores de risco (por exemplo, uso de tabaco, alimentação inadequada, inatividade física, abuso do álcool), determinantes sociais (por exemplo, condições econômicas e políticas) e intervenções de saúde pública (por exemplo, utilização dos serviços de saúde).	• Até 2010, 75% dos Estados Membros terão definido indicadores para vigilância nacional de doenças crônicas fatores de risco e intervenções de saúde pública, com os dados básicos nacionais; 95% até 2015. • Até 2010, 50% dos Estados Membros terão estabelecido um sistema de vigilância das doenças crônicas, fatores de risco (FR) e intervenções de saúde pública como parte de seu sistema nacional de vigilância da saúde pública; 75% até 2015. • Até 2010, 50% dos Estados Membros terão coletado informações demográficas sobre as principais doenças crônicas, alimentação, atividade física, uso de tabaco, consumo de álcool e utilização dos serviços de saúde preventivos; 75% até 2015.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Com os Estados Membros e centros regionais, proporcionar uma análise situacional para avaliar a capacidade e situação nacional da vigilância de modo a avaliar e refinar percentagens alvo para todos os indicadores. • Estabelecer orientações para o desenvolvimento e avaliação de cada nível do sistema de vigilância. • Proporcionar recomendações e assistência técnica sobre vigilância de doenças crônicas (estudos, treinamento, seminários, cooperação técnicas entre países) a países prioritários da OPAS de maneira dirigida ou em resposta a solicitações. • Ajudar os países a desenvolver e implementar sistemas nacionais de vigilância. • Ajudar os países com menos capacidade a desenvolver sistemas de vigilância. *AMPLIADAS* • Sistematizar melhor as ferramentas e as práticas para padronizar e regionalizar a vigilância. • Produzir análises situacionais da vigilância, prevenção e controle de doenças crônicas (a cada 5 anos). • Em colaboração com os Estados Membros, desenvolver um plano regional de mobilização de recursos. • Coordenar e ajudar os Estados Membros com esforços de mobilização de recursos para obter fundos que possibilitem a implementação de sistemas de vigilância. *DESEJÁVEIS* • Coordenar transferência regional de experiências bem–sucedidas e lições aprendidas em vigilância de doenças crônicas entre Estados Membros. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Definir indicadores para vigilância nacional de doenças crônicas, incluindo FR e intervenções de saúde pública. • Incluir vigilância de doenças crônicas, FR e intervenções de saúde pública como componente essencial dos programas nacionais de prevenção e controle de doenças crônicas.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
		• Utilizar e modificar, se necessário, as orientações e ferramentas de vigilância recomendadas pela Secretaria. • Coletar informação demográfica sobre principais doenças crônicas, alimentação, atividade física, uso de tabaco, consumo de álcool e uso dos serviços preventivos de saúde. *AMPLIADAS* • Ajudar a Secretaria na preparação de uma análise situacional regional. • Ajudar a Secretaria na preparação de orientações e ferramentas de vigilância. • Ajudar a Secretaria a realizar estudos e seminários de treinamento. • Elaborar planos nacionais de mobilização de recursos. *DESEJÁVEIS* • Ajudar a Secretaria a coordenar esforços regionais para melhorar a capacidade nacional de vigilância.
2. Melhorar a colaboração entre parceiros a fim de mobilizar parcerias comunitárias, nacionais, sub–regionais e regionais para estimular o desenvolvimento efetivo de sistemas de vigilância e utilização da informação.	• Até 2010, haverá um fórum regional de discussão da vigilância das doenças crôncias que envolve 75% dos Estados Membros; 95% até 2015. • Até 2010, 75% dos Estados Membros terão estabelecido um comitê nacional de coordenação com parceiros como governos, ONGs, setor acadêmico, redes profissionais, indústrias, especialistas e o público em geral; 95% até 2015.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Em colaboração com Estados Membros, identificar prioridades regionais e sub–regionais. • Realizar uma análise regional para identificar os interessados e parceiros para colaboração (governos, ONGs, setor acadêmico, redes profissionais, indústrias, especialistas e o público em geral). • Fornecer os resultados da análise de interessados aos Estados Membros para ajudar na formação de comitês nacionais de coordenação. • Monitorar o progresso da formação de comitês nacionais de coordenação para decidir o melhor momento de estabelecer um Fórum Regional de Discussão. *AMPLIADAS* • Proporcionar termos de referência para um Fórum Regional de Discussão. • Realizar consultas entre todos os atores relevantes, inclusive Estados Membros, para criar um Fórum. • Em colaboração com Estados Membros, identificar principais entidades e universidades que podem servir de centros colaboradores da OMS para vigilância de doenças crônicas.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
		DESEJÁVEIS • Desenvolver métodos para melhoria contínua da qualidade que aumentem a qualidade dos sistemas de vigilância. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Identificar interessados e parceiros nos países para colaboração. • Identificar recursos para estabelecer comitês nacionais de coordenação com interessados e parceiros. • Facilitar a elaboração de estratégias nacionais de vigilância. *AMPLIADAS* • Ajudar a Secretaria a formar um Fórum Regional de Discussão. *DESEJÁVEIS* • Testar e adotar métodos de melhoria da qualidade.
3. Apoiar o melhoramento da qualidade (exatidão, completude e abrangência), disponibilidade e comparabilidade da informação de vigilância das doenças crônicas usada para a formulação de políticas e programas.	• Até 2010, 75% dos Estados Membros terão definido conjunto básico de indicadores de vigilância (DCNT, FR e intervenções de saúde pública); 100% até 2015. • Até 2010, 50% dos Estados Membros terão indicadores básicos de DCNT, FR e intervenções de saúde pública; 75% até 2015. • Até 2010, 50% dos Estados Membros terão demonstrado redução na subnotificação e classificação errônea da mortalidade de DCNT; 75% até 2015.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Em colaboração com Estados Membros, centros regionais, principais parceiros internacionais e centros colaboradores, estabelecer grupos de trabalho que proponham um conjunto padrão básico e ótimo de indicadores incluindo DCNT, FR e intervenções de saúde pública na Região. • Assegurar comparabilidade dos dados mediante padronização de instrumentos e unidades de medida, bem como treinamento. • Estabelecer consenso sobre proposta conjunto de indicadores básicos e ótimos mediante reuniões de consulta regionais. • Em colaboração com Estados Membros e outras entidades e redes, realizar cursos breves de treinamento como parte da educação contínua para fortalecer a capacidade técnica de vigilância, melhorar os métodos de coleta de dados e reduzir o problema da classificação errônea. • Melhorar os mecanismos de monitoração para reduzir o problema da subnotificação. *AMPLIADAS* • Expandir o papel dos grupos de especialistas sobre gestão da informação. *DESEJÁVEIS* • Em colaboração com os Estados Membros, estimular a cooperação horizontal entre ONU e outras organizações e países no planejamento de pesquisa e capacitação conjunta para melhorar a vigilância.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
		Estados Membros *BÁSICAS* • Elaborar um conjunto nacional básico de indicadores • Participar en la preparación de indicadores regionales básicos y óptimos. *AMPLIADAS* • Participar da elaboração de indicadores regionais básicos.
