

Conselho Consultivo do Ministro da Saúde

DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Apresentado por: Dr. El Hadi Benzerroug



Prevenindo
DOENÇAS CRÓNICAS
Um investimento vital

Plano de Apresentação

- Introdução
- Situação em Mozambique
- Estrutura de Trabalho para a Acção
- Conclusão

Prevención de las
ENFERMEDADES CRÓNICAS
una inversión vital

Introdução

www.who.int/chp



Prevenindo
DOENÇAS CRÓNICAS
Um investimento vital

60% da mortalidade mundial são devido as doenças crónicas

35 000 000

**de pessoas morrem de
doenças crónicas**

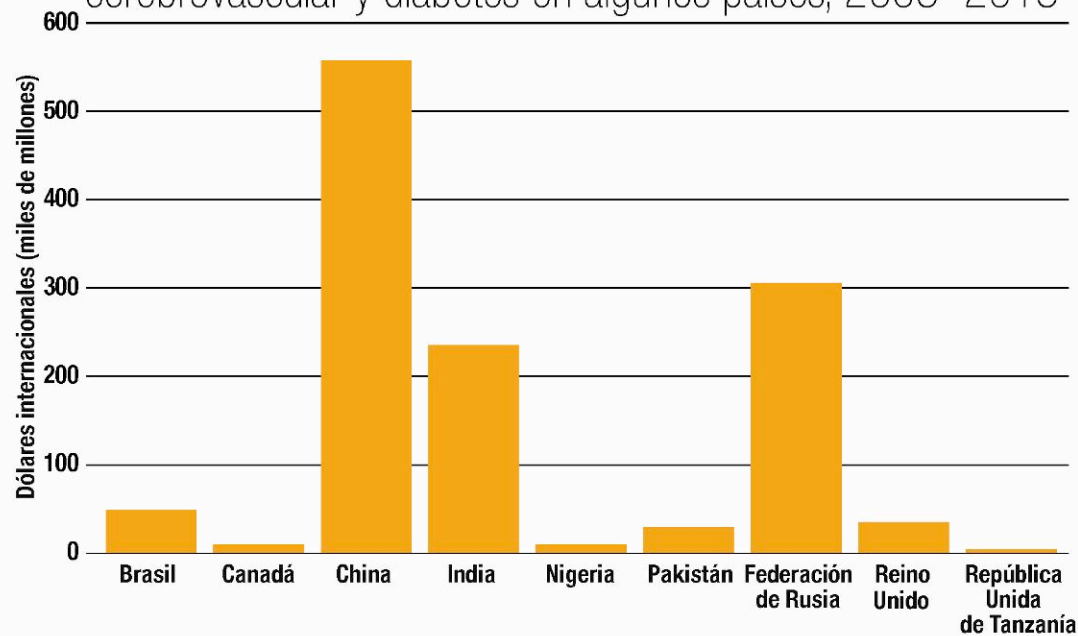
por ano



Prevenindo
DOENÇAS CRÓNICAS
Um investimento vital

Repercussão económica: biliões

Pérdidas de renta nacional previstas como consecuencia de los casos de cardiopatía, accidente cerebrovascular y diabetes en algunos países, 2005–2015



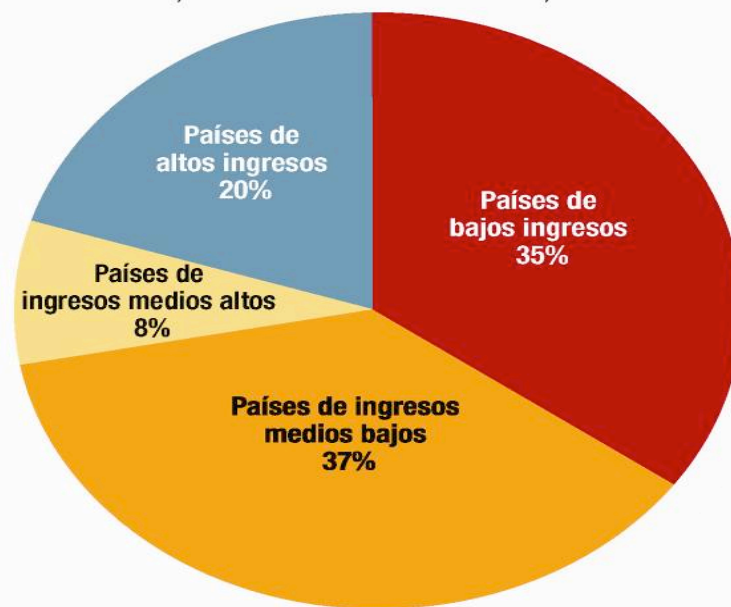
Alguns mal entendidos comuns sobre as doenças crónicas – e a realidade

- A epidemia de doenças crónicas avança rapidamente
- O reconhecimento e a resposta mundial não seguem ao mesmo ritmo
- Os mal entendidos serão esclarecidos com a evidência dos factos

Realidade: 80% das mortes por doenças crônicas ocorrem em países de baixo ou médio rendimento

- “As doenças crônicas afetam principalmente os países de rendimento elevado”

Distribución mundial prevista de las defunciones por enfermedades crónicas, por grupos de ingresos del Banco Mundial, todas las edades, 2005



