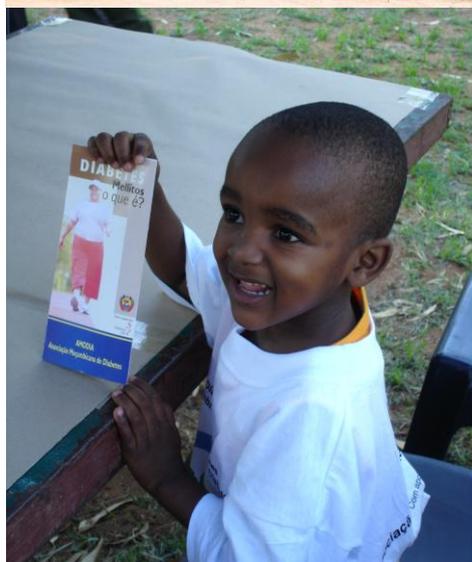




REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



**PLANO ESTRATÉGICO
NACIONAL DE PREVENÇÃO E
CONTROLO DAS DOENÇAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS PARA O
PERÍODO 2008-2014**

Este Plano pertence ao Ministério da Saúde de Moçambique e foi elaborado pela Dra. Carla Silva Matos, MD, MPH com especialidade em epidemiologia, Chefe do Departamento de Prevenção e Controlo da Incapacidade e Doenças Não Transmissíveis com o apoio dos seguintes profissionais que contribuíram para revisão, comentários e elaboração do Plano de Monitoria e Avaliação. A todos que directa ou indirectamente deram o seu contributo para a elaboração deste plano, um bem haja.

MISAU:

Dr. Mouzinho Saíde, Direcção Nacional de Prevenção e Promoção de Saúde e Controlo das Doenças

Dra. Rosa Marlene Manjate, Direcção Nacional de Promoção de Saúde e Controlo das Doenças

Dra. Elsa Jacinto, Direcção Nacional de Promoção e Prevenção de Saúde

HCM

Prof. Doutor Albertino Damasceno, Departamento de Cardiologia

Prof. Dr. Aires Fernandes, Departamento da Medicina Interna

Prof. Doutora Carla Carrilho, Departamento de Anatomia Patológica

Dra. Paula Caupers, Departamento da Medicina Interna

Dr. Josefo Ferro, Departamento de Anatomia Patológica

Prof. Doutora Elisabeth Nunes, Departamento de Pneumologia

Dra. Paula Perdigão, Pneumologista

Dra. Anilsa Daniel, Departamento de Pneumologia

Prof. Doutora Sandra Mavale, Departamento de Pediatria

OMS

Dr. Pierre Kahosi

Dra. Raquel Mahoque

USAID/Forte Saúde

Dra. Isabel Nhatave

Prof. Doutor Humberto Faustino

Prof. Doutor Baltazar Chilundo

Dr. João Carlos Mavimbe

Dra. Verónica Reis

International Insulin Foundation

David Beran

ÍNDICE

Lista das Tabelas	iii
Lista de Diagramas.....	iii
Lista dos Anexos	iii
Lista de Abreviaturas.....	iv
PREFÁCIO.....	v
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	vii
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Perfil do País.....	1
1.1.1 Situação geográfica e demográfica	1
1.1.2 Situação sócio-económica.....	1
1.1.3 Indicadores de Saúde.....	2
1.1.4 Sistema Nacional de Saúde	2
2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO.....	5
2.1 Doença Cardiovascular	5
2.2. Diabetes Mellitus	6
2.2.1 Intervenções recomendadas para prevenção e controlo das DCV e diabetes 6	
2.3 Cancro	7
2.3.1 Cancro do Colo Uterino	7
2.3.2 Intervenções recomendadas para prevenção e controlo do cancro do colo uterino.....	8
2.3.4 Cancro da Mama	9
2.3.5 Intervenções recomendadas para prevenção e controlo do cancro da mama	10
2.3.6 Cancro da Próstata.....	10
2.3.7 Intervenções recomendadas para a prevenção e controlo do cancro da próstata.....	10
2.4 Doenças Respiratórias Crónicas	11
2.4.1 Asma	11
2.4.2 Intervenções recomendadas para prevenção e controlo do asma	
12	
2.5 O impacto financeiro e social das DNT.....	12
2.6 Estratégias de prevenção e controlo para DNT	14
3. RESPOSTA NACIONAL ÀS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	15
3.1 Principais actividades desenvolvidas por nível de prevenção	16
3.2 Principais Desafios e Oportunidades no controlo e prevenção das DNT em Moçambique.....	18
4. PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: 2008 -2014	19
4.1 Visão.....	19
4.2 Missão	19
4.3 Princípios Orientadores	19
4.4 Objectivo Geral.....	20
4.5 Objectivos Estratégicos	20
4.6 Principais Estratégias	20
4.7 Áreas de intervenção:.....	20
5. OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS.....	21
6. IMPLEMENTAÇÃO	24
6.1 Grupo Alvo.....	24
6.2 Estrutura de implementação do Plano.....	24
6.3 Implementação Efectiva do plano.....	24

7. MONITORIA E AVALIAÇÃO	26
ANEXOS	29
BIBLIOGRAFIA:	53

Lista das Tabelas

Tabela 1 - Indicadores de Saúde de Moçambique, em 1997 e 2003	2
Tabela 2 - Número de Profissionais de Saúde afectos ao SNS até Dezembro de 2006	3
Tabela 3 - Factores de risco modificáveis comuns às DNT	4
Tabela 4 - Prevalência de Hipertensão Arterial em Países Africanos	5
Tabela 5 – Monitoria	27

Lista de Diagramas

Diagrama 1 - Distribuição dos pacientes de Asma por faixas etárias SUR-HCM, 2006	12
Diagrama 2 - Fortalecimento da estrutura de gestão e provisão de serviços – DNTs	25
Diagrama 3 - Organigrama do Departamento de Prevenção e Controlo da Incapacidade e Doenças não Transmissíveis	25
Diagrama 4 - Estrutura multisectorial – para implementação do plano	26

Lista dos Anexos

Anexo 1 - Resumo dos resultados dos Factores de Risco Cardiovasculares	29
Anexo 2 - Entenda-se por Kit básico de consulta do doente crónico:	31
Anexo 3 - Entenda-se por Kit de medicamentos básicos para a consulta	32
Anexo 4 - Resultados da avaliação da consulta diabetes na AMODIA (Maputo, Beira e Quelimane)	33
Anexo 5 – Critérios para rastreio	34
Anexo 6 – Fluxogramas de resultados	35
Anexo 7 – Matrix de Actividades prioritárias	36
Anexo 8 – PLANO ORÇAMENTAL	51

Lista de Abreviaturas

ALCC	Associação de Luta Contra o Cancro
AMODIA	Associação Moçambicana dos Diabéticos
APDP	Associação de Protecção dos Diabéticos de Portugal
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CC	Consulta Crónica
CIN	Neoplasia Intraepitelial Cervical
CMAM	Central de Medicamentos e Artigos Médicos
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
CS	Centros de Saúde
DALYs	Disability Adjusted Life Years (incapacidade ajustada em anos perdidos)
DCD	Doenças Crónicas e Degenerativas
DCV	Doenças Cardiovasculares
DDS	Direcção Distrital de Saúde
DeProS	Departamento de Promoção para a Saúde
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DDNT	Departamento de Doenças não Transmissíveis
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DSC	Direcção de Saúde da Cidade
FID/IDF	Federação Internacional de Diabetes/International Diabetes Federation
FII/IF	Fundação Internacional de Insulina/International Insulin Foundation
HbA1c	Hemoglobina glicosilada
HC	Hospital Central
HCB	Hospital Central de Beira
HCM	Hospital Central de Maputo
HCN	Hospital Central de Nampula
HG	Hospitais Gerais
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HP	Hospitais Provinciais
HPV	Human Papillomavirus (Vírus do Papiloma Humano)
HR	Hospitais Rurais
HTA	Hipertensão Arterial
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IDS	Inquerito Demográfica de Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IEC	Inibidores das Enzimas de Conversão
IMC	Índice de Massa Corporal
MISAU	Ministério da Saúde
OE	Orçamento do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PARPA	Plano de Acção para Redução da Pobreza Absoluta
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PIB	Produto Interno Bruto
PS	Posto de Saúde
PSA	Antígeno Prostático Específico
RAPIA	Rapid Assessment for Insulin Access (Avaliação do acesso aos cuidados de saúde e medicamentos para diabéticos no Sistema Nacional de Saúde)
SAP	Serviço de Anatomia Patológica
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
STEPS	STEPWise Approach (avaliação de factores de risco cardiovasculares)
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
SWAP	Sector Wide Approach (Abordagem Sectorial Ampla)
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária
VIA	Visual Inspection After 3-5% Acetic Acid (inspecção visual após impregnação de ácido acético a 3-5%)
WDF	World Diabetes Foundation
WHF	World Heart Federation

PREFÁCIO

Hoje, Moçambique e o Serviço Nacional de Saúde (SNS) enfrentam um novo desafio: o aumento do peso das doenças não transmissíveis de entre as quais se destacam as doenças cardiovasculares, a diabetes e o cancro que eram consideradas doenças dos países desenvolvidos, têm um crescente impacto na morbilidade e mortalidade no nosso país. Em 2005 foram reportados 58 milhões de mortes no mundo por todas as causas, das quais 35 milhões devido às doenças não transmissíveis. Um estudo realizado nas Cidades de Maputo, Beira e Nampula, em 2001, mostrou que o peso da mortalidade por doenças não transmissíveis variou entre 13,1% e 24%.

Apesar dos desafios presentes do HIV/SIDA, da Tuberculose, da Malária e da mortalidade materno infantil, as doenças não transmissíveis estão silenciosa e firmemente a aumentar e serão o grande desafio que os nossos filhos e netos irão enfrentar. Isso porque existe uma correlação directa entre o desenvolvimento e doenças não transmissíveis.

O desenvolvimento económico traz grandes benefícios mas também mudanças negativas na dieta e estilos de vida. Em 2005, um estudo realizado em todo o país para avaliar a prevalência de factores de risco cardiovasculares mostrou que nas áreas urbanas 30,1% da população adulta entre 25-64 anos de idade tem excesso de peso e 11,5% são obesos. Estes valores são muito mais baixos nas áreas rurais mostrando claramente o impacto do desenvolvimento económico na saúde da população.

Até agora o nosso país não possuía uma estratégia para fazer face a este desafio. O presente Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis tem como meta diminuir o impacto das doenças não transmissíveis através de uma abordagem multisectorial abarcando os diferentes níveis de atenção, simultaneamente. O relatório da OMS “Prevenindo Doenças Crónicas: um investimento vital” mostra que existem medidas custo-eficazes que podem ser implementadas em países como o nosso para fazer face a este peso crescente.

As doenças não transmissíveis apresentam-se como um grande desafio para Moçambique, mas também uma grande oportunidade de colaborarmos com os diferentes sectores da sociedade moçambicana, bem como com os parceiros internacionais.

O preço de nada fazermos agora será para as gerações futuras de Moçambicanos um fardo muito difícil de transportar. Assim, apraz-me convidar todos os Moçambicanos, homens, mulheres e crianças, trabalhadores de saúde, meus colegas de outros ministérios, parceiros nacionais e internacionais a juntarem-se a nós nesta luta por um futuro saudável.

Maputo, aos _____ de Outubro de 2008.

O Ministro da Saúde

Prof. Dr. Paulo Ivo Garrido

SUMÁRIO EXECUTIVO

O Governo de Moçambique através dos seus documentos estratégicos PARPA II-2006-2009 e na Declaração de Política Nacional de Saúde -2006 define as Doenças Não Transmissíveis (DNT) como uma das principais prioridades para o próximo quinquénio. As Doenças Cardiovasculares (DCV), a Diabetes, as Doenças Respiratórias Crónicas (a Asma), o Cancro (Colo Uterino, Mama e Próstata) e o Trauma foram definidas como prioridades, com base no peso da morbimortalidade que elas representam para a população Moçambicana e na relação custo-eficácia das medidas preventivas.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) 2000, indica que as DNT têm vindo a aumentar representando 60% da mortalidade global (31,7 milhões de mortes) e cerca de 43% do peso de todas as doenças no mundo.

As DNT são também responsáveis por 80% de todas as mortes e por 60% de todas as causas de incapacidade que ocorrem nos países em desenvolvimento com importantes consequências no consumo dos serviços de saúde.

Em Moçambique, apesar de estudos epidemiológicos sobre doenças não transmissíveis serem escassos, o seu perfil epidemiológico não foge à realidade dos países em vias de desenvolvimento.

As doenças não transmissíveis constituem um fardo financeiro importante para o indivíduo, família e, para a sociedade bem como para o Serviço Nacional de Saúde.

Em resposta a esta situação, foi criada em 2000 a Repartição das Doenças não Transmissíveis, hoje Departamento de Doenças Não Transmissíveis (DDNT). O Departamento faz parte da Direcção Nacional de Saúde Pública e é constituído por duas Repartições: (i) Repartição das Doenças Crónico Degenerativas e (ii) Repartição do Trauma e Violência. O Departamento não possui representação no nível provincial.

O presente plano visa gerar e orientar uma resposta nacional e integrada às DNT constituindo desse modo, um plano não apenas do sector saúde mas sim, uma declaração de intenção para o país como um todo envolvendo outros sectores da nossa sociedade a todos níveis de prevenção e prestação de cuidados de saúde.

A visão do Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das DNT é a criação de um ambiente favorável que visa minimizar e/ou eliminar a exposição aos factores de risco e garantir o acesso aos cuidados de saúde às pessoas que dele necessitam.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Perfil do País

1.1.1 Situação geográfica e demográfica

Moçambique encontra-se situado na costa do sudeste africano e faz fronteira com a Tanzânia a Norte, o Malawi, Zâmbia, Zimbábue a Este e África do Sul e Swazilândia a Sul. É banhado pelo Oceano Índico a Oeste que se estende ao longo da costa com cerca de 2,470 quilómetros. Está dividido em 11 províncias: no Norte, encontram-se as províncias do Niassa, Cabo Delgado e Nampula, no Centro, Zambézia, Tete, Manica e Sofala e no Sul, Inhambane, Gaza, Maputo e Maputo Cidade com um total de 144 distritos. As províncias da Zambézia e Nampula comportam 40% da população e a cidade de Maputo- capital do país 1,5 milhão de habitantes.

Em 2007 a população foi estimada como sendo de 20,9 milhões de habitantes (projeções do censo de 1997, INE)¹, com uma taxa de crescimento anual de 1,8%. A sua estrutura demográfica é característica de um país em desenvolvimento, sendo a sua pirâmide demográfica de base muito larga e achatada no topo (*IDS, 1997*). Cerca de 40% da população é menor de 15 anos de idade, e 16,6% está abaixo de 5 anos de idade. As pessoas em idade reprodutiva (15-49 anos) constituem cerca de 49% da população (*IDS, 2003*). A idade média da população foi estimada em 17,4 anos.

A densidade populacional média é de 20 habitantes/Km² e cerca de 75% da população reside nas zonas rurais (*IDS, 2003*). A esperança de vida ao nascer está a diminuir, com a epidemia do HIV/SIDA, estando actualmente em cerca de 46,7 anos (*Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano, 2005*). A proporção da população vivendo nas zonas urbanas foi estimada em 35%.