4. Desenvolver indicadores no sistema de vigilância para avaliação da eficácia, acesso e qualidade dos serviços de saúde e intervenções com base na população; bem como as operações do próprio sistema de vigilância.	• Até 2010, 75% dos Estados Membros terão produzido pelo menos um relatório sobre a situação das doenças crônicas, fatores de risco e/ou avaliação das intervenções de saúde pública; 95% até 2015.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Encorajar os Estados Membros a avaliar a vigilância de todas as doenças crônicas e as atividades de prevenção e controle, através da vigilância. • Em colaboração com os Estados Membros, preparar e acordar um formato padronizado para notificação, indicadores, fontes dos dados e testar em países selecionados. • Em colaboração com os Estados Membros, avaliar as operações e desempenho dos sistemas de vigilância dos países e a oportunidade e eficácia de transformar a informação de vigilância em políticas. *AMPLIADAS* • Proporcionar orientações sobre a avaliação das operações de vigilância e a eficácia de transformar a informação de vigilância em políticas e programas. *DESEJÁVEIS* • Emitir ou preparar publicações sobre eficácia das intervenções de saúde pública. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Avaliar as operações e desempenho dos sistemas de vigilância dos países. • Avaliar a oportunidade e eficácia do país de transformar a informação de vigilância em políticas e programas. *AMPLIADAS* • Emitir ou preparar publicações sobre eficácia das intervenções de saúde pública. *DESEJÁVEIS* • Contribuir para a elaboração de orientações regionais de avaliação.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
5. Apoiar a troca de informação para que seja eficaz sobre doenças crônicas e fatores de risco aos públicos apropriados.	• Até 2010, 50% dos Estados Membros regularmente fornecem dados básicos para os bancos regionais e mundiais; 75% até 2015. • Até 2010, 25% dos Estados Membros, com base nos dados disponíveis, terão desenvolvido pacotes de informação para grupos diferentes; 50% até 2015.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Em colaboração com Estados Membros, treinar os países para estabelecer sua própria base de dados e contribuir para uma base de informação regional. *AMPLIADAS* • Agregar e analisar dados de vigilância. • Em colaboração com Estados Membros, estabelecer um grupo de trabalho com especialistas em comunicação (comunicação de massa, como atingir o público) no nível regional e local. Esse grupo também faz parte de grupos maiores (comitê nacional de coordenação, fórum regional de discussão). • Estabelecer colaboração entre esse grupo, promoção da saúde e gestão de fatores de risco. *DESEJÁVEIS* • Estabelecer um conjunto de materiais de informação no nível regional e nacional. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Estabelecer uma base de informação nacional. • Fornecer dados para a base de informação regional. • Elaborar pacotes de informação diferenciados. *AMPLIADAS* • Contribuir para o grupo de trabalho regional com especialistas em comunicação.
6. Encorajar o desenvolvimento de estratégias nacionais de vigilância para definir o melhor quadro para intercambiar com as autoridades a informação de vigilância necessária ao desenvolvimento e avaliação de políticas e programas de saúde pública.	• Até 2010, todos os Estados Membros terão estabelecido um comitê nacional de coordenação para trabalhar numa estratégia nacional de vigilância dentro da estratégia nacional de DCNT. • Até 2010, 50% dos Estados Membros terão desenvolvido em sua estratégia nacional de DCNT uma estratégia nacional de vigilância; 75% até 2015. • Até 2010, 25% dos Estados Membros terão documentado o uso de informação de vigilância para formulação de políticas; 40% até 2015.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Proporcionar termos de referência para os comitês nacionais de coordenação. • Ajudar os Estados Membros no desenvolvimento dos comitês nacionais de coordenação. • Proporcionar orientações para as estratégias nacionais de vigilância. • Ajudar os Estados Membros no desenvolvimento de estratégias nacionais de vigilância. *AMPLIADAS* • Em colaboração com Estados Membros, usar o observatório de políticas como canal para avaliação e mensuração da transferência de dados de vigilância à formulação de políticas. • Incluir no observatório de políticas a coleta de informação sobre o uso de dados de vigilância para a formulação, implantação e avaliação de políticas.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
		DESEJÁVEIS • Produzir mapas regionais das Américas sobre capacidade nacional de vigilância, incluindo as etapas de desenvolvimento da estratégia nacional de vigilância. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Estabelecer um comitê nacional de coordenação • Elaborar uma estratégia nacional de vigilância dentro da estratégia nacional de DNT. *AMPLIADAS* • Coletar e documentar informação sobre o uso da vigilância para políticas e programas. *DESEJÁVEIS* • Ajudar a Secretaria no desenvolvimento da estratégia regional de vigilância.
7. Promover educação e capacitação contínua para melhorar a capacidade, recursos humanos, conhecimentos e competência técnica da força de trabalho de vigilância.	• Até 2010, 50% dos Estados Membros terão incorporado o treinamento em vigilância de doenças crônicas nos programas de treinamento profissional em saúde (por exemplo, cursos universitários de medicina e enfermagem); 75% até 2015. • Até 2010, 50% dos Estados Membros terão implementado educação contínua para a força de trabalho em vigilância de modo a reforçar as habilidades e competências para vigilância de DCNT; 75% até 2015. • Até 2010, 25% dos Estados Membros terão desenvolvido um curso relacionado à vigilância de doenças crônicas; 75% o terão feito até 2015.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Colaborar com Estados Membros, universidades e redes ou sociedades profissionais na elaboração de currículos para o treinamento em vigilância de doenças crônicas. • Oferecer treinamento a países sobre protocolos do sistema de vigilância e aplicação de ferramentas e colocação de dados na base de informação. *AMPLIADAS* • Preparar materiais de apoio para treinamento em vigilância de doenças crônicas (como um livro sobre vigilância básica). *DESEJÁVEIS* • Realizar estudos para identificar lacunas de conhecimento técnico e necessidades de treinamento • Identificar países que necessitam de treinamento em vigilância. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Elaborar currículos de treinamento em vigilância • Oferecer treinamento em vigilância. *AMPLIADAS* • Preparar um curso em vigilância. *DESEJÁVEIS* • Ajudar a Secretaria em treinamento e seminários de vigilância regional.
8. Encorajar idéias inovadoras na vigilância de doenças crônicas para enfrentar os novos desafios e necessidades.		**Secretaria** *BÁSICAS* • Encorajar a elaboração e utilização de métodos de vigilância inovadores.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
		AMPLIADAS • Coletar e identificar novas idéias e práticas de vigilância na Região e no mundo, para promoção no tocante a atividades regionais de vigilância. *DESEJÁVEIS* • Em colaboração com especialistas e pesquisadores, elaborar novos métodos para abordar novos desafios na coleta de dados de vigilância (por exemplo, lei de privacidade da informação que impede a vinculação dos registros úteis). • Explorar táticas de marketing incluindo a mudança de "doenças crônicas" ou "DCNT" para um nome mais convincente. • Pesquisar informação para melhorar o uso de dados nas políticas. • Pesquisar técnicas para motivar as pessoas a usar informação para ação. • Disseminar informação a grupos de alto risco em vez da população em geral. • Integrar o conhecimento à cultura mediante músicas, novelas, etc. • Organizar eventos populares regionais (por exemplo, concertos) para criar um ambiente social de mudança e influenciar a opinião pública no tocante a ações sobre obesidade e pandemia de doenças crônicas. • Realizar um concurso de provérbios de saúde. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Encorajar a elaboração e utilização de novos métodos de vigilância. *AMPLIADAS* • Proporcionar novas idéias e práticas de vigilância para promoção na Região.

Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

Objetivo: Promover as condições sociais e econômicas que abordam os determinantes das doenças crônicas e habilitam as pessoas a aumentarem o controle sobre sua saúde, especialmente a adoção de um comportamento saudável sustentável.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
1. Promover o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas públicas (priorizando políticas mais eficazes em função do custo) para abordar os mais importantes fatores de risco das DCNT, em colaboração com autoridades e líderes da sociedade civil (por exemplo, ONG, setor privado e instituições acadêmicas).	• Até 2015, todos os Estados Membros terão implementado as políticas de suprimento e demanda mais eficazes em função do custo (conforme apropriado) passo a passo de forma a: º Promover uma alimentação saudável (implementação da Estratégia Global sobre alimentação saudável e Atividade Física (DPAS). º Aumentar a atividade física (implementação da DPAS). º Reduzir o uso de tabaco (implementação da FCTC). º Outros fatores de risco como violência, álcool, moradia, meio ambiente, etc. • Até 2015, 50% de Estados Membros terão implementado DPAS. • Até 2015, todos os Estados Membros terão implantado FCTC.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Apoiar os países na obtenção do compromisso dos líderes institucionais em cenários saudáveis e não saudáveis para se entender a necessidade de mudança (para se tornar cenários saudáveis). • Fortalecer a infra–estrutura regional para reforçar a capacidade dos responsáveis pela mudança institucional de modo a promover a aplicação de estratégias de promoção da saúde em cenários importantes, baseando–se em redes existentes e no consórcio universitário. • Implementar atividades que reconheçam a perspectiva do curso de vida e abordem toda a gama de determinantes de DCNT (passo a passo se necessário). *AMPLIADAS* • Desenvolver e disseminar modelos de políticas públicas, legislação e regulamentos (melhores práticas) para a prevenção de DNT importantes e fatores de risco e proteção e facilitar a troca de experiências bem–sucedidas e malsucedidas entre os países com base nas solicitações e necessidades dos países. Exemplos: Países: participam em reuniões regionais da rede para trocar experiências sobre prevenção de DCNT em escolas bianualmente (participação quando apropriado). Secretaria: Convocar uma reunião entre unidades técnicas que trabalham em questões relacionadas a DCNT para trocar informação sobre atividades e identificar atividades coordenadas apropriadas. *DESEJÁVEIS* • Convocar uma reunião entre unidades técnicas que trabalham em questões relacionadas a DCNT para trocar informação sobre atividades e identificar atividades coordenadas apropriadas. • Preparar e disseminar uma análise da situação regional com base nos relatórios dos países • Apoiar diretrizes internacionais viáveis sobre dieta, atividade física e controle do tabaco e alocar recursos (por exemplo, ministérios da saúde). **Estados Membros** *BÁSICAS* • Implementar processos de consulta com partes interessadas para formar grupos e ganhar apoio para implementar políticas públicas prioritárias.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
		AMPLIADAS • Preparar uma análise situacional dos atuais planos, políticas, recursos, iniciativas, programas e atividades em cada país para abordar cada um dos principais fatores de risco de DCNT no país. • Participar em reuniões da rede regional para trocar experiências sobre prevenção de DCNT em escolas bianualmente.
2. Implementar estratégias e ações para promoção da saúde em cenários importantes, em particular o local de trabalho e escolas (com ênfase na alimentação saudável, atividade física e tabaco).	• Até 2015, todos os Estados Membros terão implementado estratégias e ações em escolas, locais de trabalho e outros cenários.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Ajudar os países a obter compromisso dos líderes institucionais da saúde e outros setores para entender a necessidade de mudança (promover cenários saudáveis). • Fortalecer a infra–estrutura regional de modo a reforçar a capacidade dos responsáveis pela mudança institucional para a aplicação de estratégias de promoção da saúde em cenários importantes, baseando–se em redes existentes e no consórcio universitário. • Implementar atividades que abordam toda a gama de determinantes de DCNT (passo a passo conforme necessário). **Estados Membros** *BÁSICAS* • Ratificar a Convenção Quadro para Controle do Tabaco. • Obter o compromisso de líderes institucionais da saúde e outros setores para entender a necessidade de mudança (se tornar ambientes saudáveis). • Identificar líderes compromissados em instituições e disponibilizar recursos (treinamento, financiamento, etc.) para apoiá–los. • Fortalecer a infra–estrutura regional para reforçar a capacidade dos responsáveis pela mudança institucional visando a aplicação de estratégias de promoção da saúde em cenários importantes.
3. Apoiar estratégias de comunicação e disseminação de informação que apóiem a alimentação saudável, vida ativa e controle do tabaco.	• Até 2010, todos os Estados Membros devem planejar e implementar uma estratégia abrangente de comunicação para cada um dos mais importantes fatores de risco das doenças crônicas. • Até 2010, todos os Estados Membros devem medir as percepções públicas e o conhecimento dos determinantes das doenças crônicas e mudanças comportamentais para prevenir DNT, pré e pós–intervenção.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Criar mecanismos para trocar experiências dos países e disseminar informação conexa. • Desenvolver diretrizes e fornecer cooperação técnica para estratégias de comunicação eficazes conforme apropriado. *AMPLIADAS* • Desenvolver capacidade e métodos para medir conhecimento e percepções do público e utilizar dados para monitorar o progresso.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
4. Aumentar a participação comunitária e a ação coletiva local para adotar políticas públicas, apoiar a alimentação saudável, a vida ativa e a ausência de uso do tabaco.	• Até 2015, todos os Estados Membros terão um plano para envolver organizações comunitárias e governos locais em atividades e decisões e habilitá–los a liderar esforços de promoção da saúde e prevenção das DCNT. • Até 2015, todos os Estados Membros terão os recursos apropriados disponíveis para apoiar organizações comunitárias e governos locais em atividades que contribuam para a prevenção de DCNT.	**Secretaría** *BÁSICAS* • Facilitar el intercambio de experiencias. • Formular directrices e impartir capacitación, así como determinar los recursos de conocimiento necesarios para potenciar la capacidad. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Reforçar a capacidade de grupos comunitários relevantes para incorporar determinantes de DCNT em suas atividades e mandatos, incluindo a facilitação de estratégias coordenadas. • Destinar recursos a grupos para que possam realizar as atividades listadas. *AMPLIADAS* • Realizar uma "triagem ambiental" para identificar grupos e interesses comunitários.
5. Facilitar o desenvolvimento e fortalecimento contínuo de pesquisas sobre promoção da saúde que incentivam a vida ativa, alimentação saudável e o controle do tabaco.	• Até 2015, todos os países terão planos de mobilização de recursos para apoiar pesquisas em estratégias de promoção da saúde para reduzir e prevenir DCNT e fatores de risco.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Investigar o impacto do planejamento urbano e transporte público na saúde. • Investigar os determinantes do consumo de frutas e vegetais em populações diferentes. • Investigar a melhoria da produção, comércio, preço e outras estratégias de marketing para incentivar o consumo de frutas e vegetais com recursos atuais. • Investigar a relação entre o gasto promocional da indústria do tabaco e o consumo per capita. • Realizar pesquisa para mostrar o impacto das DCNT e que os investimentos em fatores de risco de DCNT valem a pena dada a sua relação causal com a pobreza individual, desenvolvimento nacional e crescimento econômico. *AMPLIADAS* • Revisitar os ODM e adaptá–los para abordar ou incluir explicitamente determinantes de DCNT. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Identificar necessidades de pesquisa e uma agenda na esfera nacional. *AMPLIADAS* • Estabelecer fundos nacionais e regionais para pesquisa.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
6. Facilitar o desenvolvimento e fortalecimento contínuo da avaliação de estratégias de promoção da saúde que incentivam a atividade física, alimentação saudável e o controle do tabaco.	• Até 2010, todos os países incluirão um plano de avaliação como um componente essencial de todas as atividades de promoção da saúde e prevenção de DNT para medir o impacto dessas atividades sobre determinantes das DNT (processo, estrutura e resultado). • Até 2015, todos os países terão um mecanismo para assegurar que suas avaliações serão divulgadas amplamente na população nacional e outros países.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Desenvolver e disseminar diretrizes regionais para processos de avaliação. • Disseminar dados, de experiências de sucesso ou não. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Adaptar e implementar as diretrizes regionais em atividades de avaliação. • Documentar e trocar experiências com outros países, com ajuda da Secretaria.