Prevenindo

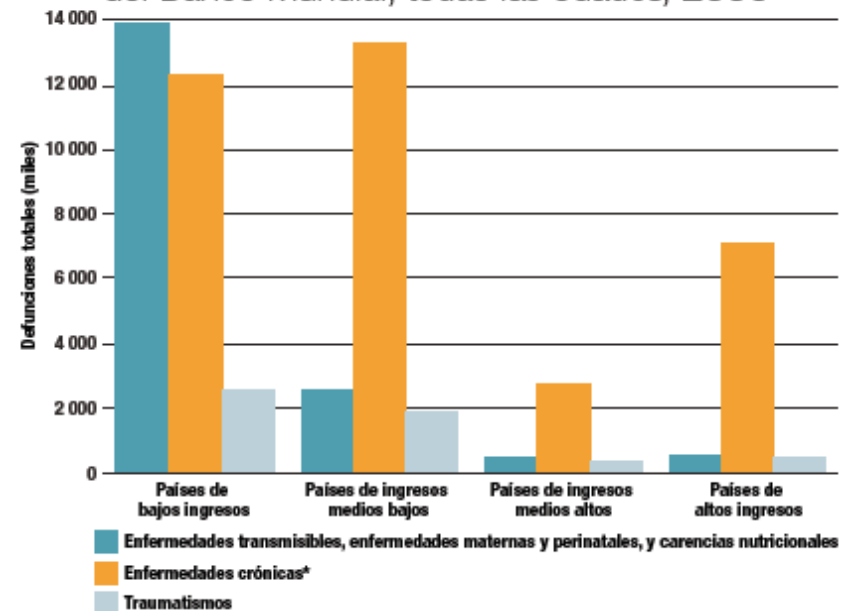
DOENÇAS CRÓNICAS 8

Um investimento vital

Realidade: duplo fardo = dupla resposta

“Países de baixo e médio rendimento devem controlar em primeiro lugar as doenças infecciosas e só depois as doenças crónicas”

Defunciones previstas por causas principales y por grupos de ingresos del Banco Mundial, todas las edades, 2005



Preveniendo

DOENÇAS CRÓNICAS 9

Um investimento vital

Realidade: 80% das cardiopatias, acidentes cerebrovasculares e diabetes de tipo 2 são preveníveis, bem como 40% dos casos de cancro

“As doenças crónicas não podem ser prevenidas”

Factores de risco Comuns à Maioria das Doenças Crónicas

Factor de risco	Condition			
	D o e n ç a s Cardiovasculares	Diabetes	Cancro	Doenças respiratórias crónicas
Tabaco	✓		✓	✓
Alcool	✓	✓	✓	
Nutrição	✓	✓	✓	✓
Inatividade Física	✓	✓	✓	✓
Obesidade	✓	✓	✓	
Hipertensão arterial	✓	✓		
Hiperglicémia	✓	✓	✓	
Hiperlipidémia	✓	✓	✓	

Prevenindo

DOENÇAS CRÓNICAS 11

Um investimento vital

Causa - Efeito

Comportamento

- * Tabaco
- * Álcool
- * Inatividade física
- * Nutrição

Fisiológico

- * Índice de Massa Corporal
- * Pressão arterial
- * Glicemia
- * Colesterol

Doenças Resultantes

- * Cardiopatias
- * Acidente Vascular Cerebral
- * Diabetes
- * Cancro
- * Doenças Respiratórias

Medidas a tomar

Uma acção
Compreensiva e Integrada
é a chave para
prevenir e controlar
as doenças
crónicas

Marco Progresivo

- 1 PLANIFICACIÓN – PASO 1**
Estimar las necesidades de la población y preconizar la adopción de medidas
- 2 PLANIFICACIÓN – PASO 2**
Formular y adoptar una política
- 3 PLANIFICACIÓN – PASO 3**
Determinar los pasos de aplicación de la política

Pasos de aplicación de la política	Intervenciones poblacionales		Intervenciones dirigidas a los individuos
	Nivel nacional	Nivel subnacional	
Aplicación – Paso 1 MEDIDAS BÁSICAS	Intervenciones que es factible aplicar con los recursos existentes a corto plazo.		
Aplicación – Paso 2 MEDIDAS AMPLIADAS	Intervenciones que es posible aplicar tras un aumento o redistribución realista de los recursos a medio plazo.		
Aplicación – Paso 3 MEDIDAS DESEABLES	Intervenciones basadas en la evidencia pero inviables con los recursos existentes.		

Prevenindo

DOENÇAS CRÓNICAS 13

Um investimento vital

Estratégia de Vigilância

Marco Progresivo

1

PLANIFICACIÓN – PASO 1

Estimar las necesidades de la población y preconizar la adopción de medidas

A Estratégia da OMS na Vigilância das DNT's

- Identificação e descrição dos principais factores de risco das DNT's utilizando as definições recomendadas pela OMS (STEPwise approach)
- Uma metodologia standardizada para efectuar a vigilância dos factores de risco que permita comparações internacionais nos países e entre os países
- Vigilância continuada dos factores de risco
- Fornecer dados para definição de políticas

STEPwise Approach - Metodologia

STEP I

Avaliação comportamental

- Consumo de tabaco
- Consumo de álcool
- Consumo de vegetais e frutas
- Actividade física

STEP II

Medições Físicas

- Altura e Peso
- Circunferencia da cintura
- Tensão Arterial
- Frequencia Cardíaca

STEP III

Med. bioquímicas

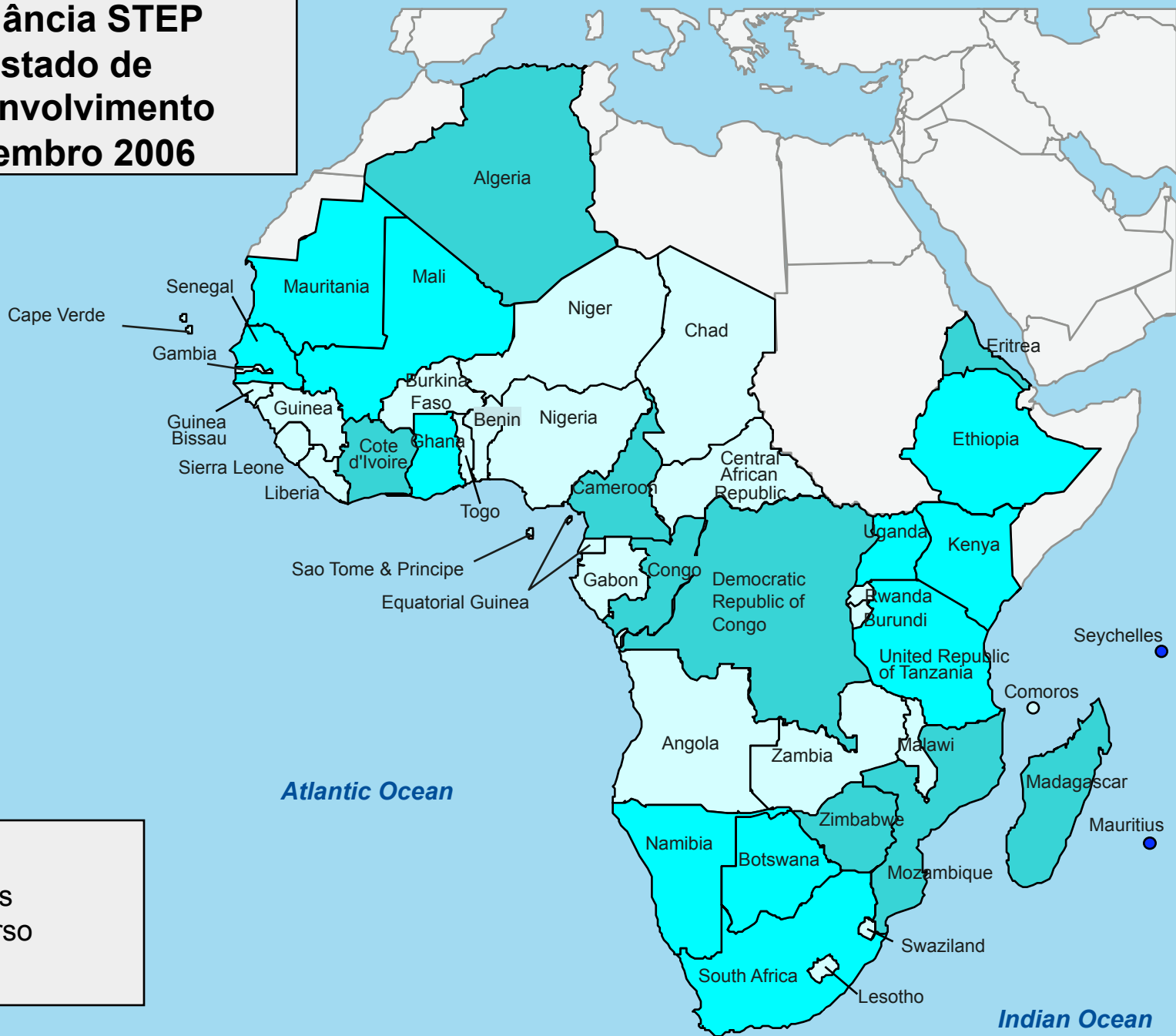
- Glicemia
- Colesterol



Situação Em Mozambique

Vigilância STEP Estado de desenvolvimento Setembro 2006

D
N
C
A
F
R
O



- Mais avançado
- Dados publicados
- Vigilância em curso
- Formação

DADOS STEPS

	DZA	COG	ERI	CMR	MDG	MOZ	CIV	ZWE
Consumo de tabaco	12.8%	14.4%	8%	4%	20%	18.7%	9.5%	12.1%
Consumo de Álcool	5.1%	62.5%	39.6%	11%	42.5%	77.2%	71%	74.7%
Obesidade	16.4%	8.6%	3.3%	18%	2.42%	7.1%	9.1%	14.1%
Hipertensão arterial	29.1%	32.5%	16%	25%	17.6%	33.1%	21.7%	27.6%
Hiperglicémia	2.9%			6%		1.4%		10%

Prevenindo

DOENÇAS CRÓNICAS 19

Um investimento vital



World Health Organization

Doenças cardiovasculares

- É a causa mais frequente de mortalidade global e responsável por 1 em cada 3 mortes.
- Em Moçambique constituíram 24% das causas de morte autopsiadas em 2001 num estudo feito em quatro cidades do país.
- De entre as 10 principais causas de morte autopsiadas na cidade de Maputo em 1995, a doença cardiovascular ocupou o 2º lugar.

Hipertensão

- Uma das principais causas de consulta externa.
- Factor de risco mais importante para as Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC's).
- Em Moçambique tem uma prevalência nacional de 33.1%, e é mais frequente nas cidades em relação ao campo.
- Na cidade de Maputo ocorrem 1.7 AVCs por dia com uma mortalidade de 40%.

Diabetes

- Em Moçambique tem uma prevalência de 1.4%, sendo mais frequente no sexo masculino.
- Principal factor de risco é a obesidade com uma prevalência de 20.3% e mais frequente nas cidades (*análise preliminar do estudo STEPS*).

Cancro

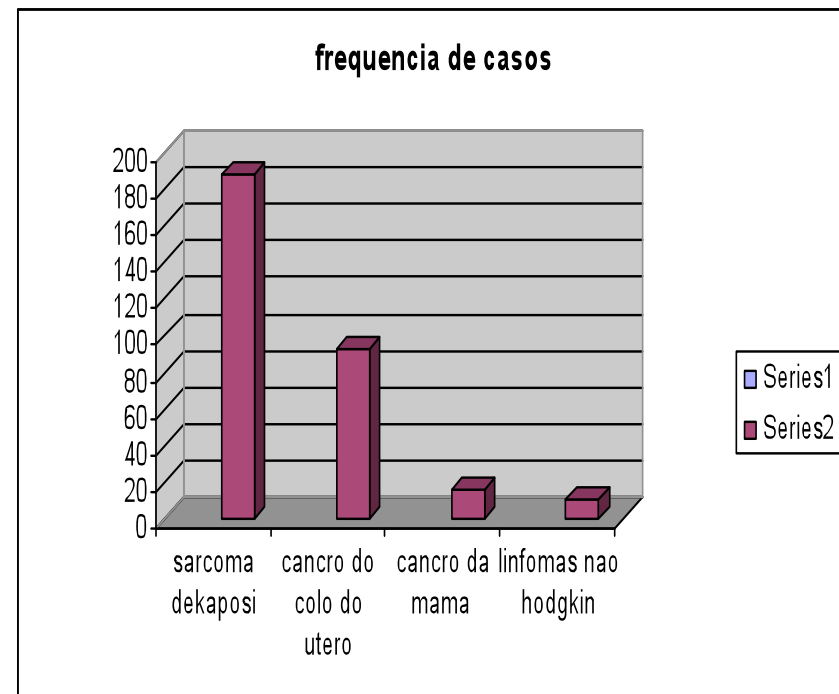
- Em 2005, o cancro causou a morte de 7.6 milhões de indivíduos mundialmente, dos quais $\frac{3}{4}$ nos países em vias de desenvolvimento.
- Em Moçambique o processo de vigilância epidemiológica para o cancro ainda em fase embrionária.
- Primeiro Sistema de Registo de Cancro de Base Populacional foi instalado nos serviços de patologia da cidade da Beira em 2005 com apoio da OMS.



Dados de 2005 e primeiro semestre de 2006

(Registo de Cancro de Base Populacional - Beira)

1. Sarcoma de Kaposi
2. Cancro do colo do útero
3. Cancro da mama
4. Linfomas não Hodgkin



Trauma

- Introduzido “Módulo Trauma” no IDS (INE) em 2003.
- Encontrada uma incidência de 3,01%, nos cerca de 12,000 agregados familiares inquiridos.

Causa/Mecanismo	%
Quedas	27.4
Corte/punhalada	19.7
Queimaduras	17.1
Agressões	12.7
Acidentes de viação	12.2

Prevenindo

DOENÇAS CRÓNICAS

Um investimento vital

Trauma

- Os acidentes de viação constituem a principal causa de morte por trauma em Moçambique
- Em 2006, trauma constituiu 29.64% das admissões no SUR do HCM.

Causa de morte	%
Acidentes de viação	38.2
Enforcamento	18.2
Mordedura	13.7
Queimadura	12.4
Arma de fogo	8.1

Prevenindo

DOENÇAS CRÓNICAS

Um investimento vital

Global school-based student health survey (GSHS) and Global Youth Tobacco Survey (GYTS)



GYTS

1º Global Youth Tobacco Survey (GYTS)

- O Estudo Global sobre a Prevalência do Tabaco nos Jovens foi realizado em 2002 abrangendo as provincias de Maputo, Inhambane e Gaza. Coordenado pela UNESCO com apoio da OMS.
- O Estudo foi desenvolvido à nível das escolas do EP2 e ESG que leccionam 7ª, 8ª e 9ª classes,
- Concluído que o consumo de tabaco entre jovens estudantes tem uma prevalência de 10%.
- Fumadores passivos (residentes com algum membro da familia que fuma) tem uma prevalência de 26.0%.
- 41.5% dos estudantes fumadores revelou que consome o tabaco em casa e que o compra em estabelecimentos comerciais comuns.

GSHS (Global School-based Student Health Survey) em Moçambique

- Estudo terá início dentro de uma semana nas províncias de Maputo, Sofala, Tete, Manica e Zambézia.
(Colaboração entre MISAU, MINED, UNESCO e AMOSAPU)
- Objetivo:
 - Reforçar a capacidade do país na formulação, implementação e avaliação dos programas de prevenção e controle do Tabaco .
- Resultados esperados
 - Taxa de prevalência do Tabagismo a nível dos jovens por idade, por sexo e avaliação da prevalência nas zonas urbanas versus taxa de prevalência a nível das zonas rurais

2 PLANIFICACIÓN – PASO 2

Formular y adoptar una política

PRINCIPAIS DIRECTRIZES

- Acção de saúde pública Compreensiva e Integrada
- Acção intersectorial
- Perspectiva a longo prazo
- Implementação de STEP deve basear-se nas necessidades e considerações locais

Importante!

- Duplo fardo
- 8 factores de risco comuns
- Vigilância
- Prevenção primária
- Prevenção secundária e terciária
 - Baseado em factos
 - Baseado em necessidades locais

Estrutura de Trabalho para a Acção

- **A Estrutura de Trabalho para Acção é** uma série de documentos interrelacionados para determinar as necessidades e prioridades para desenvolvimento da Política e Plano de Acção.

Avaliando a Magnitude do Problema



Advocacia



Desenvolvendo Políticas



Elaborando o Plano de Acção



Desenvolvendo Programas de implementação



Implementação



Monitoria e Avaliação

Step I

Step II

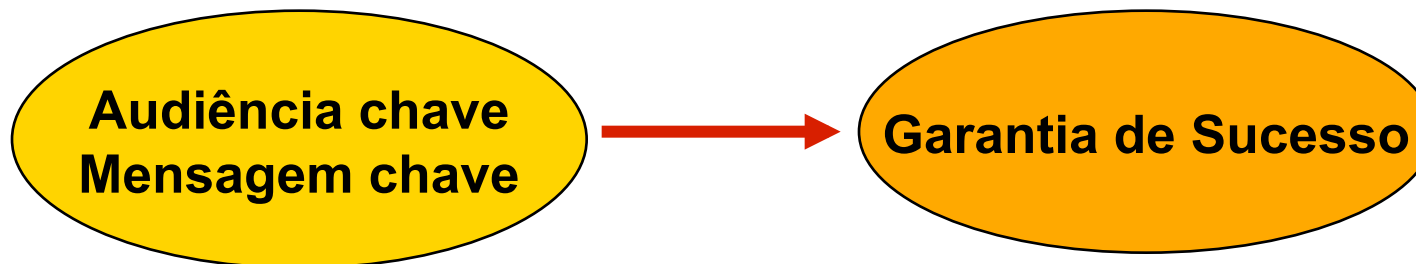
Step III

Avaliando a Magnitude do Problema

- Entender tamanho, natureza e severidade do problema;
- Avaliar a tendência dos factores de risco;
- Identificar áreas prioritárias e grupos alvo;
- Desenvolver acções apropriadas;
- Melhor alocação de recursos;
- Suporte Político.

Advocacia

- Essencial e crucial para a prevenção das doenças crónicas;
- Acção unificada dos grupos de interesse em uma só mensagem compreensiva e integrada.



Desenvolvendo Políticas

Visão

- Decreva as expectativas do Governo
- Realística, de acordo com recursos Disponíveis
- Inspiradora

Princípios

- Acção compreensiva e integrada
- Acção intersectorial
- De implementação faseada

Objetivos

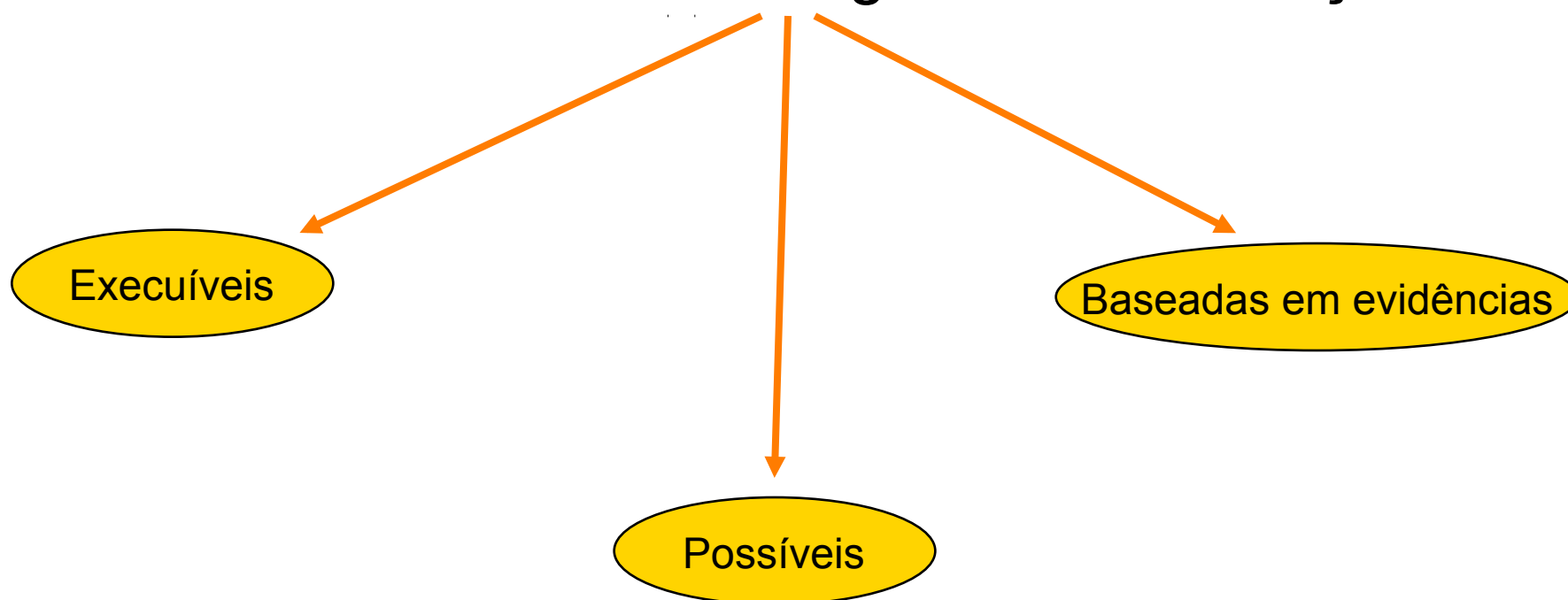
- Claros e Realísticos

Prioridades

- Factores de risco (dieta, actividade física, tabaco, etc)
- Doenças (CVD, cancro, diabetes, etc)
- Grupos alvo (Comunidade, escolas, etc)

Elaborando o Plano de Acção e Programas de Implementação

- Seleccionar as Estratégias de Intervenção



A Selecção das Estratégias de Intervenção é a decisão chave para a formulação de Políticas

A nível Populacional	A nível de Indivíduos de alto risco
Financiamento (intervenções em taxas e preços)	Detecção dos factores de risco
Legislação e regulação	Diagnóstico e tratamento precoce
Melhoria do meio ambiente	Gestão das doenças
Campanhas de advocacia	Reabilitação
Mobilização das comunidades	Tratamento paliativo

Exemplos de estratégias de alguns países :

Áreas para Acção	Estratégias de Intervenção
Financiamento (intervenções em taxas e preços)	Thailandia: A fundação “Promoção de Saúde da Tailandia” é financiada por 2% da taxa aplicada ao álcool e tabaco, para as suas actividades de redução de factores de risco.
Detenção dos factores de risco	Costa Rica: Desde 1970 85% das mulheres com mais de 15 anos tem acesso ao exame citológico para detenção precoce do cancro do colo do útero, o que levou a um diminuição da incidência em 3.6% anuais entre 1993-1997.
Gestão de doenças	Africa do Sul: O programa de manuseamento de doenças crónicas para hipertensão, diabetes, asma e epilepsia introduziu cartões e registro de tratamento; protocolos de gestão e diagnóstico e um sistema de seguimento regular pela enfermagem.

Estrutura de trabalho do “STEPwise” para Vigilância, Prevenção e controle das DNT’s

Nível de recursos	Nacional ----- Comunitario ---- Induviduos de alto risco
Step 1 Disponíveis	Intervenções que podem ser implemetadas com os recursos existentes
Step 2 Expandidos	Intervenções possiveis de implementar com um crescimento projetado ou realocação de recursos a médio prazo
Step 3 Desejáveis	Intervenções baseadas em evidências que não podem ser alcançadas com os recursos existentes

ALCOOL

<p><u>RECURSOS DIPONIVEIS BASICOS A NIVEL NACIONAL</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Aumento das taxas para álcool Limitar a publicidade e promoção •Limitar as promoções em locais perto dos locais de trabalho e escolas •Limitar as horas permitidas para a venda do álcool •Banir vendas por/para menores de idade •Regular o máximo consumo de álcool em motoristas •Criação de um Comité Multisectorial para o controle do álcool 	<p><u>A NIVEL DA COMUNIDADE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Campanhas de sensibilização em escolas, locais de trabalho e igrejas. •Uso dos meios de comunicação com mensagens abrangentes e comunicativas •Mobilização da comunidade contra a produção informal e ilegal de álcool. •Encorajamento das práticas de atividades alternativas de recreio 	<p><u>INDIVIDUOS DE ALTO RISCO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Integrar treinamentos para diminuição de riscos nos currículos médicos, enfermagem etc. •Identificação e detenção precoce dos factores de risco. •Providenciar suporte para crianças e parceiros de indivíduos dependentes de álcool. •Medidas drásticas para condutores com dependência de álcool
<p><u>RECURSOS EXPANDIDOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Plano Nacional para o controle do álcool (e outras drogas) com prioridades (ex: Escolas) 	<ul style="list-style-type: none"> •Promoção de alternativas ao consumo de álcool (atividades e outras bebidas) 	<ul style="list-style-type: none"> •Programas educativos para mulheres grávidas (incluindo esposos) •Avaliação sistemática do hábito alcoólico e aconselhamento
<p><u>RECURSOS DESEJAVEIS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Uso do valor das taxas para a prevenção •criar ou reforçar a legislação para o consumo de álcool •Controle de qualidade das Bebidas 	<ul style="list-style-type: none"> •Parcerias com as ONG's na campanhas de sensibilização •Use de alcoólatras reabilitados nas campanhas de educação e advocacia contra álcool. 	<ul style="list-style-type: none"> •Teste de alcoolemia •Clínicas para desintoxicação e deixar de beber. •Programas especiais de reabilitação •Provisão de terapia de reabilitação

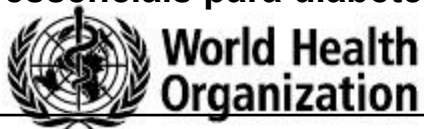
Prevenindo

AAA.

DOENÇAS CRÓNICAS 44
Um investimento vital

DIABETES

<p><u>População em geral</u> <u>Core</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Política ou plano nacional integrada no programa de doenças não transmissíveis possivelmente complementado pelo programa de diabetes. 	<p><u>População - Comunidade</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Campanhas de sensibilização para diabetes e seus factores de risco nas escolas, empresas igrejas e usando os meios de comunicação • Promover mensagens sobre exames rotineiros de glicemia em pessoas de alto risco • Promover alimentação com frutas e vegetais e desencorajar excesso de álcool, calorias e tabaco. 	<p><u>Indivíduos de alto risco</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinamentos para profissionais de saúde sobre diabetes evitando complicações • Disponibilidade de drogas anti diabéticas incluindo insulina • Despiste de Diabetes Melitus em individuos de alto risco e tratamento para evitar complicações • Desenvolvimento de guiões para deteção precoce da diabetes • Promoção da protecção do pes e tratamento • Promoção do tratamento multisectorial da diabetes (HTA, obesidade, etc.) • Advocacia para adquirir equipamento essencial para prevenir complicações • Disponibilidade de glucomeros no centros de Saude • Promoção perda de peso em pacientes diabéticos • Promoção de ID cartões para diabéticos.
<p>Expandidas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de investigações em plantas tradicionais medicinais envolvidas na diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de associações de diabeticos • Alianças com ONGs para as campanhas de sensibilizacao 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultas com especialistas para complicações da diabetes • Despiste de diabetes em mulheres grávidas de alto risco.
<p>Desejáveis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsídio para as drogas essenciais para diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização do comunidade para envolvimento na prevenção e controle das DNT e diabetes 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção de medidas para tomar de glicemia caseira (glucómeros individuais) • Registro de pacientes diabéticos



Avaliando a Magnitude
do Problema



Advocacia



Desenvolvendo Políticas



Elaborando o Plano de Acção



Desenvolvendo Programas
de implementação



Implementação



Monitoria e Avaliação

Step I

Step II

Step III



Conclusão



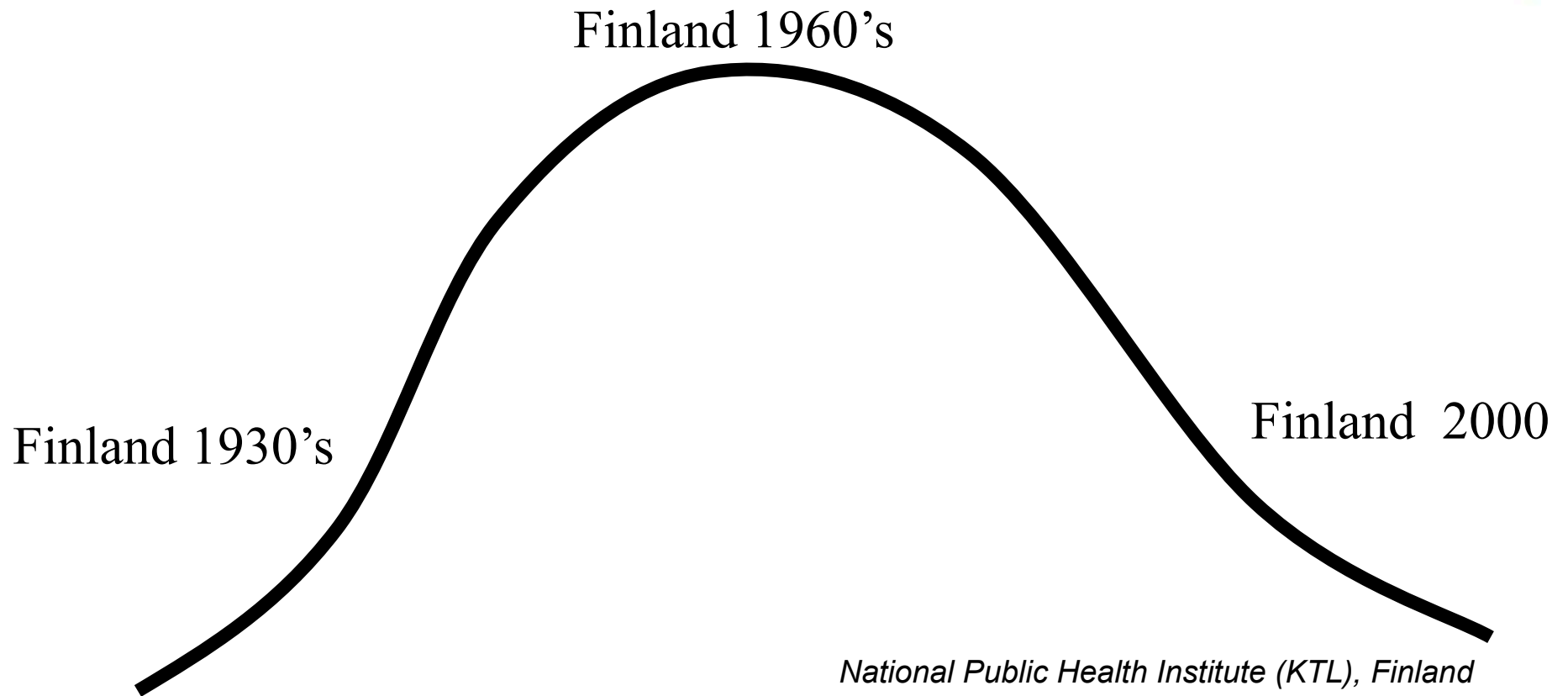
35 000 000

**de pessoas morrem de
doenças crónicas**

por ano

73% en 2020

Epidemia de Doenças Cardio Vasculares na Finlândia

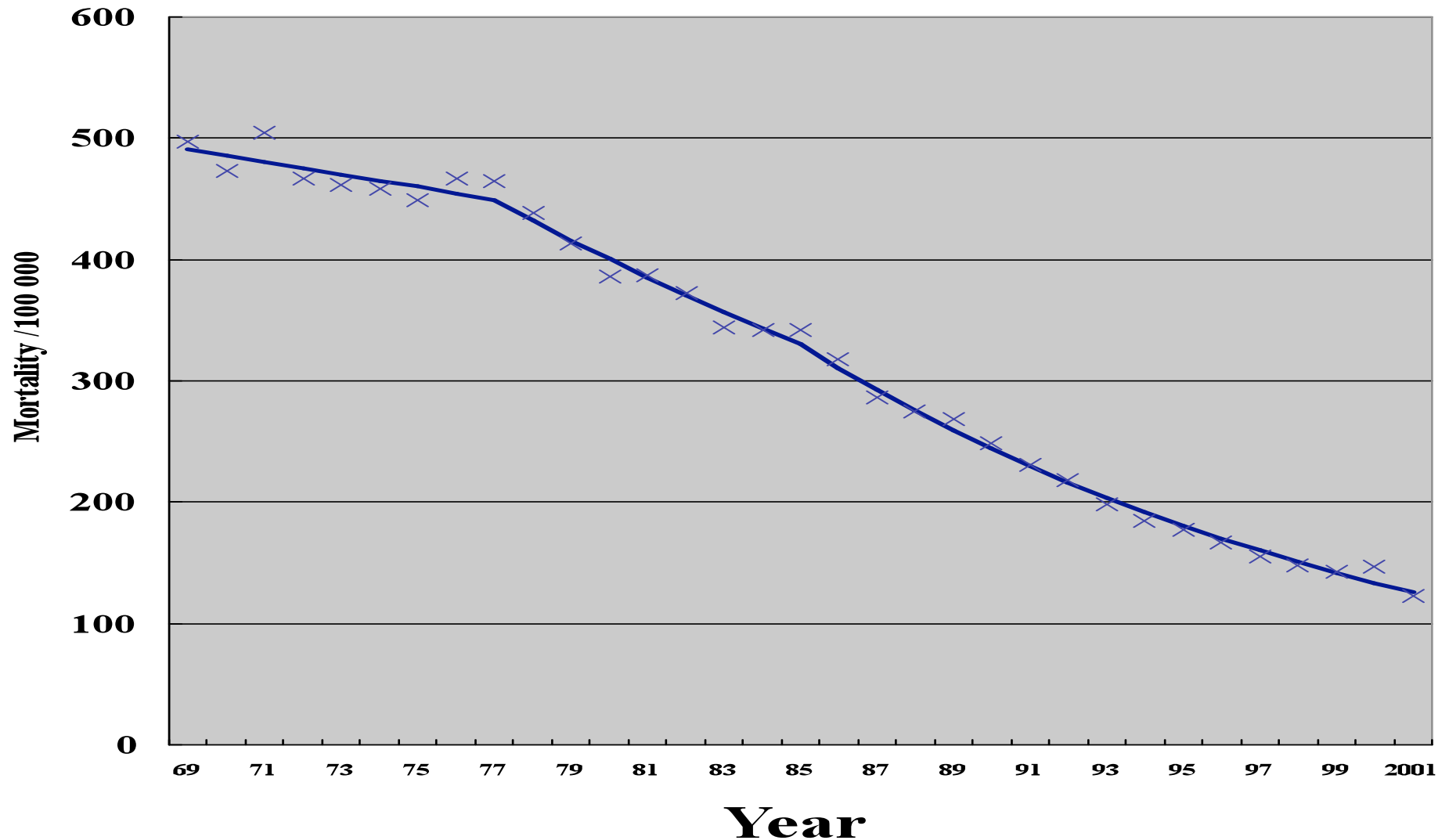


Prevenindo
DOENÇAS CRÓNICAS₅₀
Um investimento vital

Declínio da mortalidade DCV na Finlândia

1971-2001

Men aged 35-64 Men aged 35-64



National Public Health Institute (KTL), Finland

Possíveis próximos passos

- Definição dos termos de referência para criação de um Grupo de Trabalho
- Colecção e publicação dos dados existentes
- Elaboração de uma Política e Plano de Acção para as DNT's

A curto prazo

- Reforçar o Sistema de Registro de Cancro na Beira e expansão para a cidade Maputo e Nampula.
- Elaboração de um Plano Multisectorial de Segurança Rodoviária.
- Integração do Sistema de Vigilância das DNT's no Sistema Integrado de Vigilância e Resposta.
- Elaboração de um Plano Estratégico de prevenção e controle das DNT's em Mocambique.





Obrigado