1.1.2 Situação sócio-económica

O país é um dos mais pobres no mundo, está no 168º lugar de 177 países da lista do Índice de Desenvolvimento Humano. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita de Moçambique foi estimado pelo Banco Mundial em 310 USD em 2006. O crescimento do PIB foi estimado em cerca de 9,2% entre 2000 e 2004 (*INE*).

No ano 2005, cerca de 50,9% da população vivia na pobreza absoluta e 64% das famílias vivem em insegurança alimentar (*Relatório de Desenvolvimento Humano, 2005*). A redução da pobreza de 70% em 1997 para menos de 60% em 2005 e até 50% em 2010 constitui-se num grande desafio para o governo de Moçambique.

A informação económica de 2005 indica que a economia é baseada primariamente na indústria (41%), serviços (35%) e agricultura (24%). Contudo, a maior força de trabalho concentra-se no sector agrícola (81%). As exportações são primariamente para Holanda (60%), África do Sul (16%) e Zimbábue (3%). As importações provêm da África do Sul (43%), Holanda (12%) e Portugal (4%).

Menos de 30% da população tem acesso à água potável. A taxa de alfabetização de adultos em 2004 era de 47,2%, sendo de 33,8% registado para as mulheres (*Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano, 2005*).

1.1.3 Indicadores de Saúde

Os indicadores vitais de saúde entre o período 1997 e 2003, demonstram melhorias em termos de taxas de mortalidade geral e esperança de vida ao nascer (Tabela 1)².

Tabela 1 - Indicadores de Saúde de Moçambique, em 1997 e 2003

Indicadores	1997	2003
Taxa de Mortalidade Infantil	147/1,000 NV	124/1,000 NV
Taxa de Mortalidade < 5 anos	219/1,000 NV	178/1,000 NV
Taxa de Mortalidade Materna	690/100,000 NV	408/100,000 NV
Taxa Bruta de Mortalidade	21.2/1,000 Hab	17.2/1,000 Hab
Esperança de Vida ao Nascer	42,3 anos	46,3 anos

A seroprevalência do HIV em adultos entre os 15 e 49 anos de idade continua a aumentar ao nível do País e situa-se em 16,2%, sendo a região centro do País a mais afectada com 20,4%, a região sul com 18,1% e a região norte com 9,3%³. Os jovens em idade sexualmente activa continuam a ser o grupo mais afectado, sobretudo os do sexo feminino. Em 2005 foram reportados 26,328 casos novos confirmados de SIDA, dos quais 52,1%, em mulheres. O grupo etário mais afectado é o dos 25 a 29 anos de idade³.

1.1.4 Sistema Nacional de Saúde

Em Moçambique, os serviços de saúde são prestados em postos de saúde (PS), e centros de saúde (CS) - 1º nível de atenção; hospitais rurais (HR) e distritais - 2º nível; hospitais gerais (HG) e provinciais (HP) - 3º nível, e hospitais centrais (HC) - 4º nível.

A rede sanitária é constituída por 1,250 (652 PS, 435 CS, 4 HG, 27 HR, 7 HP, 3 HC e 2 H.Especializados - Serviços de Psiquiatria), o que perfaz uma unidade sanitária (US) por 15,000 habitantes, cifra ainda muito longe da meta do Plano de Acção para Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) que é de 1 US para 10,000 habitantes. Destas US apenas 3% são constituídas por hospitais com capacidade de resolver problemas complexos.

A restante população é coberta pela: medicina tradicional, agentes comunitários de saúde, agentes polivalentes elementares e parteiras tradicionais em número exíguo. Uma pequena parte da população é coberta pela medicina privada que se concentra principalmente nas grandes cidades.

Até Dezembro de 2006 existiam no Serviço Nacional de Saúde (SNS) 6,598 profissionais de saúde (excluindo pessoal administrativo e serventes) (Tabela 2). A maioria dos médicos 73,1% são médicos generalistas, 26,1% são médicos hospitalares e apenas 0,7% são médicos de saúde pública.

Tabela 2 - Número de Profissionais de Saúde afectos ao SNS até Dezembro de 2006

Categoria	Número
Médicos	606
Técnicos de Saúde Superior	45
Técnicos de Saúde nível Médio	1,350
Nível Básico	3,735
Nível Elementar	862
Total	6,598

O SNS é financiado através do Orçamento do Estado (OE), e pelo mecanismo de fundos comuns no contexto da abordagem sectorial ampla (SWAP) - 2000: o Fundo Comum - PROSAÚDE, para despesas ao nível central; o Fundo Comum Provincial, e o Fundo Comum dos Medicamentos.

O Governo de Moçambique através dos seus documentos estratégicos PARPA II-2006-2009 e na Declaração de Política Nacional de Saúde -2006 define as Doenças Não Transmissíveis (DNT) como uma das principais prioridades para o próximo quinquénio, nomeadamente: as Doenças Cardiovasculares (DCV), a Diabetes, Doenças Respiratórias Crónicas (a Asma), o Cancro (Colo Uterino, Mama e Próstata) e o Trauma. Estas doenças foram definidas como prioridades, com base no peso da morbimortalidade que elas representam para a população Moçambicana e na relação custo-eficácia das medidas preventivas.

As DNT são doenças que não podem ser transmitidas directa ou indirectamente (p.ex. diabetes e trauma) de pessoa a pessoa e representam uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o Mundo⁴. São também responsáveis por 80% de todas as mortes e por 60% de todas as causas de incapacidade que ocorrem nos países em desenvolvimento⁵ com importantes consequências no consumo dos serviços de saúde.

O relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) 2000, indica que as DNT têm vindo a aumentar representando 60% da mortalidade global (31,7 milhões de mortes) e cerca de 43% do peso de todas as doenças no mundo⁶. Dos 58 milhões de mortes ocorridas em 2005 por todas as causas, as DNT contribuíram em cerca de 35 milhões de mortes representando o dobro das mortes ocorridas por todas as doenças infecciosas, incluindo o HIV/SIDA, a Tuberculose e a malária, mortes maternas e peri-natais, e secundárias á deficiência nutricional⁶.

Os países em desenvolvimento vivem actualmente a chamada “transição demográfica e epidemiológica⁷ passando de um predomínio infeccioso agudo para um predomínio crónico com maior propensão à limitação e incapacidade física⁷. Com esta mudança a África Sub-Sahariana, tem enfrentado uma duplicação no peso da doença com uma elevada mortalidade e morbilidade devido as doenças transmissíveis e paralelamente um aumento das doenças não transmissíveis⁸.

Associado ao processo de transição epidemiológica, assiste-se também a uma transição nutricional no seio da população em especial nas áreas urbanas na África Sub-Sahariana, com o aumento do consumo de gorduras, açúcar e produtos derivados de animais e a diminuição do consumo de cereais e fibras.

Este processo ocorre ao mesmo tempo em que se assiste a um aumento da urbanização e comportamento mais sedentário nas grandes cidades⁹.

Em Moçambique, apesar de estudos epidemiológicos sobre doenças não transmissíveis serem escassos, o perfil epidemiológico dessas doenças não foge à realidade dos países em desenvolvimento.

O estudo de mortalidade realizado em 2001 nas cidades de Maputo, Beira, Chimoio e Nampula¹⁰ mostrou que o peso das doenças não transmissíveis varia entre os 13,1% e 24% a semelhança das cifras encontradas noutros países africanos¹¹. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi a principal causa de morte em indivíduos com mais de 45 anos de idade e a Hipertensão Arterial (HTA) e a diabetes foram os principais factores de risco encontrados¹².

As DNT têm como etiologia comum, um conjunto de factores ligados principalmente a estilos de vida individuais. O consumo excessivo de álcool, maus hábitos alimentares, a obesidade, o consumo de tabaco, a inactividade física⁹ (Tabela 3) são hoje reconhecidos como principais factores de risco comuns modificáveis para o desenvolvimento de DNT. Os factores de riscos não modificáveis são: genéticos, étnicos (Raça), aumento da esperança de vida, factores pré-natais (baixo peso á nascença, obesidade materna e diabetes), idade e sexo⁵.

Tabela 3 - Factores de risco modificáveis comuns ás DNT

Factor de risco	Condição			
	DCV	Diabetes	Cancro	Doenças Resp. crónica
Tabaco	X		X	X
Álcool	X	X	X	
Nutrição	X	X	X	X
Inactividade física	X	X	X	X
Obesidade	X	X	X	
Hipertensão arterial	X	X		
Hiperglicémia	X	X	X	
Hiperlipidemia	X	X	X	

Assim sendo, intervir sobre estes determinantes e na melhoria da qualidade dos serviços de saúde relativos às DNT revela-se para o país numa oportunidade estratégica crucial na redução da morbilidade de DNT e consequente melhoria do estado de saúde da população Moçambicana.

Por outro lado, o conhecimento e o papel da saúde pública no controlo e prevenção do trauma e violência tem vindo a aumentar. A saúde pública exerce um papel crucial não só no tratamento das consequências do trauma e violência, como também na prevenção e redução do impacto deste mal na sociedade. A nível mundial mais de 1,6 milhões de pessoas morrem devido ao trauma e violência a cada ano, dos quais, 90% nos países em desenvolvimento¹³. Em Moçambique, o trauma é uma das principais causas de consulta nos serviços de urgência das unidades sanitárias, constituindo entre 20-25% do total de atendimentos (Relatório anual, revisão dos livros de registo do SUR-HCM).

Devido as especificidades do trauma e violência propõe-se que o Plano Nacional de Prevenção e Controlo do Trauma e Violência seja apresentado à parte.

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

2.1 Doença Cardiovascular

A DCV é a causa mais importante de morbilidade e mortalidade global e é responsável por 1 em cada 3 mortes¹⁴. Cerca de 15 milhões de pessoas sofrem um episódio de AVC todos os anos, dos quais 5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam com incapacidade permanente. A Região Africana é a que apresenta taxas mais elevadas de mortalidade devido ao AVC. Por exemplo, na República Unida da Tanzânia foram encontradas taxas 10 vezes mais elevadas do que as do Reino Unido¹⁵.

Nos países em desenvolvimento as mortes por DCV são duas vezes superiores às que ocorrem nos países desenvolvidos, sendo a média de idades na altura da morte de 10 anos mais jovem que nos países desenvolvidos¹⁵. A maioria dos indivíduos que desenvolvem ataque cardíaco e AVC, tem um ou mais factores de risco cardiovasculares, nomeadamente: HTA, diabetes, hábitos tabágicos, hipercolesterolemia, ou inactividade física^{14,15}.

A HTA é o factor de risco mais importante de ataque cardíaco, AVC, insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e falência renal. Na região da OMS-AFRO, mais de 20 milhões de pessoas sofrem de HTA¹⁶.

Estudos têm demonstrado que os factores de risco como o consumo excessivo de sal, a raça negra, o consumo abusivo do álcool, consumo de tabaco, a diabetes, a inactividade física, obesidade, idade, o sexo masculino, o alto nível sócio-económico, o índice de massa corporal (IMC), o nível de glicose plasmática e acumulação de gordura independentemente da sua localização predispoem ao desenvolvimento da HTA^{16, 17, 18}.

Estudos populacionais de prevalência de factores de risco cardiovasculares recentemente realizados em vários países africanos, incluindo Moçambique mostraram elevadas taxas de prevalência de HTA

Tabela 4)^{19, 20}.

Tabela 4 - Prevalência de Hipertensão Arterial em Países Africanos

País	Idade (anos)	Prevalência por Sexo		Prevalência bruta de HTA (%)	Prevalência de HTA ajustada para a idade (%)
		Masc	Fem		
Maurícias	25-74	20,4	17,5	-	-
Camarões	25-74	17,9	11,2	14,1	15,0
África do Sul	15-65	22,9	24,6	23,9	23,1
Tanzania	≥ 15	31,3	31,0	31,1	31,3
Zimbabwe	≥ 25	41,0	28,0	34,1	33,1
Moçambique	25-64	35,9	31,1	34,9	-

Em Moçambique, a prevalência da HTA foi estimada em 34,9% a nível nacional, sendo maior nas cidades (40,6%) que no campo (29,8%), aumentando com a idade (estudo factores de risco cardiovasculares, 2005), Anexo 1.

Na cidade de Maputo ocorrem em média 1,7 AVC por dia e do total de mortes por AVC, 40% foram hemorrágicos (estudo STEPSTROKE, 2005/06). A taxa de incidência de AVC foi de 1,47/1000 (95%CI 1,27-1,68). O AVC foi o primeiro sintoma da HTA em 50% dos doentes que nunca tinham medido a sua pressão arterial (estudo STEPSTROKE, 2005/06). Em várias US a HTA constitui a primeira causa de consulta externa em adultos (revisão livros de registo de consulta).

2.2. Diabetes Mellitus

A Federação Internacional de Diabetes (FID) estimou em 2003 que em todo o mundo, cerca de 171 milhões de indivíduos sofriam de diabetes, e que este número irá ultrapassar o dobro em 2030²¹. Cerca de 3,2 milhões de pessoas morrem por ano devido à diabetes e suas complicações²². Nos países em desenvolvimento o número de pessoas que sofrem de diabetes irá aumentar em cerca de 150% nos próximos 25 anos, sendo a diabetes do Tipo 2 a mais prevalente²¹.

A diabetes é uma das maiores causas de doença e morte prematura em vários países, sendo também responsável pelo aumento do risco para as DCV e é responsável por 50% a 80% das mortes nestes indivíduos¹¹. Com o aumento da prevalência de diabetes em África, a sua conhecida morbilidade, mortalidade prematura e custos de saúde cada vez mais elevados, a prevenção é de primordial importância²³.

Os principais factores para o aumento da morbilidade por diabetes são: a idade e aumento da esperança de vida, a tendência crescente para a obesidade, maus hábitos alimentares e o estilo de vida cada vez mais sedentário. Estes factores de risco são liderados pela obesidade, principal factor de risco para o aumento da incidência da diabetes do Tipo 2²⁴.

Em Moçambique a prevalência da diabetes na população com idade superior a 20 anos de idade foi estimada em 3,1% em 2003²¹, projectando-se um aumento para 3,6% em 2025²¹. Ainda em 2003, a Fundação Internacional de Insulin (FII) estimou que haviam cerca de 928 crianças com diabetes do Tipo 1²⁵, com uma baixa esperança de vida, tendo sido estimada em 3,8 anos para a cidade do Maputo e de 7 meses de vida para a zona rural.

Na população adulta dos 25 aos 64 anos de idade, em Moçambique, a prevalência de diabetes é de 3,8% e o excesso de peso de 30,1% e de 10,2% para o meio Urbano e Rural, respectivamente. A obesidade como factor de risco mais importante para a diabetes do Tipo 2 já é significativa sendo a prevalência de 11,5% no meio rurbano e de 2,6% para o meio rural (anexo 1).

2.2.1 Intervenções recomendadas para prevenção e controlo das DCV e diabetes

Tendo em conta que aos factores de risco são comuns a OMS recomenda para prevenção primária actividades de promoção da saúde com ênfase na prática regular de actividade física e promoção de hábitos alimentares saudáveis. Rastreio e manuseio dos factores de risco através da mudança de estilos de vida e utilização de drogas profiláticas (Anexos 2, 3).