Gestão Integrada de Doenças Crônicas e Fatores de Risco

Objetivo: Facilitar e apoiar o fortalecimento da capacidade e competências do sistema de saúde para prevenção e controle na gestão integrada de doenças crônicas e seus fatores de risco.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
1. Fornecer assistência técnica aos países em desenvolvimento no fortalecimento, execução e avaliação de seus programas de doenças crônicas. (Os programas nacionais incluem as seguintes doenças crônicas e fatores de risco: doenças cardíacas, acidente cerebrovascular, hipertensão, diabete, cânceres mais graves, assistência paliativa, obesidade, asma e hipercolesterolemia.)	• Até 2008, todos os Estados Membros terão desenvolvido um programa (com orçamento, administrador, plano, etc.) para a prevenção e controle integrados de DCNT e seus fatores de risco. • Até 2010, todos os Estados Membros terão iniciado a implementação dos programas. • Até 2015, todos os Estados Membros terão implementado totalmente os programas.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Desenvolver e fornecer um modelo ou matriz padrão para os países avaliarem seus programas de doenças crônicas. • Em colaboração com os Estados Membros, realizar avaliações a cada cinco anos para avaliar situação do programa, deficiências e avanços. • Fornecer recomendações e assistência técnica aos Estados Membros sobre a introdução de novas tecnologias eficazes em função do custo em programas de doenças crônicas (por exemplo, adaptar programas de prevenção do câncer cervical para acomodar a vacina do papilomavírus humano). • Ajudar os Estados Membros na implementação de resoluções e acordos internacionais assinados ou acordados (por exemplo, FCTC, DPAS, Controle do câncer, etc.). • Desenvolver ferramentas de avaliação de programas, ajudar países na avaliação de seus programas de doenças crônicas e fornecer sugestões para melhorar a organização, execução e gestão de programas. *AMPLIADAS* • Em colaboração com os Estados Membros, desenvolver um plano de mobilização de recursos. • Coordenar e ajudar os Estados Membros nos esforços de mobilização de recursos de modo a obter fundos para possibilitar a implementação de programas de doenças crônicas. • Organizar reuniões de doadores, buscar parcerias com potenciais doadores, promover a causa das doenças crônicas junto aos doadores. • Facilitar a cooperação nacional de ações interdisciplinares, intersetoriais e interministeriais. • Criar e fomentar parcerias com organizações que compartilham nossos objetivos, a fim de empreender atividades conjuntas e mobilizar recursos, incluindo a formulação conjunta de propostas de projetos.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
		DESEJÁVEIS • Trocar informações, lições aprendidas e experiências de países da Região que podem fornecer orientação útil para abordar as doenças crônicas. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Utilizar e modificar, conforme necessário, ferramentas de avaliação recomendadas pela Secretaria. • Incorporar tecnologias eficazes em função do custo recomendadas pela Secretaria e adaptá–las ao ambiente específico do país. *AMPLIADAS* • Elaborar um plano de mobilização de recursos • Organizar reuniões de doadores, buscar parcerias com potenciais doadores, promover a causa das doenças crônicas junto aos doadores.
2. Facilitar o fortalecimento e/ou reorientação de sistemas de saúde para otimizar a gestão das doenças crônicas e seus fatores de risco.	• Até 2010, todos os Estados Membros terão aumentado a cobertura dos serviços de assistência de saúde preventiva para 10% da população. • Até 2015, todos os Estados Membros terão aumentado a cobertura dos serviços de assistência de saúde preventiva para 20% da população. • Até 2008, todos Estados Membros terão estabelecido equipes multidisciplinares de saúde como principais provedores de serviços de assistência primária. • Todos os Estados Membros terão reorientado seus sistemas de saúde, com base em um forte modelo de assistência de saúde primária que possibilita a implementação de programas e políticas de gestão de doenças crônicas até 2015. • Todos os Estados Membros estabelecem e monitoram indicadores da qualidade da assistência (acesso, oportunidade, acessibilidade, qualidade e cobertura) de acordo com padrões aceitos de prevenção e controle de doenças crônicas.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Ajudar os países a incorporar promoção da saúde, educação e prevenção primária nos serviços rotineiros de assistência primária. • Ajudar os Estados Membros a incorporar medicamentos essenciais para DNT em seus orçamentos nacionais. • Medir a qualidade dos serviços de doenças crônicas (incluindo cumprimento de diretrizes e protocolos, agenda de consultas, encaminhamentos, alcance das equipes de assistência primária, assistência domiciliar, intervenções comunitárias, reabilitação, assistência paliativa). • Elaborar métodos contínuos de melhora da qualidade, incluindo entrevistas pós–consulta e mecanismos de consulta aos provedores, para testar métodos que melhorarão a qualidade da assistência das doenças crônicas. *AMPLIADAS* • Ajudar os Estados Membros a reorientar seus sistemas de saúde com base na assistência de saúde primária, de acordo com a Declaração Regional. • Medir acesso, oportunidade, acessibilidade, qualidade e cobertura dos serviços de assistência de saúde para prevenção e controle de doenças crônicas. *DESEJÁVEIS* • Empreender estudos sobre as barreiras à assistência de saúde e satisfação do usuário com serviços de doenças crônicas a fim de melhor entender as questões e ações corretivas necessárias para melhorar a assistência.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
		Estados Membros *BÁSICAS* • Medir a utilização dos serviços de saúde preventiva (triagem, exames de saúde, programas de educação, etc.). • Elaborar e implementar projetos de demonstração sobre gestão integrada de doenças crônicas que ajudem a fortalecer os serviços de saúde para prevenção e controle de doenças crônicas. *AMPLIADAS* • Elaborar um estatuto de direitos do paciente (qualidade da assistência). • Identificar a disponibilidade e vantagens dos serviços comunitários vinculados aos serviços de saúde. *DESEJÁVEIS* • Medir acesso, oportunidade, acessibilidade, qualidade e cobertura dos serviços de saúde para prevenção e controle de doenças crônicas. • Empreender estudos sobre as barreiras à assistência de qualidade e satisfação do usuário com serviços de doenças crônicas a fim de melhor entender as questões e ações corretivas necessárias para melhorar a assistência.
3. Fomentar o desenvolvimento, disseminação e implementação de diretrizes e protocolos integrados baseados em evidências para a prevenção e controle de doenças crônicas e seus fatores de risco.	• Até 2008, todos os países terão desenvolvido diretrizes e protocolos, disponibilizando–os amplamente, e iniciado o treinamento sobre sua utilização. • Até 2010, todos os Estados Membros terão institucionalizado diretrizes clínicas para a detecção e gestão integrada das principais doenças crônicas e fatores de risco como acidente cerebrovascular, sobrepeso/obesidade, doença cardíaca, hipertensão, câncer grave e assistência paliativa, diabetes e asma. • Até 2015, todos os Estados Membros terão avaliado a aplicação das diretrizes.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Facilitar e ajudar os países na criação e/ou atualização de diretrizes da prática clínica e protocolos programáticos apropriados ao país, utilizando um processo participativo. • Ajudar os países a treinar provedores na aplicação e utilização das diretrizes (programa de treinamento de treinadores, cursos de aprendizado eletrônico, etc.). *AMPLIADAS* • Disseminar diretrizes sobre as principais doenças crônicas. • Ajudar os países na criação de sistemas de incentivo para encorajar boas práticas clínicas de acordo com as diretrizes estabelecidas. *DESEJÁVEIS* • Examinar, consolidar e disseminar novo conhecimento sobre estratégias eficazes em função do custo para prevenção e controle de doenças crônicas que ajudem os países no estabelecimento de diretrizes e protocolos. • Ajudar os países no estabelecimento de padrões mínimos e sistemas de monitoramento– para supervisionar a aplicação das diretrizes.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
		Estados Membros *BÁSICAS* • Disseminar diretrizes sobre as principais doenças crônicas e fatores de risco. • Monitorar e avaliar a aplicação das diretrizes. *AMPLIADAS* • Estabelecer uma força–tarefa ou comitê de monitoramento para assegurar a utilização apropriada dos protocolos e treinamento periódico sobre todos os aspectos das diretrizes e protocolos, desde o desenvolvimento até a implementação. *DESEJÁVEIS* • Colaborar com associações profissionais para promover a aplicação contínua de diretrizes padrão.
4. Fomentar o desenvolvimento e melhoria das competências na força de trabalho da saúde para administrar de forma apropriada e eficaz a prevenção e controle de doenças crônicas.	• Até 2010, todos os Estados Membros terão incorporado currículos de treinamento em gestão de doenças crônicas em seus programas de educação de profissionais da saúde (escolas de medicina, escolas de enfermagem, treinamento médico aliado, etc.). • Até 2008, todos os Estados Membros terão implementado educação contínua da força de trabalho da saúde para reforçar as habilidades e competências para a gestão de doenças crônicas, incluindo qualidade da assistência.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Elaborar perfis de competências mínimas e tarefas práticas para profissionais da saúde e gerentes de programas. • Influenciar a criação e implementação de currículos de treinamento sobre prevenção e controle de doenças crônicas na educação de profissionais da saúde. *AMPLIADAS* • Fomentar a criação de redes e centros regionais de treinamento para apoiar os países em suas iniciativas de educação contínua sobre prevenção e controle de doenças crônicas. *DESEJÁVEIS* • Ajudar e encorajar os Estados Membros na formação de equipes multidisciplinares para os serviços de saúde. • Elaborar perfis da composição mínima das equipes multidisciplinares de saúde para a prevenção e controle de doenças crônicas nos serviços de saúde. • Encorajar os países a utilizar os perfis em seus programas. • Facilitar, intermediar e promover oportunidades de aprendizado e intercâmbios entre países para apoiar o desenvolvimento dos profissionais da saúde na área da gestão de doenças crônicas.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
5. Facilitar a criação e utilização de sistemas de informação de saúde para a gestão e avaliação apropriada de pacientes e programas como parte integrada do sistema de vigilância.	• Até 2015, os países terão desenvolvido sistemas de informação (tecnologia) para registros da saúde clínica integrados no sistema de vigilância. • Todos os Estados Membros terão implementado sistemas de informação clínica, com base nas diretrizes de prática clínica para gestão do paciente em seu sistema de assistência de saúde até 2015.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Elaborar padrões para modelos de sistemas de informação sobre doenças crônicas. *AMPLIADAS* • Coletar e trocar informação sobre as metodologias e experiências em sistemas de informação da saúde para programas de doenças crônicas em países da Região. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Promover a automação dos processos de coleta de informação sobre saúde clínica. • Facilitar a utilização e monitorar a utilização do sistema de informação sobre saúde clínica para a gestão apropriada do paciente. *AMPLIADAS* • Promover a utilização da Classificação Internacional de doenças. *DESEJÁVEIS* • Colaborar com o setor de saúde privado para obter-dados necessários (sobre gestão de doenças crônicas).
6. Permitir o autocuidado e monitoração às pessoas com condições crônicas e fatores de risco e suas famílias.	• Até 2015, todos os Estados Membros terão incorporado a educação do paciente, incluindo autocuidado e monitoração, como parte dos programas de gestão de doenças crônicas.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Ajudar os países no estabelecimento de programas para formar habilidades de autocuidado e monitoração nos pacientes e suas famílias, promover o cumprimento, capacitar indivíduos e fomentar a auto–responsabilidade pela saúde. • Ajudar os países a melhorar as competências dos profissionais de saúde no aconselhamento e educação do paciente. *AMPLIADAS* • Identificar e promover estratégias bem–sucedidas utilizadas por outros grupos da saúde (por exemplo, AIDS) sobre habilidades de autocuidado e monitoração. • Criar e disseminar metodologias sobre habilidades de autocuidado e monitoração. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Formular diretrizes para profissionais da saúde sobre educação e mudança comportamental. • Melhorar as competências dos profissionais da saúde no aconselhamento e educação do paciente.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
		AMPLIADAS • Criar e disseminar ferramentas sobre habilidades de autocuidado e monitoração para pessoas com doenças crônicas e em risco de contrair doenças crônicas. • Estimular e habilitar os grupos de pacientes a realizar assistência de apoio. • Identificar e promover estratégias bem–sucedidas utilizadas por outros grupos da saúde (por exemplo, AIDS) sobre aptidões de autocuidado e monitoração.
7. Assegurar melhor acesso às tecnologias e medicamentos essenciais para a gestão de doenças crônicas e fatores de risco e assegurar sua utilização racional.	• Até 2008, todos os Estados Membros terão avaliado o acesso a medicamentos essenciais para doenças crônicas. • Até 2010, todos os Estados Membros terão assegurado a disponibilidade e acessibilidade de tecnologias para diagnóstico, tratamento e autogestão. • Até 2010, todos os Estados Membros têm estratégia para a utilização racional de medicamentos incluindo a lista desejável de medicamentos essenciais, diretrizes de prescrição, administração, efeitos com outros medicamentos e determinação de preço. • Até 2015, todos os Estados Membros terão aumentado o acesso da população a medicamentos essenciais para doenças crônicas em 70%.	**Secretaria** *BÁSICAS* • Ajudar os países a melhorar o acesso a medicamentos essenciais para doenças crônicas. • Avaliar a situação do acesso a medicamentos essenciais para doenças crônicas e identificar necessidades específicas. • Ajudar os países a assegurar a qualidade dos medicamentos desde a produção e distribuição até a administração. • Ajudar os países a promover a utilização racional de medicamentos. • Preparar ou atualizar listas de medicamentos essenciais, incluindo os necessários para o tratamento e gestão de DNT. *AMPLIADAS* • Fortalecer estratégias para melhorar a capacidade de negociação: utilizar o fundo estratégico da OPAS, negociar com produtores farmacêuticos e atacadistas, promover políticas que encorajem a prescrição e utilização de medicamentos genéricos como uma estratégia para reduzir os preços e trocar informação entre países sobre o custo dos medicamentos. • Defender e encorajar os países a ver de forma favorável a utilização de medicamentos necessários para a assistência paliativa. • Implementar e disseminar boas práticas para operação de farmácias e tratamento farmacêutico.