2.3 Cancro

O Cancro é uma das principais causas de mortalidade no Mundo⁵. Dos cerca de 58 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2005, o cancro foi responsável por cerca de 7,6 milhões (13%) de mortes das quais mais de 70% ocorreram nos países em vias de desenvolvimento²⁶. Projecções mundiais mostram que as mortes por cancro estão a aumentar, estimando-se que até 2015 irão morrer 9 milhões e até 2030, 11,4 milhões de pessoas²⁶.

Em Moçambique o registo do Cancro de base populacional implementado na Cidade da Beira em 2005, mostrou que a incidência do cancro no geral é elevada, com uma taxa de incidência de 62,9/100,000hab em 2005 e de 63,5/100,000hab em 2006²⁷.

2.3.1 Cancro do Colo Uterino

O cancro do colo do útero é a segunda neoplasia maligna mais frequente na mulher em todo o mundo. Cerca de 80% dos casos ocorrem em países em desenvolvimento, onde em muitas regiões é o cancro mais frequente na mulher²⁸.

A África Sub-Sahariana é uma das áreas de maior incidência de cancro do colo do útero, com 57 mil casos estimados em 2000, o que representava 22% de todos os cancros na mulher adulta, equivalendo a uma incidência anual ajustada para a idade de 31 novos casos por 100 mil habitantes²⁹.

Actualmente está bem estabelecido que o cancro do colo do útero é causado pela infecção pelo *Vírus do Papiloma Humano (Human papillomavirus - HPV)*³⁰ que parece ser a doença de transmissão sexual mais frequente nas mulheres no mundo.

Vários estudos demonstraram que a infecção pelo HPV é significativamente mais prevalente em mulheres que são positivas para o HIV, quando comparadas com as que são negativas³¹. Evidências científicas conduzidas em África (Tanzania, Zaire, África do Sul e Senegal) observaram ainda uma elevada prevalência de neoplasia intraepitelial cervical (CIN) em mulheres seropositivas para infecção pelo HIV. Portanto, dada a elevada prevalência de HIV/SIDA na população da região, e sabendo-se que as mulheres são as mais afectadas, estas deverão ser também incluídas em programas de rastreio e beneficiar do tratamento desde que cumpram com os critérios recomendados.

Em Moçambique dados não publicados do registo do cancro do Serviço de Anatomia Patológica (SAP) do Hospital Central de Maputo (HCM), baseado em casos diagnosticados por histologia, citologia e autópsia, indicam que o cancro do colo do útero é actualmente a neoplasia maligna mais frequente na mulher adulta, representando mais de um quarto de todos os cancros diagnosticados em

doentes do sexo feminino no HCM (frequência de 27,6%). Esta frequência corresponde a uma média anual de 78,2 casos por ano.

Na Cidade da Beira, em 2005 e 2006 o cancro do colo uterino foi a segunda causa de todos os cancros (mas primeiro na mulher) registados depois do Sarcoma de Kaposi (associado a infecção pelo HIV). Cerca de 80% são diagnosticados numa fase inoperável, estádios III e IV da doença.

2.3.2 Intervenções recomendadas para prevenção e controlo do cancro do colo uterino

Neste momento a principal estratégia de prevenção e controlo do cancro baseia-se no rastreio tendo com vista à detecção e tratamento precoce³². Assim, para o cancro do colo do útero é o rastreio de massa por citologia (teste de Papanicolaou), através da detecção precoce e tratamento das lesões pré-invasoras³².

A detecção da infecção por HPV através de técnicas moleculares tem sido igualmente sugerida como possível método de rastreio primário em substituição do teste de Papanicolaou³³, uma vez que o custo-eficácia é menor que o teste de Papanicolaou. No entanto, o método disponível e usado neste momento para rastreio de massa (captura híbrida II), ainda requer equipamento de laboratório sofisticado e caro, e um computador de leitura específica, além de que é uma técnica demorada.

Nos países em desenvolvimento, com baixos recursos, a implementação destas metodologias de rastreio populacional não é comportável recomendando-se desse modo o uso alternativo da técnica de inspecção visual após impregnação de ácido acético a 3-5% (VIA, Visual Inspection After 3-5% Acetic Acid) é apontado como sendo mais promissor^{34,35}. Esta técnica permite detectar os colos uterinos “de risco”, através da visualização de zonas aceto-brancas. Tem a vantagem de poder ser realizada por pessoal paramédico, não requer suporte laboratorial e o resultado é dado a conhecer no mesmo momento à paciente. A sua sensibilidade é semelhante ou maior do que a do teste de Papanicolaou, apesar de a especificidade ser mais baixa³⁶.

A OMS traçou recomendações quanto ao grupo etário e frequência com que se deve levar a cabo um programa de rastreio do cancro do colo do útero, a saber:

- Novos programas deverão iniciar por rastrear mulheres com idade igual ou superior a 30 anos de idade, incluindo mulheres jovens apenas quando o grupo de alto risco está coberto
- Se a mulher tiver apenas uma oportunidade na vida de ser rastreada, então o rastreio deverá ser feito aos 25 anos.

Mais recentemente a utilização de vacinas profiláticas contra a infecção por HPV tem sido apontada como a forma mais promissora de erradicar, ou pelo menos controlar, a elevada incidência de cancro do colo do útero

³⁷. Estudos de experimentação em massa da vacina contra os HPV's 16 e 18 mostraram resultados altamente promissores com taxas de eficácia de 100% na erradicação do agente causal (o HPV) do cancro do colo do útero³⁸.

A prevenção primária através da utilização da vacina profilática para os tipos 16 e 18, que está em experimentação neste momento é bastante promissor. A sua aplicação prática em massa está prevista para os próximos 5 anos a todas as crianças entre os 6 a 7 anos antes da exposição, a actividade sexual³⁷.

A recente vacina quadrivalente (subtipos 16, 18, 6, e 11) para o HPV provou ser efectiva na prevenção da neoplasia intraepitelial cervical do grau 2 e 3 causada pelos subtipos de HPV 16 e 18, com uma eficácia de 70% a nível mundial³⁸. O principal objectivo da imunização das mulheres em saúde pública é o de reduzir a incidência do cancro cervical bem como os seus percursos. A vacina é bem tolerada e induz altos níveis de anticorpos (40 vezes mais do que a infecção natural)³⁸.

Esta possibilidade é particularmente aliciante para erradicar ou pelo menos controlar a incidência e mortalidade por cancro do colo do útero nos países em desenvolvimento com baixos recursos económicos como é o caso de Moçambique.

Em Moçambique os subtipos de HPV mais frequentemente diagnosticados além de outros, são os 16 e 18³⁹ como acontece em vários outros países, fazendo do país um potencial candidato á experimentação da vacina. Contudo, o custo da mesma continua elevado (uma série de 3 doses custa cerca de \$350 USD) apesar de cerca de 70 países a terem adoptado⁴⁰.

Espera-se que com a implementação do plano sejam criadas as condições necessárias para a experimentação da vacina num claro contributo na redução da morbilidade e mortalidade devidas ao cancro em Moçambique e no mundo.

2.3.4 Cancro da Mama

O cancro da mama é o tumor maligno mais frequente na mulher no mundo. Anualmente são diagnosticados mais de 1,2 milhão de pessoas com cancro da mama⁴¹. Nas mulheres, por ordem de frequência de mortes global, o cancro da mama ocupa o primeiro lugar, seguido pelo cancro do pulmão, estômago, colonrectal e por último o cancro cervical. As taxas de incidência são cerca de 5 vezes mais altas nos países desenvolvidos do que nos países em desenvolvimento e no Japão⁴¹. Alguns autores explicam que esta variação devem-se as diferenças estabelecidas nos factores de risco reprodutivos: idade da menarca, a paridade, a idade na primeira gravidez e no aleitamento, hábitos alimentares e actividade física^{42, 43}. O consumo excessivo de álcool e a obesidade nas mulheres pós-menopausa são os únicos factores comprovados que aumentam o risco para o cancro da mama em cerca de 10%⁴⁴ e 50%⁴⁵ respectivamente.

Na África Sub-Sahariana em 2000, foram diagnosticados 5,537 novos casos de cancro da mama com 2,504 óbitos²⁶.

Em Moçambique, dados do registo do cancro de base populacional na cidade da Beira⁴⁶, mostram que o cancro da mama é a terceira (3^a) causa de cancro na mulher adulta (depois do cancro do colo do útero e do Sarcoma de Kaposi), afectando mais frequentemente mulheres com idade igual ou superior a 40 anos.

2.3.5 Intervenções recomendadas para prevenção e controlo do cancro da mama

Nos últimos 30 anos, assistiu-se a um grande desenvolvimento nos meios disponíveis para o diagnóstico e tratamento do cancro da mama. A detecção precoce associada ao tratamento apropriado é a estratégia mais efectiva para a redução da mortalidade⁴¹. Hoje em dia nos países desenvolvidos, cerca de 90% das mulheres a quem é diagnosticado um cancro da mama tem pelo menos 5 anos de sobrevida. A mamografia utilizada para o rastreio permite a detecção precoce da doença, reduzindo assim a mortalidade por esta doença⁴⁵. No entanto o rastreio do cancro da mama através da mamografia é muito cara envolvendo financiamento elevado, recursos humanos qualificados, tornando-se deste modo impraticável para os países com baixos recursos. Para o rastreio do cancro da mama em Moçambique recomenda-se a palpação e punção aspirativa.

2.3.6 Cancro da Próstata

O cancro da próstata como problema de saúde pública tem vindo a agravar-se nos últimos tempos, aumentando em números absolutos, devido ao aumento da longevidade masculina. A incidência do cancro da próstata não é semelhante no mundo inteiro; varia entre níveis altos no noroeste da Europa e nos estados Unidos da América, intermédios em África e baixos na Ásia Oriental. Nos Estados Unidos, a incidência é muito maior nos indivíduos de raça negra do que nos de raça branca, aparecendo em idades mais novas e de forma mais agressiva, conduzindo portanto a uma maior mortalidade. Admite-se que possa estar ligado a factores relacionados com o comportamento sexual⁴⁷.

Em África pouco se sabe sobre a incidência e prevalência da doença. São factores de risco para o cancro da próstata: a pré-disposição genética, alimentação (rica em gordura animal e pobre em fibras), inactividade física e a obesidade^{48,47}.

Em Moçambique, dados do HCM indicam que a patologia da próstata é causa de cerca de 60% de consulta e internamento nos serviços de Urologia, nomeadamente por, hiperplasia da próstata, carcinoma da próstata, seguido do carcinoma da bexiga. Do total de cancros diagnosticados, apenas 5%-10% são operáveis (Revisão dos livros de registo de internamento). No registo do SAP-HCM, é a segunda causa de cancro nos indivíduos do sexo masculino. O cancro da próstata não consta no registo do cancro da cidade da Beira provavelmente por ser sub-diagnosticado.

2.3.7 Intervenções recomendadas para a prevenção e controlo do cancro da próstata

A justificação para o rastreio do cancro, é baseado no facto de que a detecção precoce do cancro da próstata poderia reduzir os altos custos decorrentes do tratamento do cancro em estadios avançados ou de doença metastática⁴⁹. A

pesquisa no sangue do chamado antígeno prostático específico (PSA), tem sido alvo de muita publicidade como um método de diagnóstico precoce do cancro da próstata. Recomenda-se o exame rectal digital e ultra-som transrectal⁵⁰. A capacidade local de oferta em termos de tratamento para esta patologia resume-se apenas no tratamento cirúrgico (Prostatectomia e castracção dependendo do estadio) e hormonoterapia no sector privado já que o SNS não dispõe. O tratamento com radioterapia no país não está ainda disponível.

2.4 Doenças Respiratórias Crónicas

2.4.1 Asma

Segundo a OMS – 2005, a asma afectou cerca de 300 milhões de pessoas e estima-se que até 2025 haverá um número adicional de mais 100 milhões e cerca de 239,000 mortes⁵¹. Em Africa, tal como nos países desenvolvidos a prevalência da asma tem vindo a aumentar⁵².

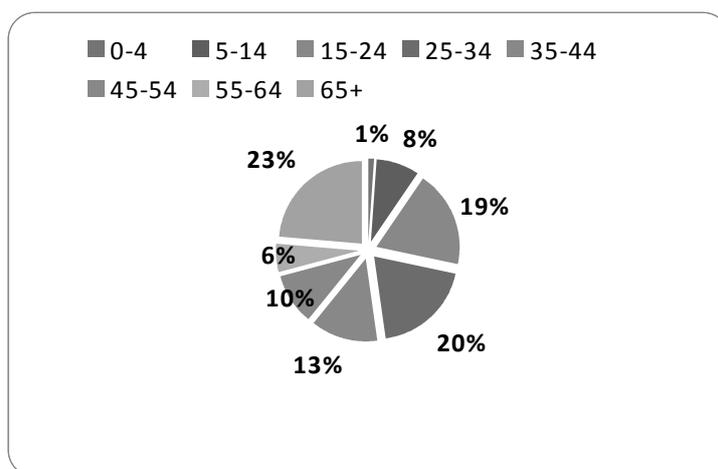
A asma constitui um grave problema de saúde pública, e afecta com frequência crianças e adultos jovens^{53, 54}. Estima-se que a asma seja responsável por 15 milhões de incapacidade ajustada em anos perdidos (DALYs) todos os anos, e que representa 1% do total do Peso Global da Doença⁵⁴. A asma é causa frequente de internamento e de procura de cuidados de urgência.

Em Moçambique, a prevalência da asma foi estimada em 13,3% em crianças de 6-7 anos e em adolescentes de 13-14 anos⁵⁵. Os principais factores de risco são similares aos dos países desenvolvidos, nomeadamente: o desmame precoce, tabagismo passivo, obesidade, história de atopia familiar e presença de animais domésticos^{56, 57}.

A asma constitui cerca de 16,6% do total de doentes atendidos nos Serviços de Urgência do hospitais de referência do país (livros de registo do SUR). Num estudo aleatório de 702 doentes asmáticos na cidade de Maputo durante um mês, mostrou que 11% sofriam de crise asmática moderada e recorreram aos serviços de urgência para tratamento⁵⁸. No Departamento de Pediatria, a asma é a segunda causa de internamento⁵⁹ e cerca de 30% das crianças asmáticas são sistematicamente observadas nos serviços de urgência pediátrica⁶⁰ com crises ligeiras e moderadas. Estes dados indicam a fraca educação dos doentes e familiares no auto-manuseio da doença e fraca capacidade de resposta das Unidades Sanitárias periféricas no manuseio das crises ligeiras e moderadas.

O Diagrama 1 mostra a distribuição de doentes asmáticos por grupo etário da demanda dos serviços de urgência (SUR) do HCM para o tratamento da asma em 2006⁶¹.

Diagrama 1 - Distribuição dos pacientes de Asma por faixas etárias SUR-HCM, 2006



2.4.2 Intervenções recomendadas para prevenção e controlo do asma

Além da diminuição da exposição aos factores de risco, recomenda-se a terapia para alívio dos sintomas por via aérea, terapia preventiva das crises que deverá ser também inalatória⁵³.

Estas recomendações devem ser coadjuvadas por educação individual e colectiva, adopção de estilos de vida saudáveis com ênfase na dieta e actividade física e de elaboração de um plano personalizado de tratamento⁵³.

2.5 O impacto financeiro e social das DNT

As doenças não transmissíveis constituem um fardo financeiro importante para o indivíduo, família e para a sociedade bem como para o Serviço Nacional de Saúde.

As complicações das DNT acarretam custos elevados. Um estudo realizado na Tanzânia, indica que o tratamento das complicações das DNT no principal hospital da capital do país representou 30,8% do total dos custos em pacientes ambulatoriais⁶². Estimativas feitas em diferentes países na África Sub-Sahariana em pacientes diabéticos mostrou um elevado nível de complicações sendo que 16-55% dos pacientes tinham retinopatia, 15-20% com nefropatia evidente e 10-36% com neuropatia periférica, implicando custos elevados em internamentos constantes e medicamentos.⁶³

Em Moçambique, a FID estimou que os custos de cuidados de saúde aos doentes diabéticos foram de 15,065,000²¹ dólares americanos em 2003 e que os gastos na compra de insulina, num período de 18 meses (entre 2001 e 2003) representaram 10% das despesas do governo na aquisição de medicamentos²⁵.

Informação actualizada sobre o peso social e financeiro das DNTs em Moçambique não está ainda disponível. No entanto, algumas medidas governamentais, como o Decreto Lei 16/88 publicado no boletim da República (desconto no valor global da receita) e o mais recente Despacho do Ministerial Nr. 42/2007, (preço único de 5,00Mt (cinco meticais)), são claramente medidas

que visam beneficiar os doentes crónicos, no país, se compararmos com muitos países, onde os pacientes e seus familiares deparam-se diariamente com imensas dificuldades financeiras para obter os seus medicamentos e cuidados de saúde. Porém, este tipo de medidas positivas trás elevados custos ao Serviço Nacional de Saúde e ao país (custos com medicamentos vs cuidados de saúde).

Um exemplo do impacto social das DNT é o do cancro cervical. A morte de mulheres por causa do cancro cervical durante os seus anos de vida produtiva tem um efeito devastador para o bem estar familiar resultando, no decréscimo de frequência escolar e no estado nutricional das crianças.

2.6 Estratégias de prevenção e controlo para DNT

Estratégias de prevenção e controlo	Nível Primário	Nível Secundário	Nível Terceário
Doenças Cardiovasculares e Diabetes	<p>Aumentar consciencialização sobre alimentação saudável e prática de actividade física</p> <p>Educação sobre as factores de risco e doenças</p> <p>Legislação</p> <p>Rastreio para factores de risco</p>	<p>Diagnóstico precoce e tratamento correcto</p> <p>Seguimento do doente</p> <p>Educação do doente e seus familiares</p>	<p>Melhoria dos cuidados da saúde com vista a prevenção das complicações, incapacidade e mortes prematuras</p>
Cancro	<p>Aumentar consciencialização sobre alimentação saudável e prática de actividade física</p> <p>Educação sobre as factores de risco e doenças</p> <p>Legislação</p> <p>Introdução da vacina anti-HPV</p>	<p>Rastreio, tratamento de lesão precursora, biópsia excisional</p>	<p>Melhorar o acesso ao tratamento (medicamentoso, cirurgia e radioterapia)</p> <p>Desenvolver programas de cuidados paliativos</p>
Asma	<p>Aumentar consciencialização sobre alimentação saudável e prática de actividade física</p> <p>Educação sobre as factores de risco e doenças</p> <p>Legislação</p>	<p>Acesso o tratamento e medicamentos para prevenir e tratar as crises</p> <p>Seguimento do doente</p> <p>Educação do doente e seus familiares</p>	<p>Melhoria dos cuidados da saúde com vista a prevenção das crises e complicações, incapacidade e mortes prematuras</p>

3. RESPOSTA NACIONAL ÀS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Foi criado o Departamento de Doenças não Transmissíveis (DDNT) no Ministério da Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Saúde Pública constituída por duas Repartições: (i) Repartição das Doenças Crónico Degenerativas e (ii) Repartição do Trauma e Violência. O Departamento não possui ainda representação no nível provincial.

Com o apoio da OMS em 2000, foi estabelecido o sistema de vigilância epidemiológica (SVE) para o Trauma no SUR do HCM⁶⁴ o qual foi consolidado em 2004, e posteriormente expandido para a cidade da Beira, Hospital Central da Beira (HCB) e Cidade de Nampula, Hospital Central de Nampula (HCN). Consequentemente, foram desenvolvidos/adaptados os instrumentos de registo e notificação dos casos de trauma e outras doenças não transmissíveis e transmissíveis; introduzido o primeiro módulo sobre factores de risco para as DCV e trauma (integrado no IDS 2003); Guia para a prática clínica da diabetes Tipo 2 na África Sub-Sahariana e Manual de Educação para a Diabetes; tabelas de risco de DCV; Fluxograma para seguimento de doentes com HTA e Diabetes; e a Estratégia Africana para a Diabetes (com o apoio da FID-OMS/AFRO).

Até então o DDNT centrou as suas actividades entre outras, em aspectos ligados á prevenção e advocacia para a HTA e Diabetes, como ponto de partida visando no entanto, a integração gradual de outras DNT prioritárias, no âmbito da elaboração deste plano.

Na área de **recursos humanos**, o Departamento funciona com Um (1) técnico superior (Mestrado em Saúde Pública com especialidade em epidemiologia) - chefe do DDNT; Um (1) técnico superior (Biólogo) - Responsável pelo Trauma e um (1) Médico cardiologista – tempo parcial. .

Na área **Financeira**, o Departamento conta com o OGE e o Fundo Comum - PROSAÚDE. As intervenções para o controlo da diabetes realizadas através da Associação Moçambicana de Diabetes (AMODIA) registaram importantes progressos devido esforço dos seus membros e ao apoio disponibilizado pelo MISAU.

A OMS e a FID para a Região AFRO (principais parceiros), FII, Diabetes UK, bem como da Fundação Mundial de Diabetes e a Federação Mundial do Coração tem contribuído nas áreas de formação, investigação, aquisição de equipamento médico cirúrgico e cuidados clínicos.

Em relação aos **medicamentos**: A Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) melhorou o fornecimento de medicamentos em especial no que diz respeito aos anti-diabéticos orais, insulina e anti-hipertensivos. No entanto, persistem problemas com o acesso a medicamentos para asma, citostáticos e radioterapia.

3.1 Principais actividades desenvolvidas por nível de prevenção

Áreas de intervenção	Actividades desenvolvidas	Principais parceiros
Primária	<p>Comemoração do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dia Mundial da Diabetes (4 anos, Maputo, Beira e Quelimane) • Dia Mundial de Luta Contra o Cancro (3 anos) • Dia Mundial do Coração (6 anos). 	<p>AMODIA, Diabetes UK, WDF, FID-AFRO Associação de Luta Contra o Cancro (ALCC) Federação Mundial do Coração</p>
Secundária	<p>Melhoria da assistência médica em Maputo (piloto):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treino de 24 profissionais de saúde (médicos, técnicos de medicina geral) no diagnóstico, tratamento e seguimento de doentes com HTA e diabetes, e educação para saúde em Diabetes (Anexo 4) • Reorganização e melhoria da assistência aos doentes em 12 US em 3 áreas da Cidade de Maputo • Fornecimento de kit básico de consulta (melhoria das condições para diagnóstico, tratamento e seguimento do doente) • Ficha de registo e avaliação do pé diabético <p>No âmbito da implementação do protocolo de entendimento com a Associação Moçambicana de Diabéticos - 2004, para a melhoria da assistência aos doentes diabéticos foram realizadas as seguintes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento da AMODIA em Maputo e expansão da AMODIA para Beira e Quelimane • Criação de uma consulta para diabéticos uma vez por semana nos hospitais de referência da Cidade do Maputo, Sofala e Zambézia <p>Tradução dos seguintes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guia para a prática clínica de diabetes Tipo 2 (FID-AFRO) • Manual de educação para a diabetes padronizado (FID-AFRO) 	<p>AMODIA A OMS, FID para a Região AFRO (principais parceiros), FII, Diabetes UK, bem como da Federação Mundial para a Diabetes e a Federação Mundial do Coração</p>

Áreas de intervenção	Actividades desenvolvidas	Principais parceiros
	<ul style="list-style-type: none"> • Tabelas de risco e fluxogramas para tratamento e referência DCV (IDF-AFRO) • Produção e distribuição de material educativo 	
Terceária	Apetrechamento em equipamento e materiais médicos cirúrgicos, e medicamentos dos hospitais de referência.	
Investigação e Advocacia	<p>Investigação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IDS Trauma e factores de risco cardiovasculares (2003) • Avaliação do acesso aos cuidados de saúde e medicamentos para diabéticos no sistema nacional de saúde (RAPIA, 2003) • Factores de risco cardiovasculares (STEPwise e STEP-Stroke, 2005) <p>Advocacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participação na elaboração da Estratégia Africana para Diabetes • Subscrição a Resolução das Nações Unidas para a Diabetes⁶⁵, aprovada em Janeiro de 2007. • Tradução e divulgação da Resolução das Nações Unidas para a Diabetes. 	INE, OMS, FII

3.2 Principais Desafios e Oportunidades no controlo e prevenção das DNT em Moçambique

Pontos fortes	Pontos fracos
<ul style="list-style-type: none"> • O actual Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das DNT. • Existência de um Departamento de Doenças Não Transmissíveis. • Fórum de coordenação MISAU-parceiros (existência do SWAP). • Gratuidade de alguns serviços e medicamentos. • Aconselhamento e testagem em saúde integrado com HIV/SIDA • Existência de parceiros que trabalham em saúde junto às comunidades (AMODIA). • Dados de base sobre o sistema de saúde para diabetes (RAPIA), factores de risco (STEPS) e sistema de vigilância epidemiológica. • Parceiros internacionais e colaboradores. • Consulta de doente crónico implementada (AMODIA Maputo, Beira e Quelimane – 12 US na Cidade de Maputo) • Cuidados domiciliários integrados com HIV/SIDA 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos insuficientes no departamento a nível central • Orçamento exíguo para as DNT • Falta de pessoal formado • As DNT não constituem uma prioridade para aos doadores • Falta de treino no manuseio das DNT por parte dos trabalhadores de saúde • Falta de material de apetrechamento das US com equipamento, meios auxiliares de diagnóstico, medicamentos • Fraco conhecimento dos trabalhadores de saúde sobre ponto de vista de saúde pública a nível primário e secundário • Fraco conhecimento sobre DNT por parte dos doentes e na população em geral • Escassez de pesquisas em DNT
Oportunidades	Riscos
<ul style="list-style-type: none"> • A Resolução das Nações Unidas para a Diabetes e o aumento do interesse sobre DNT • Estratégia Africana para Diabetes • Inclusão das DNT nas Directirzes do Governo para o Sector da Saúde • Coordenação e integração multisectorial • Vacina anti-HPV para a prevenção do cancro do colo uterino 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento das despesas com a prevenção e cuidados de saúde para DNT • O crescente desenvolvimento económico de Moçambique facilita a criação de um ambiente favorável o desenvolvimento de DNT • Competição com outras prioridades de saúde • Concentração das capacidades sobre DNT em poucas pessoas

4. PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: 2008 -2014

O presente plano visa gerar e orientar uma resposta nacional e integrada às DNT em Moçambique não constituindo desse modo um plano do sector saúde apenas mas sim, uma declaração de intenção para o país como um todo envolvendo outros sectores da sociedade moçambicana, na prevenção e prestação de cuidados de saúde.

Reconhece-se aqui o papel que cada um destes sectores tem na redução ou eliminação á exposição aos factores de risco modificáveis para as DNT. Esperando-se por isso que todos usem o presente plano na instrução dos programas ou planos operacionais específicos num claro contributo para a harmonização e máxima eficiência e eficácia das intervenções para a redução da morbilidade e mortalidade por DNT.

4.1 Visão

A visão do Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das DNT é a criação de um ambiente favorável que visa minimizar e/ou eliminar exposição aos factores de risco e garantir o acesso aos cuidados de saúde às pessoas que dele necessitam.

4.2 Missão

A missão é assegurar o acesso e disponibilidade aos serviços de prevenção e cuidados de saúde de qualidade à população Moçambicana.

4.3 Princípios Orientadores

- O Plano Estratégico Nacional das DNT está em concordância com as prioridades do MISAU e tem como referência a Declaração de Política de Saúde, 2006 e PESS 2007-2012.
- Universalidade – é garantido o cuidado de saúde relativo as DNT por parte do SNS, a qualquer e todo indivíduo que dele necessite.
- Equidade – o MISAU, em coordenação com os seus parceiros nesta área, terá que aproveitar o crescimento previsto do número de Serviços disponíveis para corrigir distorções, garantindo o crescimento harmonioso em todas as Províncias e Distritos.
- Assistência integrada e continuada - os serviços reconhecem que cada indivíduo é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as acções de promoção, prevenção (exposição aos factores de risco, das complicações) e reabilitação constituem também um pacote de cuidados indivisível devendo por isso, serem disponibilizados como um todo de forma continuada em todos os níveis de atenção através da criação de mecanismos efectivos de referência e acesso desde a comunidade até a US de maior complexidade.
- Complementaridade, parceria e partilha de responsabilidades: O estabelecimento e actuação das parcerias entre os sectores público, privado,

ONGs e Comunidade, constituem um factor essencial para o sucesso na implementação da estratégia nacional para a prevenção e controlo das DNT. Será privilegiada a criação de novas parcerias e o fortalecimento das já existentes.

- Uso de evidências científicas e boas práticas baseado no perfil epidemiológico: a selecção de práticas e intervenções relativas as DNT é baseada na relação custo - benefício e actuais evidências a nível nacional e internacional.

4.4 Objectivo Geral

Reduzir a exposição aos factores de risco para DNT e a morbilidade e mortalidade associadas.

4.5 Objectivos Estratégicos

- I Aumentar a consciência e o conhecimento sobre as DNT e seus factores de risco em Moçambique ;
- II Melhorar a qualidade e o acesso aos serviços de prevenção e cuidados de saúde relativos as DNT;
- III Fortalecer e integrar as acções de formação;
- IV Fortalecer e expandir o Sistema de Vigilância, investigação, monitoria e avaliação.

4.6 Principais Estratégias

- Massificação do conhecimento sobre aos factores de risco relacionados as DNT.
- Desenvolvimento e implementação de planos e guiões de formação e seguimento pós-treino sobre prevenção, aconselhamento, manejo clinico e reabilitação para as DNT.
- Reorientação e fortalecimento dos serviços de saúde para prestar cuidados e tratamento de qualidade a doentes com DNT com ênfase nos níveis primário e secundário de atenção para a saúde.
- Advocacia para/e fortalecimento dos sistemas de vigilância, monitoria, avaliação e pesquisa para DNT.

Sendo este plano pioneiro, e tendo em vista a prevenção, educação para a saúde relativos as DNT e a melhoria dos cuidados de saúde primários e tendo conta que as DNT podem ser prevenidas e as complicações resultantes da progressão da doença podem ser prevenidas e/o atrasadas propõe-se as seguintes áreas da intervenção:

4.7 Áreas de intervenção:

1. Prevenção e educação para a saúde relativos ás DNT.
2. Acesso aos cuidados, tratamento e seguimento de qualidade aos doentes.
3. Prevenção da incapacidade e mortalidade prematura das DNT.

4. Sistemas de vigilância, investigação e monitoria e avaliação das DNT.

5. OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS

5.1 **Objectivo:** Aumentar a consciência e o conhecimento sobre as DNT e seus factores de risco em Moçambique .

Estratégias seleccionadas:

- Massificação do conhecimento sobre factores de risco e adoção de estilos de vida saudáveis .
- Envolvimento do doente e das famílias com capacidade e competências para controlar as DNT.
- Advocacia para o estabelecimento de um ambiente político e legislativo favorável á gratuidade dos medicamentos e diagnóstico para DNT.
- Envolvimento de parceiros nas acções de prevenção e controlo das DNT.

Acções prioritárias

- Desenvolver e apoiar a implementação da estratégia de comunicação sobre DNT.
- Desenvolver e apoiar a disseminar mensagens e materiais de IEC relevantes para cada DNT.
- Reforçar a integração das acções de prevenção das DNT em programas específicos (ex: ATS, SSR, PAV).
- Conceber e apoiar a implementação de um pacote integrado e outros materiais de aconselhamento em DNT.
- Promover e apoiar o funcionamento de associações e sociedade civil no contexto da prevenção e controlo das DNT.
- Rever a legislação existente em áreas de relevância para as DNT e assegurar a inclusão de aspectos que promovam estilos de vida saudáveis e protejam os direitos dos indivíduos .

5.2 **Objectivo:** Fortalecer e integrar as acções de formação no contexto da prevenção das DNT.

Estratégias seleccionadas:

- Assegurar a disponibilidade e implementação de planos e guias de formação e de seguimento pós treino sobre a prevenção, aconselhamento, manejo clínico e reabilitação relativos ás DNT.
- Melhorar o conhecimento e habilidades do pessoal nas áreas prevenção, aconselhamento, manejo clínico e reabilitação relativos as DNT.

Acções prioritárias

- Desenvolver/rever e implementar planos e guias de formação e seguimento pós-formação, nas áreas de prevenção, aconselhamento, manejo clínico e reabilitação.
- Identificar e treinar o pessoal de saúde e de outros sectores em prevenção, aconselhamento, manejo clínico das DNT.
- Estabelecer mecanismos de coordenação e parceria com instituições de ensino no contexto das DNT.
- Promover acções de formação em trabalho.

5.3 Objectivo: Melhorar a cobertura, qualidade e o acesso aos serviços de prevenção e de cuidados de saúde relativos as DNT.

Estratégias Seleccionadas:

- Assegurar a disponibilidade de normas/protocolos de gestão/clínicos incluindo as normas e protocolos para rastreio .
- Reorientação gradual dos serviços e cuidados de saúde ao nível de atenção primário e secundário incluindo aos serviços de rastreio e de reabilitação garantindo o respectivo sistema de referência e contra referência.
- Assegurar a disponibilidade de equipamento e medicamentos para todos os níveis de atenção e manejo das DNT em particular no nível terciário
- Estabelecimento e operacionalização de mecanismos de coordenação e integração com outros serviços/programas relacionados .

Acções prioritárias

- Desenvolver/rever e implementar normas/protocolos de gestão e clínicos incluindo as de rastreio das DNT.
- Estabelecer/revitalizar os serviços de rastreio das DNT em todos os níveis de atenção para a saúde .
- Melhorar o abastecimento de medicamentos e equipamento a todos os níveis gestao e treinar profissionais de saúde no manejo compreensivo das diferentes DNT (pessoal de farmácia e laboratório).
- Criar serviços especializados ao nível dos hospitais centrais para o atendimento de crianças com Diabetes Tipo 1 e Asma.
- Definir e implementar mecanismos de integração das acções de prevenção e controlo das DNT nas US do sector privado .

- 5.4** **Objectivo:** Fortalecer e expandir o Sistema de Vigilância, registo e notificação, investigação e gestão operacional das DNT.

Estratégias Seleccionadas:

- Assegurar a disponibilidade e implementação de instrumentos de registo e notificação das DNT.
- Integrar os sistemas de vigilância das DNT com o das doenças transmissíveis.
- Condução de estudos específicos sobre DNT.
- Fortalecer os mecanismos de monitoria e avaliação das DNT.

Acções prioritárias

- Desenvolver um plano de acção para revisão do sistema de vigilância existente, elaboração de instrumentos e integração e expansão do sistema de informação.
- Realizar estudo de viabilidade para introdução da vacina anti-HPV.
- Realizar o estudo sobre impacto económico das DNT nas famílias e no Serviço Nacional de Saúde.
- Realizar uma avaliação de base populacional sobre os factores de risco para as DCV para avaliação do impacto das acções preventivas.
- Realizar estudo sobre acessibilidade aos cuidados de saúde em Moçambique usando o método RAPIA para avaliação do impacto das acções ao nível da atenção.

6. IMPLEMENTAÇÃO

6.1 Grupo Alvo

População Moçambicana.

6.2 Estrutura de implementação do Plano

Plano Nacional de Prevenção e Controlo das DNT insere-se nas prioridades do governo para o sector saúde e, a sua implementação é essencial para o alcance das metas nacionais. Os princípios gerais para a sua implementação requerem que as actividades e práticas sejam apropriadas e custo-eficazes para Moçambique. Estas actividades devem ter como plataforma o conhecimento de práticas baseadas em evidência nacionais e internacionais.

As áreas críticas para uma efectiva provisão de serviços incluem:

- Vontade política e das autoridades a todos os níveis
- Estruturas: Provisão, Implementação; e Coordenação
- Recursos: Financeiros; Humanos; e Técnicos
- Capacidade: Conhecimento e habilidades clínico epidemiológico, de gestão, de vigilância, monitoria e avaliação e pesquisa
- Comunicação: Nacional ↔ Provincial ↔ Distrital ↔ Comunidade
Governo ↔ sociedade civil

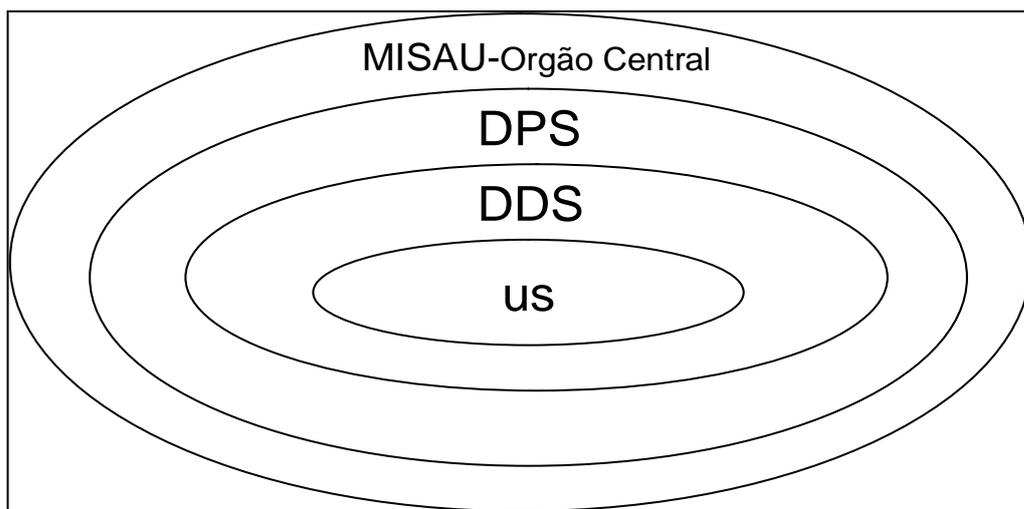
6.3 Implementação Efectiva do plano

Após aprovação do plano pelo Ministério da Saúde, este será partilhado com Ministérios e sectores afins, Parceiros e comunidade.

O plano deve ser usado para elaboração dos planos de acção sectoriais, provinciais e distritais para a prevenção e controlo das DNT tendo em conta os recursos financeiros, humanos, capacidade e compromisso político para a sua implementação. Os objectivos e as intervenções desses planos deverão estar em linha com o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das DNT assegurando desse modo, o compromisso e apoio na implementação das actividades. Serão privilegiadas as acções que concorrem para o fortalecimento da integração ao nível do MISAU.

Este plano foi desenhado para um período de 7 anos (2008-2014).

Diagrama 2 - Fortalecimento da estrutura de gestão e provisão de serviços – DNT



A resposta nacional alargada para as DNT será liderada pelo MISAU e gerida por diferentes estruturas a todos os níveis. A perspectiva é que cada sector (ministérios, empresas, ONG, associações, comunidade) relevante identificado de acordo com a sua relação com os determinantes das DNT tenha um responsável ou ponto focal ligado a planificação, orçamentação, implementação e monitoria de intervenções específicas.

Diagrama 3 - Organigrama do Departamento de Prevenção e Controlo da Incapacidade e Doenças não Transmissíveis

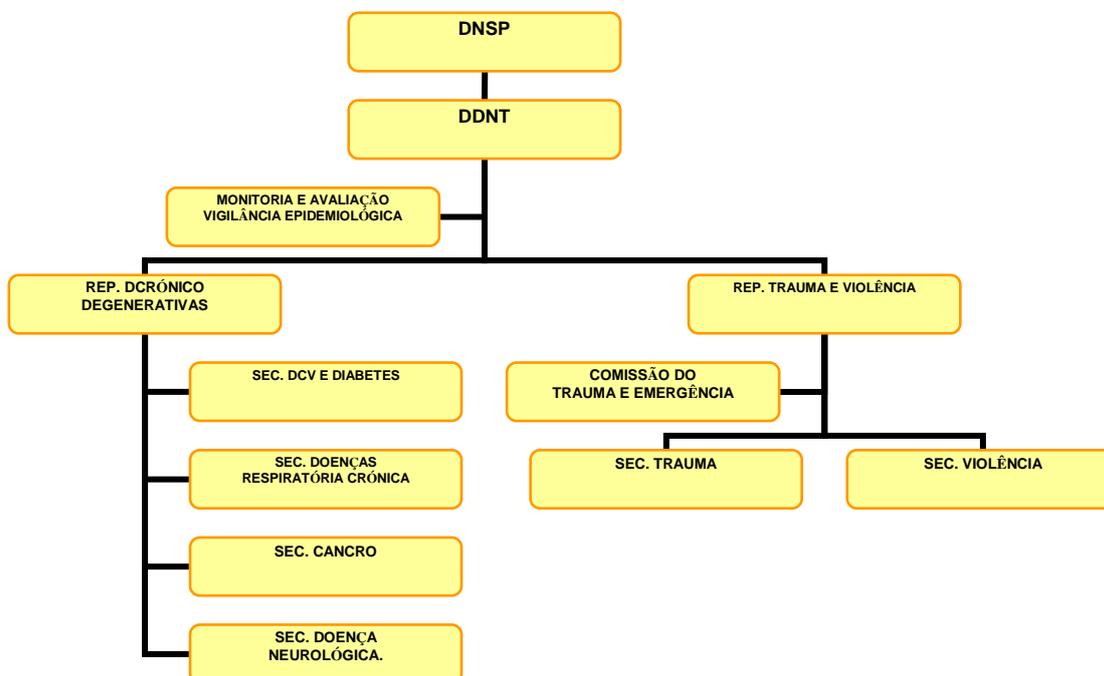
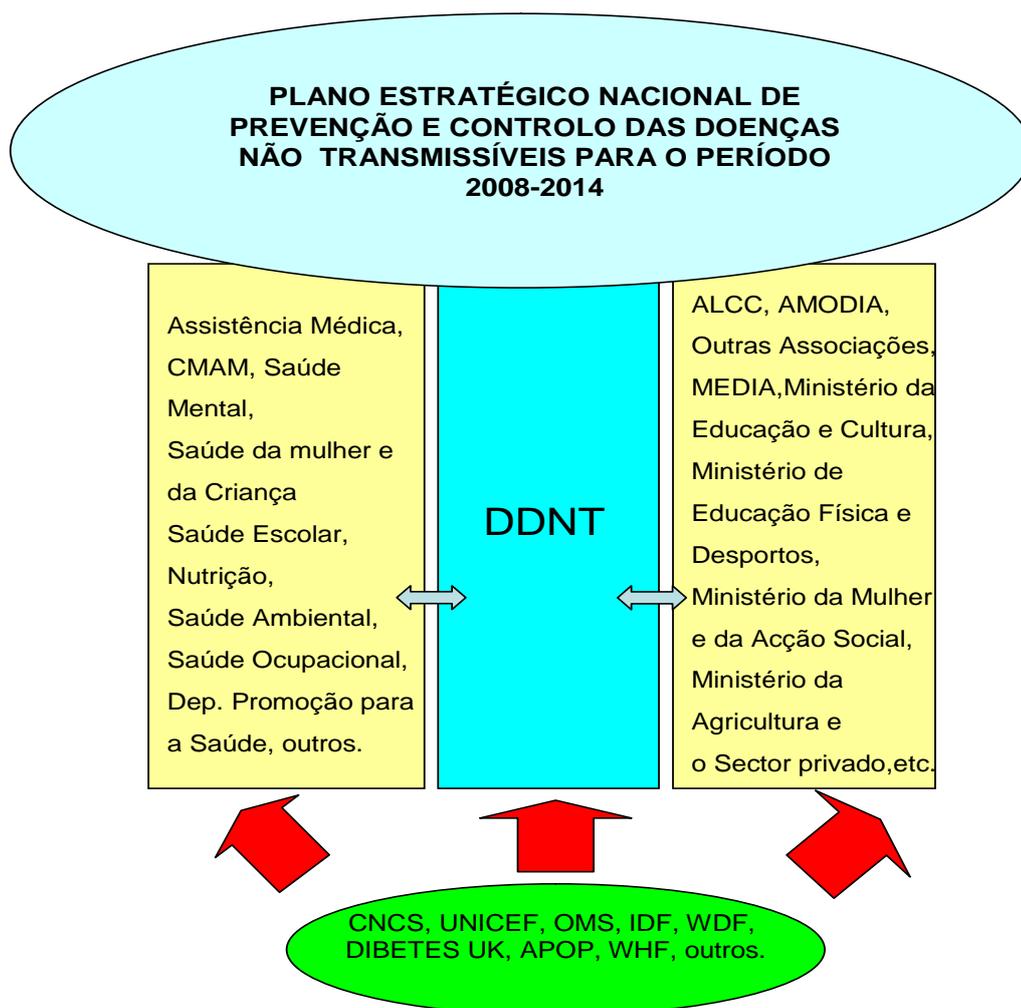


Diagrama 4 - Estrutura multisectorial – para implementação do plano



Estabelecer padrões apropriados em relação a disponibilidade de recursos

- Recursos financeiros
- Recursos Humanos
- Recurso técnicos
- Recursos - equipamento e meios auxiliares de diagnóstico
- Acompanhamento regular da implementação do plano

7. MONITORIA E AVALIAÇÃO

A implementação efectiva do presente plano depende da disponibilidade de recursos humanos, técnicos, materiais/equipamento e financeiros. A sustentabilidade da resposta nacional as DNT depende de uma monitoria efectiva das intervenções de promoção, provisão de cuidados, vigilância, monitoria e avaliação, pesquisa e advocacia.

Pelo que se propõe a elaboração de um plano de monitoria e avaliação.

Tabela 5 – Monitoria

Resultados Esperados	Resultados Esperados	Resultados Esperados	Resultados Esperados
Conhecimento e consciência gerais sobre as DNT aumentados	Ações de formação no contexto da prevenção das DNT fortalecidas e integradas	Organização e gestão dos cuidados de saúde melhorados	Sistema de vigilância, investigação e monitoria e avaliação das DNT fortalecidos
Indicadores	Indicadores	Indicadores	Indicadores
Proporção de indivíduos que conhecem pelo menos 3 factores de risco para as DNT	Número de Instituições de ensino que introduziram nos seus currículas módulos sobre DNT	Número de US que implementaram os programas de rastreio factores de risco	Proportion US que usam a informação para a tomada de decisão
Proporção de mulheres que sabem que o cancro do colo uterino pode ser prevenido com o uso do preservativo	Número de profissionais de saúde que completaram a sua formação com base nos novos currícula		Número de estudos específicos conduzidos/ano
Conhecimento sobre, factores de risco, estilos de vida saudáveis e complicações massificado	Plano/guias de formação/seguimento para DNT definidos e implementados	Serviços e cuidados de saúde de nível primário e secundário para as DNTs reorientados	Instrumentos de registo e notificação de DNTs revistos e implementados
Proporção de indivíduos que conhecem pelo menos 3 complicações da DNT	Número de guias/protocolos elaborados	Proporção de doentes crónicos referidos para consulta de especialidade/ano	Número de instrumentos de registo e notificação de DNT revistos
Proporção de indivíduos que praticam actividade física regular (30 min, 3x/sem) Proporção de indivíduos que sabem que são obesos/excesso de peso	Proporção de protocolos/suias implementados	% de mulheres rastreadas para ca colo e mama % de doentes HT controlados % de diabetes com HbGlic <7% % de PSA pedidos homens mais de 50 anos Número de readmissões com asma em 28 dias depois da alta	Sistema de vigilância funcional (faseado)
Capacidade e competências no doente e na família para controlar as DNT	Profissionais treinados em prevenção, aconselhamento, manejo clínico e reabilitação das diferentes DNT	Equipamento específico e medicamentos [incl alívio da dor] disponíveis	Sistema de vigilância de DNT integrado com doenças transmissíveis
Proporção de doentes com Asma, diabetes capazes de fazer automedicação correctamente	Proporção de trabalhadores treinados por unidade sanitária	Proporção de unidades sanitárias com medicamentos essenciais presentes	Sistema integrado
Número de familiares que conhecem a sinais e sintomas de perigo para a diabetes		Proporção de unidades sanitárias com equipamento basico presentes	
Advocacia para ambiente político e legislativo favorável a gratuitidade de medicamentos e diagnóstico de DNT		Normas/protocolos clínicos e de gestão e rastreio de DNT adaptados	Estudos específicos sobre DNT realizados

Indicadores	Indicadores	Indicadores	Indicadores
Número de legislações elaboradas e implementadas		Número de Normas/protocolos clínicos e de gestão e rastreio de DNT adaptados	Número de estudos realizados por ano
Parceiros envolvidos na luta contra DNT a nível nacional, regional e internacional		Mecanismos de coordenação/integração com programas afins desenvolvidos e funcionais	Monitoria e avaliação de actividades de DNT fortalecida
Número de parceiros envolvidos de forma efectiva		Número de reuniões de coordenação realizados	Número de instrumentos de monitoria desenvolvidos e adaptados
Número de novos parceiros conseguidos		Número de programas integrados	

ANEXOS

Anexo 1 - Resumo dos resultados dos Factores de Risco Cardiovasculares

Tamanho da amostra: Homens = 1,279, Mulheres = 1,811, Total = 3,090 – resultados ajustados para a população

TABACO: PREVALENCIA E PADRÃO DE CONSUMO

	TOTAL	Homens	Mulheres
Percentagem dos que fumam qualquer tipo de tabaco	18.7%	36.0%	6.4%
Percentagem dos que fumam diariamente	16.7%	32.1%	5.6%
<i>Entre os fumadores diários</i>			
Idade média do início de consumo (anos)	22.7 ± 7.5	22.2 ± 6.8	24.5 ± 10.5
Numero médio de anos de consumo	8.8 ± 7.0	9.6 ± 7.4	5.7 ± 5.5
Perceatgem dos fumadores de cigarros manufacturados	56.5%	60.5%	40.4%
<i>Entre os fumadores de cigarros manufacturados</i>			
Numero médio de cigarros manufacturados fumados por dia	6.4 ± 5.1	6.7 ± 5.1	5.1 ± 4.9

ALCOOL: PREVALENCIA E PADRÃO DE CONSUMO

	TOTAL	Homens	Mulheres
Percentagem dos que beberam no último ano	77.2%	81.3%	72.6%
<i>Para os que beberam nos últimos 12 meses</i>			
Percentagem para ambos os sexos de consumo de risco de alcool (4 para ♀ e 5 para ♂)	23.7%	28.3%	18.0%

FRUTAS E VEGETAIS: PREVALENCIA E PADRÃO DE CONSUMO

	Total	Urbano	Rural
Média de dias por semana em que come frutas	2.7 ± 2.1	2.8 ± 2.1	2.6 ± 2.2
Média de dias por semana em que come vegetais	4.2 ± 2.0	3.7 ± 1.9	4.7 ± 2.0
Percentagem dos que consomem 5 ou + porções de frutas e vegetais por dia	31.2%		

PREVALÊNCIA DE OBESIDADE E DISTRIBUIÇÃO

	Total	Homens	Mulheres
Índice médio de massa corporal (IMC Kg/m ²)	22.9±6.1	21.7±3.4	23.7±7.4
Global			
Percentagem dos que tem excesso de peso (IMC ≥ 25kg/m ²)	20.3%	12.6%	25.8%
Percentagem dos que são obesos (IMC ≥ 30kg/m ²)	7.1%	3.0%	9.9%
Urbano			
Percentagem dos que tem excesso de peso (IMC ≥ 25kg/m ²)	30.5%	19.0%	38.8%
Percentagem dos que são obesos (IMC ≥ 30kg/m ²)	11.5%	5.0%	16.3%
Rural			
Percentagem dos que tem excesso de peso (IMC ≥ 25kg/m ²)	10.2%	6.0%	13.1%
Percentagem dos que são obesos (IMC ≥ 30kg/m ²)	2.6%	1.0%	3.7%

HIPERTENSÃO ARTERIAL: PREVALENCIA E DISTRIBUIÇÃO

	N	Prevalencia de Hipertensão Arterial (%)
GERAL	3,081	34.9
Urbano	1,545	40.6
Rural	1,536	29.8
Masculino	1,280	35.7
Feminino	1,801	31.3
Grupos Etários		
25-34	1,191	20.5
35-44	849	31.5
45-54	642	45.9
55-64	397	56.0

DIABETES E DISLIPIDEMIA: PREVALENCIA E DISTRIBUIÇÃO

AVALIAÇÃO BIOQUIMICA			
	Total	Homens	Mulheres
Percentagem de pessoas com glicémia elevada (≥7.0 mmol/L)	3.8%	4.9%	3.1%
Percentagem de pessoas com colesterol elevado (≥5.2 mmol/L)	9.4%	10.9%	8.7%
Percentagem de pessoas com colesterol muito elevado (≥6.5 mmol/L)	1.2%	2.1%	0.7%

Anexo 2 - Entenda-se por Kit básico de consulta do doente crónico:

Nr. ordem	Itens	Nível de atenção
1	1 esfigmomanómetro de mercúrio com braçadeira média e grande	Todos os níveis de atenção (primário, secundário)
2	1 balança (capacidade 200kg),	
3	1 estetoscópio	
4	1 fita métrica	
5	1 estadiómetro	
6	1 aparelho portátil para medir glicemia e colesterol	
7	fitas de glicémia, fitas de colesterol,	
8	fitas de urina	
9	Lancetas, algodão	
10	caixa inceneradora	
11	luvas	
12	Fundoscópio portátil	
13	Tabela de acuidade visual	
14	microfilamento de nylon 10g/5.07	
15	Aparelho para avaliação de HbA _{1c}	Atenção Terceária

Lista de Material e medicamentos para Asma

Nível de Atenção de cuidados de saúde	Material/aparelhos	Medicamentos para manutenção e tratamento das crises
Nível Primário	Nebulizadores com máscaras descartáveis, vários tamanhos	1. Beclometazona, 2. Salbutamol inalatório/nebulizador e comp. 3. Aminofilina em comp e 4. Prednisolona oral, IM e EV
Nível Secundário	Nebulizadores com máscaras descartáveis	1, 2, 3, 4 e aminofilina EV., controlo da Beclometazona spray nasal
Nível Terceário	Nebulizadores com máscaras descartáveis mais Oxímetro, Espirómetro, Debitómetro	Beclometazona (s. n.) e comp., ou outro + potente Atrovent (pressurizante) e nebulizador, Salbutamol (Pressurizante, nebulizador e oral), Aminofilina (oral e E.V.), Oxigénio, corticoides oral, IM/E.V., β 2-agonista de acção prolongada ou associação
Nível Quaternário	Oxímetro, espirómetro, debitómetro	Todos do nível anterior mais Beclomet
UCI*	Todos mais ventilação	Todos anteriores
Laboratório	Testes para alérgenos (IgE), Phadiotop, Gasometria RAST e Rx tórax	

* Unidade de Cuidados Intensivos

Anexo 3 - Entenda-se por Kit de medicamentos básicos para a consulta

Hidroclortiazida e amilorido(50/5 mg), Metildopa 250 mg, Amlodipina 10 mg, Reserpina 0,25 mg, Atenolol 100 mg, aspirina de 500mg, Glibenclamida 5 mg, Metformina 500 mg e insulina, seringas.

Tabela de distribuição dos medicamentos por nível de atenção

Nível de Atenção	Medicamento	
	HTA	Diabetes
Primário com ou sem médico	Tratamento não medicamentoso e medicamentoso Hidroclortiazida e amilorido(50/5 mg), Metildopa 250 mg, Amlodipina 10 mg, Reserpina 0,25 mg	Tratamento não medicamentoso e com Glibenclamida 5 mg, Metformina 500 mg
Secundário Médico/Técnico de Medicina	Igual ao anterior e Atenolol 100 mg	Igual ao anterior e Insulina
Terceário e Quaternário	Todos + Inibidores das Enzimas de Conversão (IEC), Enalapril 10 mg Sinvastatina	Glibenclamida, Metformina, Insulina

Outro material a ser utilizado na consulta de HTA e Diabetes (CC):

Tabelas de Avaliação do Risco, Ficha de avaliação anual do doente, livro de registo, processo clínico Individual, pastas de arquivo, cartão de doente crónico, manual clínico de HTA e Diabetes, Algoritmos de Tratamento e Referência, folhetos educativos.

Anexo 4 - Resultados da avaliação da consulta diabetes na AMODIA (Maputo, Beira e Quelimane)

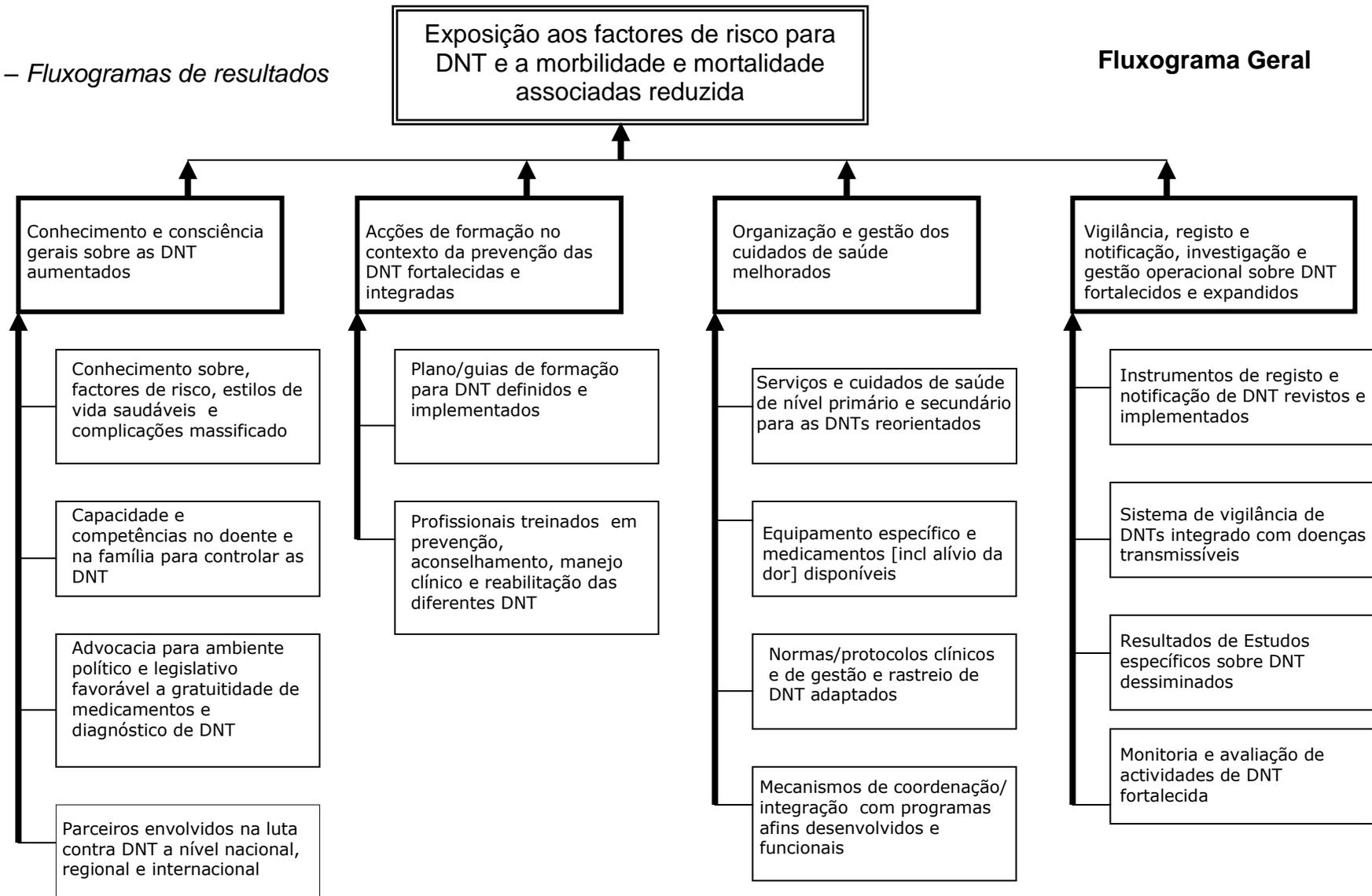
	Beira	Quelimane	Maputo
Total processos avaliados	31	17	53
Total Masculino	17	13	59
Total Feminino	14	4	112
Percentagem de processos com TA medida	90%	76%	91%
Percentagem de processos com Glicemia medida	84%	76%	94%
Percentagem de processos com Peso medido	94%	76%	92%
Percentagem de processos com aconselhamento sobre dieta	35%	35%	38%
Prescrição			
Sem tratamento	6%	6%	17%
Só Dieta	3%	0%	10%
1 medicamento	29%	24%	7%
2 medicamentos	16%	18%	23%
3 medicamentos	19%	6%	10%
3 ou mais medicamentos	16%	35%	13%
Só Insulina	10%	12%	21%
Tipo 2 com Insulina	3%	29%	14%
Média de dias entre a primeira e última consulta(dias)	416	550	197
Média de dias desde a última consulta (dias)	322	211	439
Percentagem de processos apenas com uma consulta	26%	0%	29%
Percentagem de processos com complicações registadas	26%	0%	4%
média de idades (anos)	50	56	51
Idade Min/Máx	26-82	32-83	12-82
Percentagem de processos com doentes Obesos	23%	N/A	40%
Casos (novos) de DM Tipo 1	1	1	6
Casos suspeitos de diabetes Tipo 1 baseado nos sintomas	4	1	10

Anexo 5 – Critérios para rastreio

Factores de risco	DCV/HTA	Diabetes	Cancro do colo uterino	Cancro da Mama	Cancro da Próstata	Asma
Idade	25+	30+	25+	25+	40+	Todas
Sexo	F/M	F/M	F	F	M	F/M
História familiar	Sim	Sim	-	Sim	Sim	Sim
Obesidade	Sim	Sim	-	Sim	Sim	Sim
HTA	-	Sim	-	-	-	-
Paridade	-	-	Sim	Sim	-	-
Sexualmente activa	-	-	Sim*	-	-	-
Mulher grávida	Sim*	Sim*	-	Sim	-	Sim*
Tabaco	Sim	-	Sim	Sim	Sim	Sim
Alcool	Sim	Sim	-	Sim	Sim	-
Inactividade física	Sim	Sim	-	Sim	Sim	Sim
Hiperglicémia	Sim	Sim	-	-	-	-
Hiperlipidemia	Sim	Sim	-	-	-	-
Nutrição	Sim	Sim	-	Sim	Sim	Sim
Infecção HPV	-	-	Sim	-	-	-
	* _	* _	* _			* _
	Obrigatório	Obrigatório	Obrigatório			Perguntar

Pelo menos 3 factores de risco = rastreio

Anexo 6 – Fluxogramas de resultados



Anexo 7 – Matrix de Actividades prioritárias

Objectivo Estratégico I: Aumentar a consciência e o conhecimento sobre as DNTs e seus factores de risco em Moçambique

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							Respons
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
5.1.1. Organizar mesas redondas	Central, provincial	x	x	x	x	x	x	x	n# de mesas redondas realizadas / n# previsto	2	3	4	4	4	4	4	DDNT, PF PROV
5.1.2. Realizar e participar em eventos de partilha conhecimento e experiências mediante participação e organização de reuniões nacionais e internacionais	Central, provincial	x	x	x	x	x	x	x	n# de eventos realizados	2	2	2	2	2	2	2	DDNT, DPS
5.1.3. Realizar campanhas comemorativas dos dias mundiais (Diabético, Coração, Cancro, etc) FEIRAS de SAÚDE	Provincial	x	x	x	x	x	x	x	n# campanhas realizadas / previsto	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	PF, DPS
5.1.4. Desenvolver e incluir na estratégia nacional de comunicação para DNT, incluindo o envolvimento dos doadores e mídia, utilização dos parceiros existentes na divulgação da informação	Central	x	x			x			Estratégia disponível		1º sem						DDNT, Dept. Promoção
5.1.5. Produzir e disseminar material IEC específico em Português e em línguas locais	Central, provincial	x	x	x	x	x	x	x	n# de material IEC /tipo de DNT disponível	2	2	4	5	5	5	5	Dept. promoção, DDNT

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							Respons
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
5.1.6. Elaborar materiais e currículo específicos para a educação das mulheres sobre o rastreio do cancro da mama (auto palpação) e outras DNT	Central	x	x	x					Curriculuns e materiais de educação para ca mama disponíveis			Dez					DDNT, Dept Formação, DNAM
5.1.7. Organizar palestras sobre DNT envolvendo escolas, igrejas, empresas (privadas e públicas) e instituições do estado	Central, provincial	x	x	x	x	x	x	x	n# de palestras realizadas / público alvo / previsto	2	4	6	8	10	12	14	PF PROV, DPS
5.1.8. Divulgar informação sobre DNT em Mocambique, utilizando a página web do MISAU e o boletim epidemiológico trimestral	Central	x	x	x	x	x	x	x	pág. Web do misau conteúdo inf. sobre DNT	Actividade permanente							DDNT
5.1.9. Identificar e implementar mecanismos de envolvimento dentro dos vários sectores do Serviço Nacional de Saúde	Central, provincial	x	x	x					Mecanismos de envolvimento dos sectores identificados			1º trim					DDNT, PF PROV
5.1.10. Definir e implementar mecanismos de envolvimento multisectorial dos parceiros locais (Ministérios, Empresas, Associações, etc.) e internacionais (países da SADC; sectores não governamentais, p.e. IDF, WHF, etc.)	Central, provincial		x	x					Mecanismos de envolvimento multisectorial definidos				Jun				DDNT, PF PROV

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							Respons
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
5.1.11. Elaborar e implementar uma proposta para a criação de um dia Moçambicano de luta contra as DNT em Moçambique	Central	x	x						Proposta elaborada e submetida á aprovação		1º sem						DDNT
5.1.12. Promover e apoiar a construção de pelo menos 1 circuito de manutenção física nas grandes cidades (capitais provinciais)	Provincial	x	x	x					n# de cidades com circuitos de manutenção física / n# previsto	2	2	2	2	2	1	11	DPS, PF PROV
5.1.13. Utilização de material IEC, para promoção do uso do preservativo na prevenção da infecção pelo HPV (cancro Uterino)	Central, provincial	x	x	x	x	x	x	x	materiais de IEC com informação sobre a infecção pelo HPV e ca uterino	0	5%	12.5%	20%	27.5%	35%	42.5%	DDNT, PF PROV
5.1.14. Promover através de material de IEC a necessidade de realização de exames gerais individuais de saúde todos os anos	Central, provincial	x	x	x	x	x	x	x	materiais de IEC com informação sobre exames gerais de saúde	0	2%	6%	9%	13%	16%	20%	DDNT, PF PROV
5.1.15. Utilizar os resultados dos vários estudos para informar aos diferentes sectores da sociedade (p.e. políticos, etc.) e parceiros internacionais	Central	x	x	x	x	x	x	x	n# de docs políticos, planificação, etc. elaborados com base nos	2	2	2	2	2	2	2	DEPSAEC, DDNT, Adida de Imprensa

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Respons
									resultados de pesquisas sobre DNT								
5.1.16. Participar e advogar na revisão da legislação existente em áreas relevantes para as DNT e assegurar a inclusão de aspectos que promovam estilos de vida saudáveis e protejam os direitos dos indivíduos	Central	x	x	x					legislação com aspectos da actualidade relevantes em DNT, disponíveis			Dez					DDNT, dra. Dalmasia
5.1.17. Participar e advogar no desenvolvimento de legislação sobre o acesso gratuito ao tratamento (insulina, nebulizadores, etc)	Central	x	x	x					legislação sobre a gratuidade da insulina, nebulizadores disponíveis			Dez					DDNT, dra. Dalmasia
5.1.18. Participar e advogar na revisão de legislação para regular o consumo de álcool e banir publicidade enganosa (p.e. "fast food")	Central	x	x	x					legislação revista em matéria de consumo de álcool disponível			Dez					DS MENTAL, DDNT, dra. Dal

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Respons
5.1.19. Promover e participar no desenvolvimento de protocolos reguladores do tipo de alimentação e bebidas nas escolas públicas e privadas	Central	x	x	x					protocolos reguladores sobre alimentação e bebidas disponível			Dez					MEC, DDNT, dra. Dalmasia
5.1.20. Rever e actualizar legislação que regula o funcionamento da saúde no sector privado	Central	x	x						Legislação revista		100%						DDNT, Ord. MM
5.1.21. Nomear de pontos focais nas províncias para DNT	Provincial	x	x						N# pontos focais / n# previsto	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	DNPSCD/D RH
5.1.22. Elaborar material educativo para auto medicação para Diabetes, Asma e HTA	Central	x	x						Curriculuns e materiais de educação dos doentes HTA, Diabetes, Asma disponível			Jun					DDNT, Dept Formação, DNAM
5.1.23. Definir e implementar mecanismos de envolvimento das associações, comunidade e famílias em programas de reabilitação, manuseio de crises e alívio da dor	Provincial	x	x	x					Doc. sobre mecanismos de envolvimento em DNT disponível			1º trim					PF, DPS

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Respons
5.1.24. Continuar e consolidar a integração das acções de prevenção das DNT em programas específicos (ex: ATS, SSR, PAV, Saúde do idoso)	Central, provincial	x	x						n# prog. Que integram as componentes da DNTs	1	por pelo menos 2 prog.	3	4	5	5	5	DNSP
5.1.25. Promover e apoiar o funcionamento de associações e sociedade civil no contexto da prevenção e controlo das DNTs	Provincial	x	x	x	x	x	x	x	n# de associações que funcionam com apoio do MISAU	2	3	4	4	4	4	4	PF, DPS
5.1.26. Exercício de planificação com as províncias (viagem às províncias)	Central	x	x	x	x	x	x	x	n# de planificações realizadas com apoio central / n# previsto	Maio	Maio	Maio	Maio	Maio	Maio	Maio	DDNT

Objectivo Estratégico II: Fortalecer e integrar as acções de formação

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Respons
5.2.1. Elaborar proposta de plano de formação (prevenção, diagnóstico, rastreio, mauseio, aconselhamento e mauseio das complicações) sobre DNT para o pessoal de saúde pré-graduado, em serviço (incluindo pessoal de farmácia e laboratório) e nos currículas da Faculdade de Medicina e Instituto de Ciências de Saúde.	Central		x	x	x				Proposta de plano de formação elaborada e submetida á aprovação		100%						DDNT e outros prog.
5.2.2. Identificar e estabelecer mecanismos de parceria com instituições de formação de pessoal de saúde, nacionais e internacionais (p.e. utilização da AMODIA para campo de estágio para profissionais de saúde)	Central, provincial	x	x						n# de protocolos assinados	1	2	2	2	2	2	2	DDNT, PF PROV
5.2.3. Aumentar os recursos humanos a nível central de acordo com o plano nacional de desenvolvimento dos Recursos Humanos	Central	x	x						n# rec. Humanos admitidos/n# previsto	2	4	7	10	12	15	15	DRH
5.2.4. Desenvolver e distribuir manuais, algoritmos, guiões e protocolos, padronizados e tabelas de risco (DCV e Diabetes) para rastreio, diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes	Central	x	x	x					n#manuais desevel/ n#previsto	1	2	3	4	5	5	5	DDNT, Smaterna, DNAM

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Respons
5.2.5. Providenciar formações específicas sobre DNT, com foco na prevenção e tratamento das complicações e na promoção da qualidade de vida	Central, provincial	x	x	x	x	x	x	x	n# de profissionais formados em DNT/n#previsto	3	4	4	4	5	5	5	DDNT, DF, DNAM, DPS
5.2.6. Formar os trabalhadores de saúde com conhecimentos de comunicação interpessoal e aconselhamento (CIPA) para envolver as associações, famílias e comunidades em programa de formação para reabilitação do doente crónico	Central, provincial		x	x	x	x	x	x	n#Trab.saúd e com formação em CIPA/n#previsto em DNT	0	6	8	10	12	14	16	DEPSEC, Dept Formação
5.2.7. Capacitar os educadores comunitários de conhecimentos sobre DNT	Provincial		x	x	x				n# educ comunitários capacitados/prov	0	22	42	62	82	102	122	DDNT, DNPPS
5.2.8. Realizar acções de formação em trabalho	Provincial	x	x	x	x	x	x	x	n#de formações em trabalho realizadas/prov	0	10%	18%	26%	34%	42%	50%	DPS, PF PROV
5.2.9. Formar (Habilitar) os profissionais de saúde na detecção precoce e tratamento do Pé Diabético e outras complicações específicas	Central, provincial	x	x	x	x	x	x	x	n#trab.saúde formados em pé diabético/n#previsto	0	2/prov	4/prov	6/prov	8/prov	10/prov	10/prov	DDNT, DPS, e PF

Objectivo Estratégico III: Melhorar a cobertura, qualidade e o acesso aos serviços de prevenção e cuidados de saúde relativos as DNTs

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							Respons
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
5.3.1. Desenvolver normas e protocolos para rastreio das DNT	Central	x	x	x					normas e protocolos desenvolvidos disponíveis		Dez pelo menos para 2 doenças						DDNT e outros prog.
5.3.2. Desenvolver normas e protocolos para rastreio em consulta pré-natal de risco para diabetes e HTA para mulher grávida	Central	x	x	x					normas e protocolos desenvolvidos disponíveis	1	1	1	1	Revisão	1	1	Ginecolog ac. DNAM
5.3.3. Desenvolver programa integrado de rastreio de DNT com as actividades correntes de ATS e utilização de serviços já existentes como ponto de partida para implantação do plano (p.e. consulta doente crónico em Maputo)	Central, provincial	x	x						Programa integrado desenvolvido e disponível		1º trim						DDNT, ATS, PF prov
5.3.4. Definir listas de equipamento e reagentes para laboratório clínico essenciais e medicamentos (kits) para as DNT específicas para cada nível de atenção incluindo medicamentos para alívio da dor e radioterapia	Central	x	x						listas disponíveis		2ºsem						

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Respons
5.3.5. Definir e implantar normas que regulem o abastecimento em medicamentos e equipamento a todos os níveis de gestão	Central,	x	x	x					Regras de regulamentação p abastecimento de medicamentos definidas e disponíveis				Jun				DNAM, CMAM
5.3.6. Dotar os Hospitais Gerais e Provinciais com aparelhos de bioquímica e PSA	Central	x	x	x	x	x	x	x	n# de Hosp com aparelhos / n# previsto	5%	20%	25%	30%	35%	40%	50%	DNAM
5.3.7. Dotar os HC com aparelhos de HbA1c, Glucómetros, fitas de glicemia e glicosúria, monofilamentos, Doppler (ABI)	Central		x	x	x	x	x	x	n# US apartir do tipo II para cima com equipamento / n# previsto	0%	30%	100%	100%	100%	100%	100%	DNAM, DNLab
5.3.8. Adquirir equipamento e material para VIA e crioterapia	Central	x			x				n# de US com aparelhos / n# previsto	4	27	32	73	5	9	16	DNPPS, SMaterna e Repro
5.3.9. Adquirir e equipar as US com materiais e aparelhos para o manuseio da asma (nebulizadores, espirómetros, etc)	Central	x	x		x	x			n# de US com materiais e aparelhos para asma / n# previsto	70%	73%	75%	78%	80%	83%	85%	DNAM