Objetivos específicos	Indicadores	Atividades
		DESEJÁVEIS • Ajudar os países na avaliação, incorporação e gestão de tecnologias de saúde. • Avaliar as necessidades de tecnologia da saúde dos países para diagnóstico, tratamento, reabilitação e autogestão. • Avaliar tecnologias e o impacto de intervenções tecnológicas mediante estudos específicos. • Ajudar os países a melhorar sua capacidade de regulamentar equipamentos médicos. • Ajudar os países a melhorar o acesso às informações necessárias para tecnologias de saúde eficazes em função do custo. • Melhorar a capacidades dos Estados Membros de negociar a aquisição de equipamento de saúde e facilitar seu entendimento das diferentes opções mais avançadas disponíveis na área. **Estados Membros** *BÁSICAS* • Fortalecer estruturas e procedimentos de planejamento, aquisição, utilização, apoio a serviços de tecnologia, avaliação e eliminação. *AMPLIADAS* • Apoiar o estabelecimento e organização de departamentos de engenharia clínica em hospitais e fomentar educação profissional. *ACONSEJABLES* • Avaliar tecnologias e o impacto de intervenções tecnológicas mediante estudos específicos. • Facilitar o acesso à tecnologia da informação sobre assistência de saúde.



Anexo 2: Resolução CE138.R1

Estratégia e Plano de Ação Regional para um Enfoque Integrado à Prevenção e Controle das Doenças Crônicas, Inclusive Alimentação Saudável e Atividade Física

A 138ª Sessão do Comitê Executivo,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a Estratégia e Plano de Ação Regional para um Enfoque Integrado à Prevenção e Controle das Doenças Crônicas, inclusive alimentação saudável, Atividade Física e Saúde (Documento CE138/17),

Resolve:

Recomendar ao 47o Conselho Diretor a adoção de uma resolução assim redigida:

O 47º Conselho Director,

Tendo considerado o relatório da Diretora sobre a Estratégia e Plano de Ação Regional para um Enfoque Integrado à Prevenção e Controle das Doenças Crônicas inclusive alimentação saudável, Atividade Física e Saúde (Documento CD47/17, Rev. 1);

Considerando a Resolução CSP26.R15 (2002), sobre a Resposta de Saúde Pública às Doenças Crônicas, que reconhece a pesada carga econômica e social das doenças não transmissíveis e prevê maior cooperação técnica coordenada da Organização Pan–Americana da Saúde;

Considerando a Resolução WHA57.17, Estratégia Global sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (2004), que dá ênfase a um enfoque integrado e à colaboração intersetorial para melhorar a alimentação e aumentar a atividade física;

Consciente de que as doenças crônicas são responsáveis por 70% dos óbitos na Região das Américas, e de que mais da metade das mortes prematuras antes dos 70 anos de idade é imputável a doenças crônicas;

Inteirado de que as doenças crônicas são em grande parte evitáveis, bem como da disponibilidade de comprovação científica e de intervenções econômicas;

Destacando a importância de concentrar a atenção no avanço das Metas de Desenvolvimento do Milênio, fazendo face, ao mesmo tempo, à crescente carga de doenças crônicas que também afetam a população vulnerável; e

Reconhecendo a urgência de que os Governos, o setor privado, a sociedade civil e a comunidade internacional renovem seu compromisso para com a prevenção e controle das doenças não transmissíveis,

Resolve:

1. Instar os Estados Membros a:
   a) Priorizar a prevenção e o controle integrado das principais doenças crônicas e seus fatores de risco comuns, instituindo e/ou fortalecendo programas nacionais e assegurando recursos condizentes com a sua morbidade;
   b) Elaborar e colocar em prática planos nacionais e promover a implementação de políticas públicas guiadas pela Estratégia e Plano de Ação Regional;
   c) Executar o Plano de Ação conforme seja apropriado, dentro de um enfoque integrado dos sistemas de saúde, com base na atenção primária à saúde, dando ênfase à ação intersetorial e monitorando e avaliando a efetividade dos programas e a alocação de recursos.

2. Solicitar à Diretora que:
   a) Fortaleça o desenvolvimento de um enfoque integrado à prevenção e controle das doenças crônicas, inclusive alimentação saudável e atividade física, concentrando a atenção nas necessidades dos países de baixa renda e nas populações vulneráveis;
   b) Apóie os Estados Membros em seus esforços para o melhoramento do sistema de informação em saúde para monitorar as doenças crônicas, seus fatores de risco e a repercussão das intervenções de saúde pública;
   c) Apóie os Estados Membros para o fortalecimento da capacidade e das competências para a gestão integrada das doenças crônicas e seus fatores de risco dentro do sistema de saúde;
   d) Estabeleça novas parcerias ou fortaleça as existentes dentro da comunidade internacional para mobilização de recursos, promoção da causa e da pesquisa colaborativa relacionada com a implementação da Estratégia e Plano de Ação Regional.

Agradecimentos

Este documento foi preparado através de um processo de consulta continental liderado pela Unidade de Doenças Não Transmissíveis (secretaria) da Organização Pan–Americana da Saúde. As pessoas e organizações listadas abaixo contribuíram enormemente para o desenvolvimento deste documento. Realizaram–se consultas nacionais em vários países incluindo Brasil e Paraguai. Além disso, realizaram–se cinco consultas sub–regionais através de vídeo–conferências. Finalmente vários consultores internos e externos realizaram contribuições para o desenvolvimento da versão final da estratégia e plano de ação.

Secretaria (OPAS/OMS)

Barceló, Alberto
Beaglehole, Robert (OMS)
Brana, Monica
Cafiero, Elizabeth
Campano, Marianne
Etienne, Carissa
Hospedales, James
Jacoby, Enrique
Legetic, Branka
Luciani, Silvana
Lutter, Chesa
Pérez–Flores, Enrique
Pico, Maria
Ragoobirsingh, Dalip

Revisores Externos

Choi, Bernard (Canada)
Hennis, Anselm (Barbados)
Stachenko, Sylvie (Canada)

Revisores Internos (OPAS/OMS)

Nebot, Carme
Barnett, Beverly
Caballero, Dora
Castellanos, Luis Gerardo
Chang, Jenny
Glennis, Andall
Hernandez, Nelly
Lutter, Chessa
Puentes, Cristina
Thompson, Lorraine
Vazquez, Enrique

Participantes nas Consultas Regionais

Acosta, Lu, Facilitator, EUA
Altamirano, Lesbia, OPAS/OMS Nicaragua
Barceló, Alberto, OPAS/OMS Washington DC
Barnett, Beverley, OPAS/OMS Washington DC
Beaglehole, Robert, Geneva OMS
Becker, Roberto, OPAS/OMS Washington DC
Brana, Monica, OPAS/OMS Washington DC
Brohim, Robert, CARICOM, Guyana
Cafiero, Elizabeth, OPAS/OMS Washington DC
Campano, Marianne, OPAS/OMS Washington DC
Cerqueira, Maria Teresa, OPAS/OMS Washington DC
Chaparro, Marcos, OPAS/OMS Washington DC
Clottey, Clarence, Canada
Cohen, Raquel, University of Miami
Concha, Alberto, OPAS/OMS Washington DC
Corea, Dinorah, Nicaragua
D'Alessio, Rosario, OPAS/OMS Washington DC
del Aguila, Roberto, OPAS/OMS Costa Rica
Duncan, Roger, St. Vincent
Escobar, Maria Cristina, Chile
Espinel, Zelde, University of Miami
Etienne, Carissa, OPAS/OMS Washington DC
Florez, Hermes, University of Miami
Gebre, Yitades, OPAS/OMS Bahamas
Gómez–Marín, Orlando, University of Miami
Gómez, Elsa, OPAS/OMS Washington DC
Gordillo, Amparo, OPAS/OMS Washington DC
Hospedales, James, OPAS/OMS Washington DC
Ippolito–Shepherd, Josefa, OPAS/OMS Washington DC
Jacoby, Enrique, OPAS/OMS Washington DC
Kohl, III, Harold W. (Bill), CDC, USA
Legetic, Branka, OPAS/OMS Washington DC
Lewis, Merle, OPAS/OMS Washington DC
Libanio, Otaliba, Brasil
Licorish, John, Barbados
Lopez, Gloria, Assiociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD), Chile
Luciani, Silvana, OPAS/OMS Washington DC
Lutter, Chesa, OPAS/OMS Washington DC
MacLean, David, Institute for Health Research and Education (IHRE), Canada
Marcet Champagne, Beatriz, Inter American Heart Foundation
Maynard, Glenda, OPAS/OMS CPC Barbados
McCoy, Clyde B., University of Miami, USA
Moreira, Marcia, OPAS/OMS, Paraguai
Nebot, Carme, OPAS/OMS Washington DC
Otero, Hector, República Dominicana
Patiño, Alvaro, University of Miami, USA

Pérez–Flores, Enrique, OPAS/OMS Washington DC
Peruga, Armando, OPAS/OMS Washington DC
Pico, Maria, OPAS/OMS Washington DC
Puentes, Cristina OPAS/OMS Washington DC
Ragoobirsingh, Dalip, OPAS/OMS Washington DC
Roca, Angel, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), USA
Santini, Antonio, Brasil
Santos–Burgoa, Carlos, Mexico
Selin, Heather, OPAS/OMS Washington DC
Solis, Cecilia, Peru
Tacsan Chen, Luis, Costa Rica
Tambini, Gina , OPAS/OMS Washington DC
Tejada, Francisco (Paco), University of Miami, USA
Vega, Enrique OPAS/OMS Washington DC
Xuereb, Godfrey, CFNI, OPAS/OMS, Jamaica
Williams, Noelia OPAS/OMS Washington DC

Organizações Contribuintes

Caribbean Epidemiology Center (CAREC)
Public Health Agency of Canada

Participantes nas Consultas Sub–regionais

Argentina

Becerra, Carlos
Boj, Teresa
Brito, Maggie
Medina, Bárbara
Gagliardino, Juan Jose
Toro, Jorge
Vallebuona, Clelia
Vazquez, Enrique (OPAS/OMS)

Bahamas

Gebre, Yitades (OPAS/OMS)
Johnson, Daniel
Rolle, Anne
Smith, Sandra
Symonette, Anya

Barbados

Carter–Taylor, Denise
Licorish, John
Maynard, Glenda (OPAS/OMS) – também representando St Vincent e Grenadines

Belize

Castillo, Anthony
McBride, Beth

Jenkins, Valerie
Ghazy, Khalid
Thompson, Lorraine (OPAS/OMS)