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Respons
5.3.10. Desenvolver e implementar um plano de integração das actividades de DNT com os programas de saúde mental, saúde ocupacional, saúde ambiental e fisioterapia e reabilitação física	Central, provincial	x	x	x					Plano Integrado DNT e SM,SO,SA,FRF,desenvolvidos e disponível		Out						DDNT, outros prog.
5.3.11. Desenvolver programa integrado das DNT com o programa de cuidados domiciliários de HIV/SIDA	Central, provincial	x	x	x					Programa integrado desenvolvido e disponível		1º trim						DDNT, CD, PFP
5.3.12. Criar serviços especializados integrados ao nível dos hospitais centrais para o atendimento de crianças com diabetes Tipo 1 e asma	Central, provincial		x	x					n# de HC com serviços especializados / n# previsto	0	1	2	3	3	3	3	DNAM, Direcções clínicas dos HC
5.3.13. e 14 Equipar e treinar os serviços e profissionais dos serviços de urgência para realizarem diagnósticos adequados e prestarem cuidados de saúde de qualidade em DNT	Central, provincial	x	x	x	x				n# de SUR equipado / ano , HC, HP e Gerais	0	2	4	6	7	8	9	DNAM, Dep Formação , PF Prov
5.3.15. Definir e implantar mecanismos de integração das acções de prevenção e controlo das DNT nas US do sector privado (AMM e Ordem dos Médicos)	Central	x	x	x					mecanismos definidos			Dez					AMM, Ord.MM, DDNT,PF prov

Objectivo Estratégico IV: Fortalecer e expandir o Sistema de Vigilância, investigação, monitoria e avaliação

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							Respons
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
5.4.1. Conceber, pré-testar e instituir fichas de avaliação para DCV, diabetes (incl. pé diabético), cancros (CA do colo do útero, mama e próstata) e asma para uso pelos clínicos	Central	x	x						Instrumento disponível, relatório da testagem disponível		realizado						DDNT, DNAM, consultores nacionais
5.4.2. Desenvolver instrumentos integrados para o registo clínico e seguimento do doente com DNT (intrahospitalar e de consulta externa)	central	x	x						Instrumento integrado disponível, Relatório da testagem disponível		realizado						DDNT, DIS, INS
5.4.3. Expandir o sistema do registo (CANREG) do cancro para a cidade de Nampula e cidade de Maputo	Central, provincial	x	x						n# de US com sistema de registo implantado / previsto	75%	100%						DDNT, SAP, Saúde reprod.
5.4.4. Elaborar proposta de integração do sistema de vigilância epidemiológica das DNT no sistema de vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis (elaborar proposta)	Central	x							Proposta elaborada e submetida disponível	elaborada		integração					DDNT,DIS, INS

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							Respons
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
5.4.5. Realizar estudos de prevalência de base populacional para asma e outras doenças respiratórias crónicas	Central		x						Relatório dos resultados sobre prevalência disponível	0	1	0	0	0	0	0	DDNT,INS,INE
5.4.6. Realizar um estudo de viabilidade da vacina contra HPV/HIV	Central					x			Relatório dos resultados sobre viabilidade da vacina anti-HPV disponível	0	0	protocolo	1	0	0	0	DDNT,INS,SAP,IIManhiça
5.4.7. Realizar o estudo sobre impacto económico das DNT nas famílias e no sistema nacional de saúde	Central				x				Relatório de resultados sobre impacto económico disponível	0	0	0	0	1	0	0	DDNT,INS
5.4.8. Realizar uma avaliação de base populacional sobre os factores de risco para a DCV para mensuração do impacto das acções preventivas	Central			x					Relatório de resultados sobre avaliação das medidas prev. Disponível		Preparação	1	0	0	0	0	DDNT,INS
5.4.9. Realizar estudo sobre acessibilidade aos cuidados de saúde em Moçambique usando o método RAPIA para avaliação do impacto das acções ao nível da atenção	Central, provincial		x						Relatório de resultados sobre acessibilidade disponível	0	1	0	0	0	0	0	DDNT,INS

Actividades	Nível de implementação	Cronograma							Indicador	Meta							Respons	
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014		
5.4.10. Desenvolver um plano de monitoria e avaliação do programa de DNT (incl fontes de dados, instrumentos de recolha/agregação, validação, reporte e uso de informação)	Central	x							plano de monitoria e avaliação desenvolvido e disponível	100%								DDNT, DPC
5.4.11. Definir um conjunto mínimo de indicadores de DNT e integrá-lo na lista nacional de indicadores de monitoria do MISAU	Central	x							Lista de indicadores disponível	100%								DDNT, DPC
5.4.12. Promover uma cultura de uso de informação sobre DNT para tomada de decisão e acção	Central, provincial	x	x	x	x	x	x	x	n# de tomadas de decisão baseada em evidência (meios de verificação)	Actividade permanente							DDNT,DPS, DPC	

Anexo 8 – PLANO ORÇAMENTAL

Objectivos Estratégicos							
Estratégias seleccionadas							
Actividades prioritárias							
Actividades	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
I. Aumentar a consciência e o conhecimento sobre as DNTs e seus factores de risco em Moçambique	1,258,923.00	1,350,990.20	1,389,427.00	1,732,372.20	1,907,827.00	2,474,190.20	3,204,077.00
II. Fortalecer e integrar as acções de formação	358,804.64	375,349.28	391,893.92	408,438.56	424,983.20	441,527.84	458,072.48
III. Melhorar a cobertura, qualidade e o acesso aos serviços de prevenção e cuidados de saúde relativos as DNTs	696,059.39	1,160,847.29	1,315,301.70	2,174,849.80	1,505,092.99	2,097,553.10	3,096,524.58
IV. Fortalecer e expandir o Sistema de Vigilância, investigação, monitoria e avaliação	153,617.26	358,393.39	834,564.34	311,062.48	193,964.53	218,572.20	503,909.14
Total	2,467,404.29	3,245,580.16	3,931,186.97	4,626,723.03	4,031,867.73	5,231,843.34	7,262,583.20
Total Cumulativo 2009 - 2014	0.00	3,245,580.16	7,176,767.12	11,803,490.16	15,835,357.88	21,067,201.22	28,329,784.42

BIBLIOGRAFIA:

- ¹ <http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mz.html>
- ² Ministério da Saúde-Plano Económico e Social, 2007, Moçambique
- ³ MISAU. Relatório sobre a Revisão dos dados de Vigilância Epidemiológica do HIV- Ronda 2004, Moçambique, Agosto de 2005
- ⁴ Child Injury in Thailand. Report on the Thai National Injury Survey. Bangkok, Thailand, 2006
- ⁵ WHO, Preventing Chronic Diseases, a vital investment, 2005
- ⁶ WHO, Assessment of National Capacity For Noncommunicable Disease- Prevention and Control.
- ⁷ WHO, Current and future long-term care needs. The Global Burden of Disease, 2002.
- ⁸ Beaglehole R and Yach, D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. *Lancet* 2003; 362: 903-08.
- ⁹ Popkin, B.M., The nutrition transition and obesity in the developing world, *J Nutr.* 2001: 131, S871-73
- ¹⁰ Cliff, J. et al. Estudo das principais causas de morte registadas, nas Cidades de Maputo, Beira, chimioio e Nampula em 2001. Novembro, 2003.
- ¹¹ Global Burden of Disease, 2001. www.who.int.
- ¹² Dgedge, M et al. The Burden of disease in Maputo City, Mozambique: registered and autopsied deaths in 1994. Report MISAU
- ¹³ Krug EG et al., World Report on Violence and Health, Geneve, World Health Organization, 2002
- ¹⁴ WHO, CVD-RISK Management package for low-and medium-resource setting, Geneva, 2002.
- ¹⁵ WHO, The African Regional Health Report, 2006
- ¹⁶ Lopes AA, Hypertension in black people: pathophysiology and therapeutic aspects. *Journal of Human Hypertension* (2002) 16 (Suppl 1), S11-S12.
- ¹⁷ Mendis Shanthi et al. Barriers to management of cardiovascular risk in a low resource setting using hypertension as an entry point. *Journal of Human Hypertension* 2004, 22:59-64.
- ¹⁸ Olatunbosun ST, et al. Hypertension in a black population: prevalence and biosocial determinants of high blood pressure in a group of urban Nigerians. *Journal of Human Hypertension* (2000) 14, 249-257.
- ¹⁹ Dowse GK, et al. Changes in population cholesterol concentration and other cardiovascular risk factor levels after five years of non-communicable disease intervention programme in Mauritius. Mauritius Non-communicable Disease Study Group. *BMJ* 1995; 311:1255-1259.
- ²⁰ Steyn K, et al. South African Demographic and Health Coordinating Team. Hypertension in South African adults: results from the demographics and Health Survey, 1998. *J Hypertension* 2001; 19:1717-1725.
- ²¹ International Diabetes Federation, Diabetes Atlas, ed. D. Gan. Brussels, Belgium; 2003
- ²² WHO. Diabetes Action Now: an initiative of the World Health Organization and the International Diabetes Federation. Geneva: World Health Organization, 2004.
- ²³ Diabetes Tipo 2. Guia para a prática clínica na Africa Sub-Sahariana. Federação Internacional da diabetes-Região Africana, 2006
- ²⁴ Zimmet, P., et al. 2001. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* 2001; 414, 782-7
- ²⁵ Report of the International Insulin Foundation on the Rapid Assessment Protocol for Insulin Access in Mozambique. London, International Insulin Foundation, 2004
- ²⁶ J. Ferlay, F. Bray, P. Pisani and D.M. Parkin. GLOBOCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, Version 1.0. IARC CancerBase No. 5. Lyon, IARC Press, 2001
- ²⁷ Hospital Central da Beira. Programa de Registo do Cancro. Relatórios anuais de Atividades 2005 e 2006
- ²⁸ Ferlay J et al. Globocan 2000: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Version 1.0 Lyon, International Agency for Research on cancer, 2001
- ²⁹ D.M. Parkin. et al Cancer in Africa : Epidemiology and Prevention. IARC-WHO, IARC Press 2003
- ³⁰ Walboomers, J.M.M., ET AL Humana papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J. Pathol.*, 189,12-13
- ³¹ Laga et al., Genital papillomavirus infection and cervical dysplasia- opportunistic complications of HIV infection. *Int. J. Cancer*, 50, 45-48
- ³² Report. The Case for Investing in Cervical Cancer prevention. Preventing Cervical Cancer in Low-Resources settings: From Research to Practice. WHO, 2006
- ³³ Kuhn L, Denny L, Pollack A., et al Humana papillomavirus DNA testing for cervical cancer screening in low-resource setting. *JNatl Cancer Inst* 200; 92:818-825
- ³⁴ Megavand, E. et al Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstet. Gynecol.*,88, 383-386
- ³⁵ Visual Inspection with acetic acid for cervical-cancer screening: Test qualities in a primary-care setting. University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project, 1999
- ³⁶ Sankaranarayanan, R. & Pisani, P. Prevention measures in third world; are they practicable? In Franco, E & Monsonego, J., eds, *New Developments in Cervical Cancer Screening and prevention*, Oxford, Blackwell Science, pp 70-83
- ³⁷ Moñoz N, Bosh FX et al., Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J cancer* 2004; 11: 278-285
- ³⁸ Koutsky LA, et al, Proof of principle Study investigators. A Controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *N Engl J Med* 347:1645-1651, 2002
- ³⁹ Carrilho, C., Cancro do Colo do Útero em Moçambique – Papel da infecção pelo vírus do papiloma humano(HPV) na etiopatogenia do cancro do útero e estudo de alguns marcadores com utilidade diagnóstica. Dissertação apresentada e escrita para obtenção do Grau de Doutor em Medicina, pela Universidade do Porto (Porto, 2005).

-
- ⁴⁰ Amie Batson, Filip Meheus Steve Brooke. Innovative financing mechanisms to accelerate the introduction of HPV vaccines in developing countries. *Vaccine* 24S3(2006) S3/219-S3/225
- ⁴¹ World Health Organization. World Health Assembly Resolution WHA58.22, Cancer prevention and control, 2005.
- ⁴² Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncology*, 2001, 2:133-140
- ⁴³ Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast Cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, 2002,360:187-195
- ⁴⁴ Smith-Warner SA et.al. Alcohol and breast cancer in women: a pooled analysis of cohort studies. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:535-540.
- ⁴⁵ TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncology*, 2001, 2:133-140
- ⁴⁶ Registo do Cancro. Serviço de Anatomia Patológica. Hospital Central da Beira. Relatório anual 2005; Sofala, Moçambique
- ⁴⁷ Walch, et al. *Urology*; W.B. Saunders Company, 7th edition, 1997
- ⁴⁸ Silva M Manuel, Pires Manuel Macieira. Serviço de Urologia do Hospital Militar
- ⁴⁹ Parnes, L. Howard. Issues in Prostate Cancer Prevention. Division of Cancer Prevention, NCI July 2008
- ⁵⁰ American Cancer Society: Cancer Prostate Prevention, 2005
- ⁵¹ M. Masdi, D. Fabian, S. Holt and Beasley. The Global burden os asthma: executive summary of the GINA dissemination committee report, *Allergy* 59 (2004) pp469-478
- ⁵² Ait-Khaled N et al., *Allergy* 2007
- ⁵³ Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention- revised 2006.
- ⁵⁴ W.H.O- Chronic Respiratory Diseases and Arthritis, Management of Non-communicable diseases department. Implementation of the WHO Strategy for Prevention and Control of Chronic Respiratory
- ⁵⁵ Mavale-Manuel et al, Risk factors for asthma among children in Maputo (Mozambique) *Allergy* 2004: 59:388-393
- ⁵⁶ Mavale-Manuel, et al. Knowledge, attitudes, and behavior of parents of asthmatic children in Maputo. *J Asthma* 2004; 41:533-38
- ⁵⁷ Mavale-Manuel, 2007 submitted in *Paediatrics Pulmonology*
- ⁵⁸ Neves, Otilia et al. Asma Aguda: Impacto no funcionamento do SUR-HCM. Relatório, Junho 2003
- ⁵⁹ Livro de registo de consultas externa . Departamento de Pediatria, HCM 2006
- ⁶⁰ Mavale-Manuel et al, Risk factors for asthma among children in Maputo (Mozambique) *Allergy* 2004: 59:388-393
- ⁶¹ Fonte: livro de registo de casos de urgência do HCM-SUR, 2006
- ⁶² Chale S, McLarty D. The economics of diabetes care: Africa. In: Alberti K, Zimmet P, DeFronzo R, Keen H, eds. *International textbook of diabetes mellitus*, 2nd edn. London: Wiley and Sons, 1997.
- ⁶³ Mbanya JC, Sobngwi E. Diabetes in Africa: diabetes microvascular and macrovascular disease in Africa. *J Cardiovasc Risk* 2003; 10: 97–102.
- ⁶⁴ Silva, Carla, Bartolomeus, Kidist, Neves, Otilia. Emergency Department patient care log book as an surveillance tool: pilot study in Maputo, 2004
- ⁶⁵ Resolução da Nações Unidas para a Diabetes, Jan 2007