Bolivia

Caballero, Dora (OPAS/OMS)
Calancha, Fatma
Maldonado, Angel
Maldonado, Ramiro

Brasil

Armando, Carlos
Boaretto, Cristina
Cezário, Antônio
de Castro, Adriana
Figueroa, Rubén (OPAS/OMS)
Goulart, Dillian
Libânio, Otaliba
Malta, Deborah
Mendonça, Gulmar
Moura, Lenildo
Sampaio, Rosa
Simões, Nilton
Telles, José Luiz
Vasconcellos, Ana Beatriz

Chile

Aguilera, Ximena
Amarales, Lidia
Arcil, Ghislaine
Escobar, María Cristina
Fábrega, Ricardo
Morgado, Patricia
Muñoz, Fernando
Pizarro, Tito
Prieto, Marta
Crocco, Pedro
Molina, Helia
Sotelo, Juan Manuel (OPAS/OMS)
Kanda, Tomo (OPAS/OMS)

Cuba

Bonet, Mariano
Dueñas, Alfredo
Landrove, Orlando
Miyar, Rolando (OPAS/OMS)
Varona, Patricia

Equador
Rodríguez, Margarita

El Salvador
Cáceres, Néstor
Córdova, José Andrés
de Maza, Dinorha
Fortín, Margorie
Merino, Gerardo
Palomo, Néstor
Sermeño Hernández, Lucio

Haiti
Larco, Philippe
Marhone, Jocelyn
Pierre – Louis, Jocelyn
S Poitevien, Geneviéve
Vély, Jean – François (OPAS/OMS)

Honduras
Henriquez, Odesa
Palma, Ruben
Prudot, Suyaga
Rivera, Orlando

Jamaica
Barton, Everard
Chang, Janice (OPAS/OMS)
Chen, Debra
Edwards, Sharmaine
Griffith, Violet
Lee, Marva
Lewis–Fuller, Eva
Less, Lurline
Xuereb, Godfrey (CFNI)

México
Castellanos, Luis Gerardo (OPAS/OMS)
Lara, Agustin

Nicaragua
Amador, Juan José
Medina, Enrique
Pastora, Martha
Peña, Rodolfo
Villagra, Lucy

Paraguai
Cañete, Felicia
Moreira Marcia (OPAS/OMS)

Peru
Arana, Ana María
Bautista Garcia, Felix
Gonzalez, Fernando (OPAS/OMS)
Mario Valcarcel (OPAS/OMS)
Miraval, Maria Luz
Revilla, Luis
Solis–Rosas, Cecilia

República Dominicana
Escaño, Félix
Estepan, Tomiris
Geraldino, Mario
Medina, Yadira
Natera, Ilda
Riera, Celia (OPAS/OMS)
Rodríguez, Bienvenida
Rosario, Rubén Darío
Then, Amarilys

Trinidade e Tobago
Buddah, Nilesh (CAREC)
umberbatch, Anton
Francis, Marlene (CAREC)
Paul, Rosemary
Phillips, Carlton
Roach, Veronica
Sunarnidi, Kumar
Cancer Society
South Cancer Group

Uruguai
González, Julio (OPAS/OMS)
Rodríguez, María
Sandoya, Edgardo
Vázquez, Rodolfo
Zelarayán, Mario

Venezuela
Rivera, Edgar
Bergonzoli, Gustavo (OPAS/OMS)

Referências

1. World Health Organization. *WHO Global Report. Preventing Chronic Diseases? A Vital Investment*. Geneva: WHO; 2005.

2. Yach D, Hawkes C, Gould CL, Hofman KJ. The Global Burden of Chronic Diseases. *JAMA* 2004; 291(21): 2616-2622.

3. World Health Organization. The World Health Report 2002– Reducing Risks, Promoting Healthy Life, Genebra: WHO; 2002.

4. Pan American Health Organization. *Health in the Americas. Volume I*. 2002 ed. Washington, DC: PAHO; 2002.

5. Murray C., López AD. *The global burden of disease*. Cambridge, Mass, EUA: World Health Organization, Harvard School of Public Health and World Bank, 1996.

6. Velazquez–Monroy O, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A, Pastelin Hernandez G, Sanchez–Castillo C, Attie F, et al. Prevalence and interrelations of noncommunicable chronic diseases and cardiovascular risk factors in Mexico. Final outcomes from the National Health Survey. *Archivos de cardiología de México* 2003;73(1):62–77.

7. World Health Organization and International Union against Cancer. *Global Action against Cancer Updated* Version. Geneva: WHO; 2005.

8. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81(1):19–28.

9. Pan American Health Organization. The WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity, and Health (DPAS), Implementation Plan for Latin America and the Caribbean 2006–2007. 2006. (Unpublished document).

10. Klein–Geltink J, Choi Bernard, Fry Richard. Multiple exposures to smoking, alcohol, physical inactivity and overweight: Prevalences according to the Canadian Community Health Survey Cycle 1.1. *Chronic Diseases in Canada* 2006; 27 (1): 25–31

11. National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey. *http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus04trend.pdf#069* Accessed 26 May 2006.

12. World Health Organization. Sedentary lifestyle: A Global Public Health Problem. Geneva: WHO; 2002.

13. World Health Organization. *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Disease, Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation,* Geneva: WHO; 2003. (WHO Technical Report Series No. 916).

14. Tobacco Control Programme, Health Canada. Youth Smoking Survey 2002. *http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat* Accessed 30 May 2006.

15. Global Youth Tobacco Survey Collaborative Group. Special Report: Tobacco use among youth: a cross country comparison. *Tobacco Control* 2002;11:252–270.

16. Jamison, DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., eds. *Priorities in Health*. Washington, DC: The World Bank; 2006.

17. US Preventive Services Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 3rd ed. Washington, DC: Agency for Health Care Research and Quality; 2004.

18. Eyre H, Kahn R, Robertson RM; American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association. Collaborative Writing Committee. Preventing Cancer, Cardiovascular Disease and Diabetes: a common agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association. *Diabetes Care* 2004;27(7):1812–1824.

19. Swinburn, B, Gill, T, Kumanyika, S. Obesity Prevention: a proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews: an Official Journal of the International Association for the Study of Obesity* 2005;6(1):23–33.

20. Aboderin, I, Kalache, A, Ben-Sholmo, Y, Lynch, JW, Yajnik, CS, Kuh, D, et al. Life Course Perspectives on Coronary Heart Disease, Stroke and Diabetes: Key Issues and Implications for Policy and Research. Summary report of a meeting of experts 2–4 May 2001. Geneva: WHO; 2001. (WHO/NMH/NPH/01.4)

21. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality Improvement in Chronic Illness. A Collaborative Approach. The Joint Commission Journal on Quality Improvement 2001;27(2):63–80.



Organização
Pan-Americana
da Saúde

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde