



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

HIDAYAT ULLAH KASSIM

**Programas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis:
comparação de políticas entre Brasil e Moçambique**

Porto Alegre
2024

HIDAYAT ULLAH KASSIM

**Programas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis:
comparação de políticas entre Brasil e Moçambique**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Roger dos Santos Rosa

Porto Alegre
2024

CIP - Catalogação na Publicação

Kassim, Hidayat Ullah
Programas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis:
Comparação de políticas entre Brasil e Moçambique /
Hidayat Ullah Kassim. -- 2024.
41 f.
Orientador: Roger dos Santos Rosa.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Especialização em Saúde Pública, Porto
Alegre, BR-RS, 2024.

1. Doença crônica,. 2. Doenças não Transmissíveis,.
3. Planos de Sistemas de Saúde,. 4. Planejamento
Nacional. I. Rosa, Roger dos Santos, orient. II.
Título.

RESUMO

Contexto: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ocupam as primeiras posições como causas primordiais de morbimortalidade da população mundial. Brasil e Moçambique são dois países distintos, em continentes diferentes, mas que convergem no aumento da prevalência de DCNT e em seus fatores de risco, os quais têm provocado aumento da demanda nas unidades sanitárias, desde a atenção primária até a terciária.

Objetivos: Comparar as estratégias de implementação e indicadores dos programas de combate às DCNT do Brasil e de Moçambique. **Metodologia:** Extração de dados socioeconômicos e sanitários dos dois países, identificando semelhanças e diferenças entre os dois. Análise de documentos oficiais como planos nacionais gerais e específicos. **Resultados:** são apresentadas uma análise situacional dos dois países, uma comparação das principais estratégias sob a ótica de três funções essenciais em saúde pública, uma discussão sobre a avaliação ea promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários, bem como garantia de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos e uma avaliação SWOT (forças, fraquezas, oportunidades e a ameaças) para Moçambique. **Conclusão:** Apesar das diferenças socioeconômicas entre os dois países, é possível implementar algumas estratégias utilizadas no Brasil em Moçambique.

Unitermos: Doença crônica, Doenças não Transmissíveis, Planos de Sistemas de Saúde, Planejamento Nacional

ABSTRACT

Context: Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) are the leading causes of morbidity and mortality in the world population. Brazil and Mozambique are two distinct countries, on different continents, but they converge in the increase in the prevalence of NCDs and their risk factors, which have caused an increase in the demand for health units, from primary to tertiary care. **Objectives:** To compare the implementation strategies and indicators of programs to combat NCDs in Brazil and Mozambique. **Methodology:** Extraction of socioeconomic and health data from both countries, identifying similarities and differences between the two. Analysis of official documents such as general and specific national plans. **Results:** A situational analysis of the two countries is presented, as well as a comparison of the main strategies from the perspective of three essential public health functions, a discussion on the assessment and promotion of equitable access of the population to necessary health services, as well as quality assurance of individual and collective health services, and a SWOT (strengths, weaknesses, opportunities and threats) assessment for Mozambique. **Conclusion:** Despite the socioeconomic differences between the two countries, it is possible to implement some strategies used in Brazil in Mozambique.

Key-words: Chronic Disease, Noncommunicable Diseases, Health Systems Plans, National Planning

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Contexto brasileiro	2
1.2 Contexto moçambicano	4
2. JUSTIFICATIVA	7
3. PERGUNTA DE PESQUISA	7
4. OBJETIVOS	7
4.1 Objetivo geral	7
4.2 Objetivos específicos	7
5 . METODOLOGIA	8
5.1 Documentos utilizados	8
6. ASPECTOS ÉTICOS	9
7. RESULTADOS	10
7.1 Análise situacional dos dois países	10
7.2 Comparação das principais estratégias	16
7.2.1 Função: Monitoramento e análise da situação de saúde da população/vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos na saúde pública	16
7.2.2 Função: Promoção da saúde	21
7.2.3 Função: Participação social e reforço do poder (empowerment) dos cidadãos em saúde	22
7.3 Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários, bem como garantia de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos	23
7.4 Avaliação SWOT para Moçambique	26
8. CONCLUSÃO E SUGESTÕES	28
REFERÊNCIAS	30
Mini-curriculum do autor	32

1. INTRODUÇÃO

As quatro principais doenças crônicas não transmissíveis – doenças cardiovasculares (doenças cardíacas e acidente vascular cerebral), câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas – juntamente com saúde mental são responsáveis por uma proporção muito elevada de mortes e doenças em saúde.

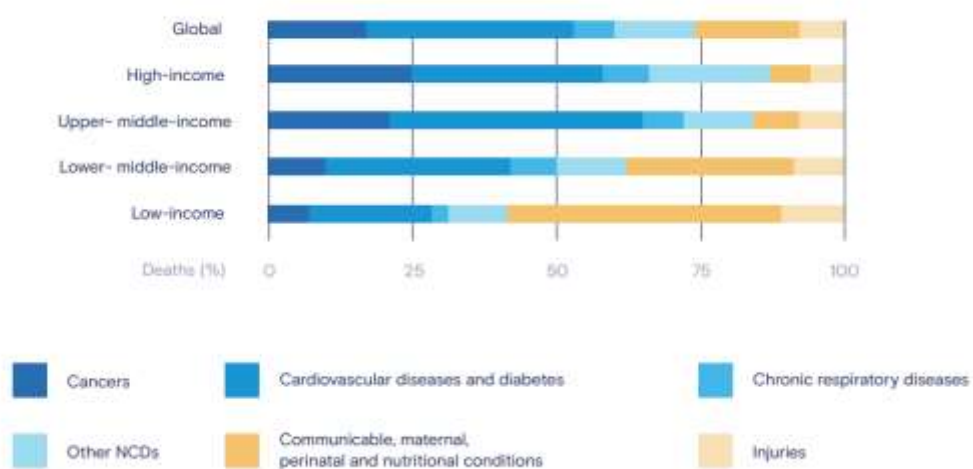
Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2019), as DCNT matam 41 milhões de pessoas a cada ano, abrangendo 74% de todas as mortes no mundo. O número de mortes por DCNT está aumentando globalmente, inclusive nos países de baixa e média renda (Equipe das Nações Unidas do Brasil, <https://brasil.un.org/pt-br/80003>).

Países de baixa e média renda sofrem atualmente com mortes prematuras por DCNT. Quase metade (7,2 milhões) dos 15 milhões de pessoas que morrem em todo o mundo a cada ano, entre 30 e 70 anos, são dos países mais pobres do mundo. No entanto, o financiamento global para as DCNT é severamente limitado, recebendo menos de 2% de todo o financiamento em saúde (Equipe das Nações Unidas do Brasil, <https://brasil.un.org/pt-br/80003>).

Segundo o Relatório da OMS sobre números invisíveis de DCNT (OMS – 2019), anualmente:

- Doenças cardiovasculares contribuem com uma em cada três mortes e 17,9 milhões de pessoas por ano.
- Câncer: uma em cada seis mortes e 9,3 milhões de pessoas por ano.
- Doenças crônicas respiratórias: uma em 13 mortes e 4,1 milhões de pessoas por ano.
- Diabetes: uma em 28 mortes e 2,0 milhões de pessoas por ano.

Figura 1- Mortes por causa, globalmente e de acordo com a classificação de rendimento dos países do Banco Mundial (OMS, 2019)



1.1 Contexto brasileiro

As Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) são responsáveis por mais de metade da mortalidade no Brasil. Segundo dados do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, 54,7% dos óbitos registrados no Brasil foram causados por DCNT e 11,5% por agravos em 2019 (Brasil/Ministério da Saúde, 2021). As principais doenças que contribuem para essa situação são as cardiovasculares; os cânceres; o diabetes; e as doenças respiratórias crônicas, como a doença pulmonar obstrutiva crônica. Os fatores de risco envolvidos nesse contexto incluem o hábito de fumar; o consumo excessivo de álcool; a dieta não adequada; e o sedentarismo, como a inatividade física. Os agravos não transmissíveis (violências e acidentes) também fazem parte do cenário de morbimortalidade da população, mas não serão o foco da pesquisa.

O primeiro Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil foi lançado em 2011 pelo Ministério da Saúde para o período 2011-2022. Esse plano tinha como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas

em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e de seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. Foi um plano coordenado pelo Ministério da Saúde que, durante sua elaboração, abrangeu uma equipe multissetorial integrada por representantes de outros ministérios do governo brasileiro, instituições de ensino e pesquisa, membros de organizações não governamentais, entidades médicas, e associações de portadores de doenças crônicas.

O Plano abordou os quatro principais grupos de doenças crônicas (cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas) e seus fatores de risco (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade). Também definiu diretrizes e ações em três eixos:

- Vigilância, informação, avaliação e monitoramento;
- Promoção da saúde; e
- Cuidado integral.

Sabe-se que o perfil das causas de morte no Brasil tem mudado de forma importante nas últimas décadas. As transições epidemiológica e demográfica ocorrem de forma acelerada. O envelhecimento populacional e a redução das causas de morte por doenças infecciosas e parasitárias e materno-infantis, além do crescimento acelerado das mortes por doenças crônicas e causas externas, vêm delineando um novo cenário para a atuação da política pública (Vasconcelos; Gomes, 2012).

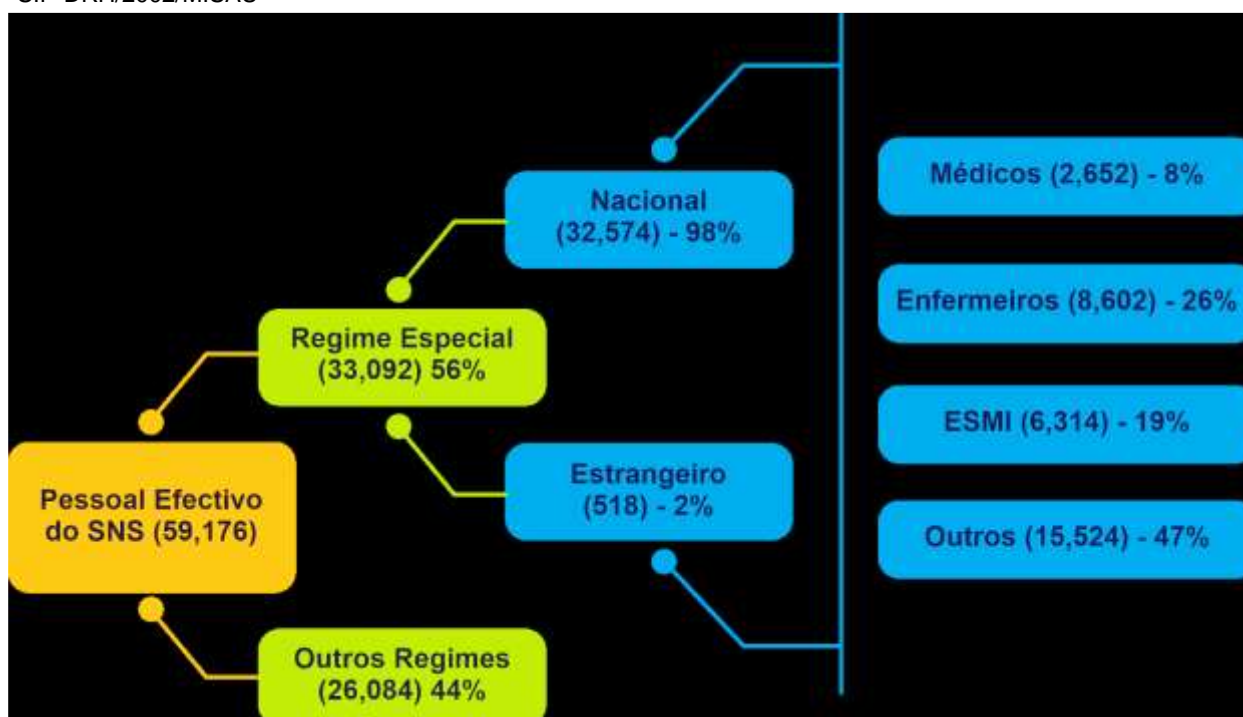
Com a transição demográfica, observa-se o aumento progressivo na expectativa de vida, com expansão na população de idosos em relação aos demais grupos etários. Este fenômeno provoca mudanças no perfil de morbimortalidade no Brasil. Tal mudança ocorre com grande diversidade regional, em função das diferenças socioeconômicas, culturais, raciais, de acesso aos serviços de saúde e urbanização, entre outras (Leite-Cavalcanti *et al.*, 2009).

1.2 Contexto moçambicano

Em Moçambique, o Programa Nacional de Controle de Doenças Não Transmissíveis fornece dados epidemiológicos, porém incompletos, sobre as DNNT. Moçambique evolui atualmente para a tripla carga das doenças (doenças infecciosas combinadas com DCNT e trauma). O maior investimento tem sido para combate à malária, ao HIV, à tuberculose e a outras infecções. Moçambique é um país com população distribuída de forma desigual pela três regiões do país. A esperança média de vida é de 53 anos e cerca de 45% dos moçambicanos tem menos de 15 anos. Cerca de 30% dos habitantes de Moçambique vive em zonas urbanizadas. Em 2015 o Rendimento Nacional Bruto per capita foi de \$580 USD. Usando a definição de pobreza do Banco Mundial - renda abaixo de US \$1,90 por dia - 68,7% da população moçambicana estava em situação de pobreza em 2008.

Em 2022, a Rede Sanitária Nacional conta com 1.778 Unidades Sanitárias, dentre quais 1.710 do nível primário (US NP), 54 do nível Secundário (US NS), 7 do nível Terciário (US NT) e 7 do nível Quaternário (anuário estatístico MISAU 2022).

Distribuição de pessoal de saúde em Moçambique – anuario estatistico 2022 - Fonte: e-SIP-DRH/2002/MISAU



Dados do Ministério da Saúde moçambicano relativos a dez hospitais (20% de todas as unidades hospitalares do país), representativos de todas as províncias, com exceção de Tete e Maputo, apontam para uma prevalência evidente de mortes ainda causadas por doenças infecciosas e parasitárias (38%), além de afecções no período perinatal (19%), doenças cardiovasculares (8%), doenças de tipo respiratório (5%) e neoplasias (também 5%). É possível, portanto, concluir que cerca de 17% dos óbitos intra-hospitalares em Moçambique são causados por Doenças Não Transmissíveis (DNT), um dado com aumento moderado, mas constante, em todas as unidades hospitalares objeto da pesquisa, conforme os dados de causas de mortalidade intra-hospitalar do Ministério da Saúde de Moçambique (Luca Burseto-2012).

Não obstante, as falhas estatísticas referentes aos estudos epidemiológicos, as tendências das DNT, ao longo dos últimos anos, parecem claras: com relação a 2000, tais doenças tiveram um aumento da sua difusão de 45%, e, com relação a 2010, um aumento de 18% (Mozambique NCDI Poverty Commission, 2018). O registro do diabetes aponta para um incremento da incidência na população de 2,8% para 7,4% (Mozambique NCDI Poverty Commission, 2018), com quase dois milhões de moçambicanos padecendo dessa doença. O risco cardiovascular também está em franco aumento, atingindo mais pessoas no meio urbano (40,6%) do que no rural (29,8%). Em 2015, o risco cardiovascular passou a ter uma incidência de 39% junto à população moçambicana contra 33% em 2005 (Mozambique NCDI Poverty Commission, 2018).

Os dados sobre o câncer são ainda mais problemáticos: apenas em 1991 – no fim da guerra civil, cujos acordos foram assinados em 1992 entre o Governo e a Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO) – o registro foi retomado no Departamento de Anatomia Patológica do Hospital Central de Maputo (HCM). Assim sendo, desde 1991 até 2008, os dados existentes são apenas referentes a essa unidade hospitalar, nada se sabendo, na prática, das tendências nacionais. Para os homens, o câncer mais comum parece ser o de próstata e, para as mulheres, o de útero, números esses em linha com as tendências dos outros países da África subsariana (Mozambique NCDI Poverty Commission, 2018). Em paralelo, os cânceres relacionados diretamente com a difusão do

HIV/AIDS têm aumentado constantemente ao longo do período 1991-2008, suplantando, de fato, a primazia do câncer de fígado da altura colonial (Lorenzoni *et al.*, 2015).

Segundo estimativas do Global Burden of Disease de 2015, as DNT representam um terço da carga de doença em Moçambique e os traumatismos respondem por cerca de 6%. Esses números aumentaram 18% em relação a 2010 e 45% se compararmos com dados de 2000. Traumatismos, doenças cardiovasculares, neoplasias, distúrbios mentais, doenças respiratórias crônicas e abuso de substâncias são responsáveis por mais da metade da carga de doença causada por DNT.

Em Moçambique, estima-se que cerca de 70 mil das mortes que ocorrem por ano sejam causadas pelas DNT. O risco de morte por essas doenças entre as pessoas com idades compreendidas entre os 30 e 70 anos é de 18%, conforme o Ministério da Saúde do país (<https://www.afro.who.int/pt/news/em-mocambique>, 2020). Em relação ao diabetes, houve um aumento de 2,6 vezes na prevalência (de 2,8% para 7,4% entre 2005 a 2015), conforme dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de Moçambique (2015). Ocorreram cerca de 22 mil novos casos de câncer e 17 mil mortes pelo mesmo motivo em 2012. Os cânceres do colo do útero e da mama representaram juntos cerca de 50% de todos os cânceres. Entre 2005 e 2015, houve uma tendência crescente da prevalência de hipertensão arterial em Moçambique de 33% para 39% nas pessoas com idades compreendidas entre 25 e 64 anos.

As DNTT são um problema de saúde pública que ameaça a sustentabilidade do sistema nacional de saúde em Moçambique e compromete o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Os fatores de risco para doenças crônicas têm aumentado, afetam pessoas jovens resultando em elevada incapacidade e mortalidade precoce, e atingem de forma desproporcional os segmentos mais desfavorecidos da população moçambicana. Há necessidade de aumentar a disponibilidade, o acesso e a qualidade do diagnóstico e da provisão de cuidados de saúde na área de doenças crônicas, sobretudo nas regiões distantes dos grandes centros urbanos, implementando-se estratégias de descentralização e integração na prestação de cuidados de saúde.

2. JUSTIFICATIVA

Brasil e Moçambique são países membros do comitê de países de língua portuguesa com semelhanças e diferenças culturais, sociais, gastronômicas e sanitárias entre elas. No Brasil, reside a maior população negra da América do Sul, cujos ancestrais são de origem africana. As prevalências de DCNT (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e obesidade) são consideravelmente elevadas no Brasil e estão aumentando em Moçambique devido à já mencionada tripla carga de doenças. Moçambique não possui um plano robusto para combate à DCNT, enquanto o Brasil já implementa o segundo plano nacional para combate a essas doenças. Nesse âmbito, analisar as estratégias brasileiras de enfrentamento à situação desde 2011 e comparar ao contexto moçambicano ajuda a compreender experiências brasileiras que podem ser adotadas e implementadas em Moçambique com foco na melhoria de saúde das populações.

3. PERGUNTA DE PESQUISA

Quais estratégias brasileiras de combate às DCNT podem ser aproveitadas para a população de Moçambique?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

- Comparar as estratégias de implementação e indicadores dos programas de combate às DCNT do Brasil e de Moçambique.

4.2 Objetivos específicos

- Apresentar uma análise situacional dos dois países.
- Comparar as principais estratégias dos programas de enfrentamento das DCNT entre Brasil e Moçambique;

- Descrever aspectos da avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários, bem como garantia de qualidade dos serviços de saúde individuais e
- Apresentar uma avaliação SWOT para Moçambique.

5 . METODOLOGIA

O trabalho iniciou-se com a extração de dados socioeconômicos e sanitários dos dois países (Brasil e Moçambique), identificando-se semelhanças e diferenças entre os dois contextos, como exemplo de países sul-americano e africano. Em segundo plano, foi elaborado um resumo do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil 2021-2030 e verificados os resultados alcançados do Plano 2011-2021 a partir de dados do balanço efetuado em 2021. Em terceiro lugar, foram identificadas estratégias existentes em Moçambique para o combate à DCNT no Plano Quinquenal do governo 2020-2025, bem como nos dois últimos Planos Estratégicos do Setor de Saúde, 2014 a 2024. Em quarto lugar, por meio dos dados extraídos dos relatórios anuais do sistema público de saúde, foram comparados os indicadores sanitários e de assistência médica nos dois países (dos três últimos anos). Por fim, em quinto lugar, com base nos inquéritos demográficos e de saúde, foram identificados indicadores importantes que podem servir como reflexão para futuras estratégias de modo a usar os dados existentes de pesquisas para a tomada de decisões política e cientificamente.

5.1 Documentos utilizados

Foram consultados os seguintes documentos:

- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2011-2021.
- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.
- Plano Estratégico de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis de Moçambique 2008-2014 e 2020-2029.

- Relatórios Anuais dos Ministérios da Saúde do Brasil e de Moçambique, e do Instituto Nacional de Saúde de Moçambique (relacionado ao item DCNT dos anos 2021, 2022 e 2023).

6. ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos e deontológicos foram aplicados e considerados em todas as fases de execução do trabalho de pesquisa. Foram consideradas as diretrizes de pesquisa no Brasil e da Universidade Federal de Rio Grande do Sul, bem como de pesquisa em seres humanos nos termos das resoluções n.º 466/2012 e n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Ressalta-se que nenhuma divulgação de nomes de pacientes foi realizada. A coleta de dados foi feita com uso de instrumentos, relatórios e planos já aprovados pelas entidades estatais, federais e governamentais.

Os riscos decorrentes da pesquisa foram mínimos e poderiam envolver divergência de dados encontrados durante a coleta. Neste caso, evitou-se divulgar dados ou informações que não constem dos relatórios oficiais. O risco de quebra de confidencialidade de dados ou de nomes de doentes não existiu, pois os dados coletados provieram de relatórios oficiais tornados públicos. Por outro lado, não foram coletados dados que envolvessem nome de participantes, pois não é uma pesquisa clínica.

Em relação aos benefícios, os dados da pesquisa poderão ajudar na comparação de estratégias de combate a doenças crônicas entre Brasil e Moçambique. As experiências coletadas a partir do Brasil podem colaborar para impulsionar a dinâmica de combate às DCNT em Moçambique. Os resultados deste estudo poderão ajudar a delinear estratégias, com ênfase na prevenção primária e secundária, além de fornecer subsídios para promover cada vez melhor a saúde das comunidades.

7. RESULTADOS

Os resultados estão apresentados em quatro seções. A primeira abrange uma análise situacional dos dois países estudados. A segunda compara as principais estratégias sob a ótica de três funções essenciais em saúde pública. A terceira abrange avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários, bem como garantia de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos. Finalmente, a quarta e última seção, traz uma avaliação SWOT para Moçambique.

7.1 Análise situacional dos dois países

O Brasil, um país em desenvolvimento, e Moçambique, um país subdesenvolvido, possuem taxas de analfabetismo de 5,6% e 39% respectivamente. De certa maneira, esses números mostram as diferenças que podem existir sobre o conhecimento e as informações em saúde em diferentes áreas, nomeadamente de promoção, prevenção, proteção e de cuidados. Nota-se a falta de capacidade de recursos humanos em quantidade suficiente, principalmente em Moçambique, para satisfazer as demandas da população, visto que a razão por habitante é baixa (aproximadamente seis médicos para 100 mil habitantes até 2022-2023). Por outro lado, a taxa bruta de mortalidade não parece fazer muita diferença entre os dois países, que se situam abaixo de 12 por mil habitantes.

Tabela 1 - Comparação dos dados gerais - Brasil *versus* Moçambique, 2022-2023.

Indicador	Brasil	Moçambique
População (habitantes)	203.080.756	31.616.078
Taxa de analfabetismo (%)	5,6	39
Número de hospitais (2ário., 3ário. e 4ário.)	7.232	69
Razão médico/habitantes	6,13/1.000 hab. – urbana	5,9/100.000 hab.

	1,84/1.000 hab. – interior	
Razão hospital/habitante	28.080 hab.	458.204 hab.
Esperança de vida ao nascer	77,2 anos	53,7 anos
Taxa de fecundidade	1,75 filhos por mulher	5,02 filhos por mulher
Taxa bruta de mortalidade	7,2 x 1.000 habitantes	11,8 x 1.000 habitantes
Taxa de mortalidade materna	117,4 x 100.000 nascidos vivos	451,6 x 100.000 nascidos vivos
Taxa de mortalidade infantil	12,2 X 1.000 nascidos vivos	67,3 x 1.000 nascidos vivos

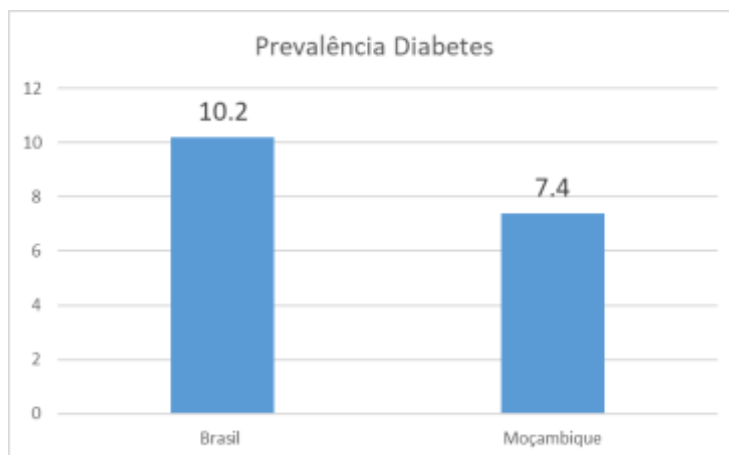
Fonte: Dados de Moçambique extraídos em Anuário Estatístico do Ministério da saúde em MISAU – Anuários Estatísticos. Dados de Brasil extraídos de Plano Nacional de Saúde 2024-2027.

Indicadores de doenças crônicas não transmissíveis

O estado de saúde e o perfil epidemiológico da população moçambicana é resultante do atual estágio de desenvolvimento do país e está em transição, dominado por doenças transmissíveis. Entre essas, destacam-se malária, HIV/AIDS, diarreia, infecções respiratórias agudas e tuberculose; com uma importante ascensão de DNT, Doenças Cardiovasculares (DCV), diabetes, doenças respiratórias crônicas (asma), câncer (de colo de útero, de mama, de próstata e outros), e lesões traumáticas, particularmente na zona urbana (STEPS, 2005).

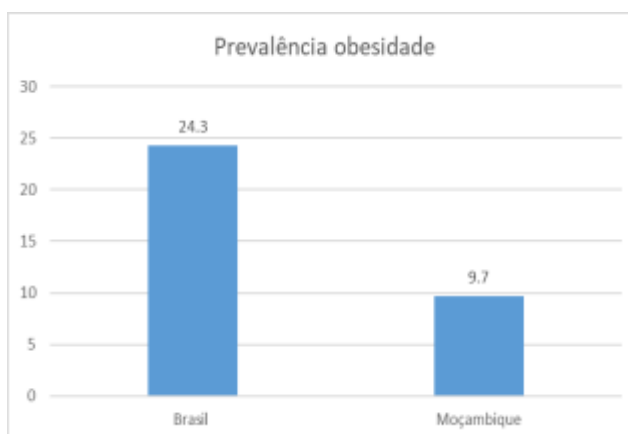
O estado de saúde e o perfil epidemiológico da população brasileira caracteriza-se pela tripla carga de doenças. Apontam-se doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecciosas e traumas.

Prevalência do diabetes



A prevalência do diabetes no Brasil é de aproximadamente 10,2% da população, segundo o Plano Nacional de Saúde do país para 2024-2027. Já em Moçambique, segundo o estudo STEPS de fatores de risco de doenças não transmissíveis (Damasceno *et al.*), situa-se em 7,4%. Com esses dados, pode-se afirmar que existam 20.714.237 neste país da América Latina e 2.339.589 diabéticos em Moçambique. Os dados mostram que ambos países têm prevalências suficientes e razoáveis para que o diabetes e outras doenças crônicas não transmissíveis sejam incorporados nos planos de saúde, com peso idêntico a outros tipos de doenças, como as infecciosas. O Brasil já avançou bastante nesse sentido e algumas ações podem ser implementadas em Moçambique.

Prevalência da obesidade



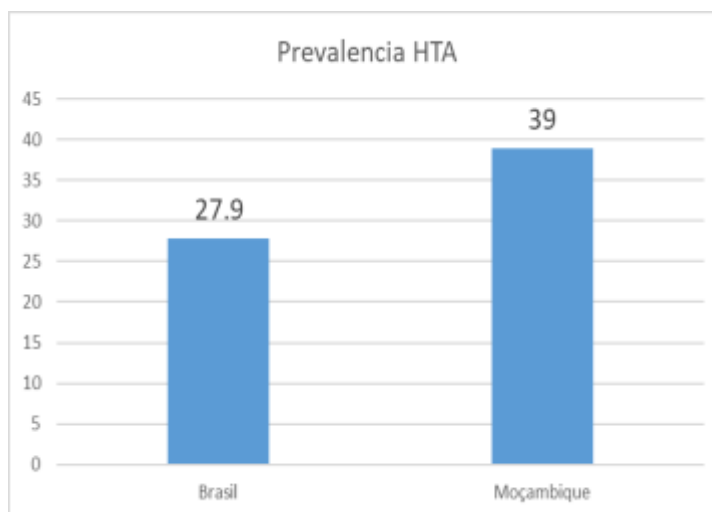
Considerando as prevalências em ambos os países, pode-se afirmar que existam no Brasil aproximadamente 49.348.623 obesos e em Moçambique 3.066.750 obesos. O aumento do consumo de alimentos ultraprocessados em países de baixa e média renda – os quais são ricos em carboidratos, gordura, açúcar e sal, relativamente baratos e prontos para consumo – tem sido o principal responsável pelo aumento do excesso de peso, da obesidade e das DCNT.

No Brasil, o número de óbitos por Índice de Massa Corporal (IMC) elevado aumentou 139% (74.266 óbitos em 1990 para 177.940 em 2019). Em Moçambique, o número de óbitos por IMC elevado elevou-se 429,3%, conforme artigo sobre a carga de doenças crônicas não transmissíveis nos países de língua portuguesa (Malta et al., 2023).

O excesso de peso e a obesidade são problemas de saúde pública globais, cuja prevalência tem aumentado em todo o mundo. A etiologia dessas condições é multifatorial, sendo atribuída principalmente a um desequilíbrio energético entre as calorias consumidas e as calorias gastas. Esse desequilíbrio é frequentemente causado pelo aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e ricos em gorduras, que possuem alta densidade energética, preços acessíveis e alta palatabilidade, fatores que impulsionam sua popularidade tanto em países de baixa quanto de alta renda. Além disso, a inatividade física também contribui significativamente para esse quadro.

Por outro lado, Moçambique apresenta uma prevalência menor de obesidade em comparação ao Brasil. Esse fato se deve ao maior índice de pobreza e à desnutrição carencial, além de hábitos alimentares baseados em farinha de milho, verduras, legumes, peixe e uma quantidade reduzida de alimentos gordurosos, como carne, ou ricos em carboidratos, como refrigerantes e *fast foods*.

Prevalência da hipertensão arterial



A prevalência de hipertensão arterial é maior em Moçambique em relação ao Brasil. Sabe-se que pessoas de origem africana têm maior sensibilidade ao sal, o que contribui para essa maior prevalência. Em Moçambique, um fator crucial é o hábito alimentar de consumir peixe seco. Devido à falta de energia elétrica em várias comunidades litorâneas, o peixe é conservado com sal para consumo posterior. Ressalta-se que aproximadamente 60% da população moçambicana vive na zona costeira. Além disso, tanto no Brasil quanto em Moçambique, outros fatores de risco, como tabagismo, sedentarismo, obesidade e estresse, também estão associados ao desenvolvimento da hipertensão.

Análise de outros fatores de risco e de proteção

Fator de risco ou de proteção	Brasil	Moçambique
Alcoolismo	20,8%	35,9%
Tabagismo	9,3%	14,9%
Consumo de frutas ou vegetais	21,4%	10,2%
Sedentarismo	59,5%	48,8%

No Brasil, as tendências de redução da prevalência de consumo do tabaco (14,1% em 2010 para 9,8% em 2019) resultaram das ações desenvolvidas nos últimos 15 anos. Entre essas, destacam-se: proibição de propagandas relativas ao consumo, aderência à Convenção Quadro de Controle do Tabaco, aumento das taxas ou impostos sobre o cigarro, aumento dos preços dos produtos derivados do tabaco, criação de ambientes livres de fumo de acordo com as orientações da OMS.

Em relação ao alcoolismo, Moçambique têm uma prevalência maior que o Brasil. A situação pode estar relacionada a fatores, como: pobreza, falta de oportunidades de emprego, desigualdade social, pressão dos pares e disponibilidade generalizada de álcool e drogas ilícitas. Além disso, a falta de conscientização sobre os riscos associados ao consumo excessivo e descontrolado de substâncias também desempenha papel significativo (Pascoal, Victor – 2023).

No Brasil, 14,1% (IC95% 13,0-15,3) dos homens e 19,3% (IC95% 18,4-20,2) das mulheres com 18 anos ou mais relataram ter tido diagnóstico médico de dislipidemia em 2009, segundo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) de 2009 (BRASIL, 2010). O fato pode estar associado ao sedentarismo e ao consumo de carnes vermelhas em churrascos – hábito bastante comum no Brasil.

Câncer de colo de útero e de mama

Em Moçambique, cerca de 32 em cada 100 novos casos de todos os cânceres na mulher são de colo do útero, representando 3.690 casos, com 2.356 mortes por ano. Isso significa que 64 em cada 100 mulheres que têm câncer de colo de útero morrem, porque o diagnóstico é feito em fases já avançadas da doença. Segundo dados do GLOBOCAN 2012: Oito em cada 100 novos casos de todos os cânceres na mulher são casos de câncer de mama. Em um ano, foram diagnosticados 945 novos casos de câncer de mama e reportadas 512 mortes. As taxas de mortalidade são igualmente elevadas, o que significa que 54 em cada 100 mulheres com câncer de mama morrem já que o diagnóstico é feito em fases avançadas da doença não sendo possível o tratamento.

7.2 Comparação das principais estratégias

A comparação das principais estratégias tomou como base três Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP).

7.2.1 Função: Monitoramento e análise da situação de saúde da população/vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos na saúde pública

O Brasil já está implementando o segundo plano de enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, com previsão de 2021 a 2030. O primeiro ocorreu de 2011 a 2022. Regularmente, há um balanço dos planos em vários níveis de atuação, nos quais são identificados os riscos e a demanda dos serviços de saúde. As estatísticas são produzidas desde as unidades básicas de saúde até o nível mais elevado, com intuito de avaliar o desempenho dos serviços de saúde. A existência de dados é ampla, espelhando a maioria das unidades sanitárias do país. Por outro lado, existem várias fontes de informação e são realizados diversos inquéritos e pesquisas em saúde.

São feitas avaliações da situação e tendências de saúde do país e de seus determinantes, com especial ênfase em identificação de desigualdades, riscos, danos e acesso aos serviços. Os dados de DCNT fazem parte das estatísticas vitais produzidas. A informação é utilizada para avaliar o desempenho dos serviços de saúde e fortalecer os sistemas de informação, registros de câncer de base populacional e hospitalar, Hiperdia, Sinan, Sistema de Informação de Produtos e outros) e divulgar análises de informações sobre morbimortalidade das DCNT em publicações, como Saúde Brasil, periódicos, congressos, boletins e sites do Ministério da Saúde.

O monitoramento dos indicadores é feito regularmente e inclui avaliação das seguintes metas:

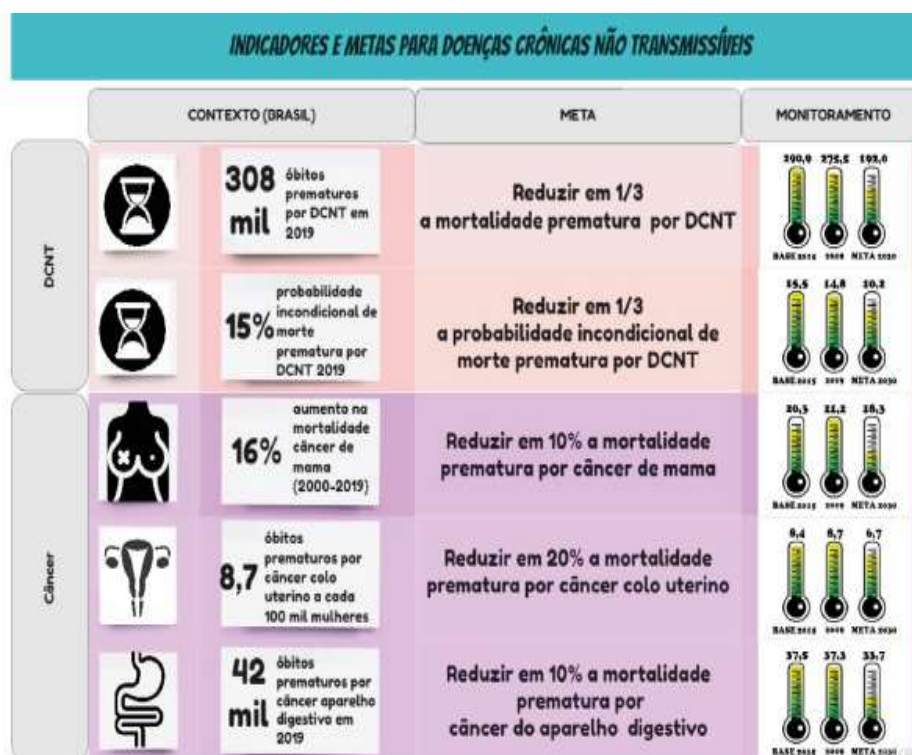
- Reduzir a mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano.
- Reduzir a prevalência de tabagismo em 30%.
- Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%.
- Deter e reduzir o crescimento da obesidade em adultos.

- Aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%.
- Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%.
- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos para 70%.
- Aumentar a cobertura de Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade nos últimos três anos para 85%.
- Avaliação panorâmica da morbi-mortalidade por lesões de trânsito no Brasil, incluindo-se outros traumas homicídios, quedas e suicídios.

No novo plano (2021-2030), por exemplo, as metas são apresentadas divididas nos seguintes grupos:

- Cinco indicadores e metas para as DCNT.
- Dez indicadores e metas para os fatores de risco para as DCNT.
- Oito indicadores e metas para agravos (acidentes e violências).

Exemplo de quadro de apresentação de metas no plano brasileiro:



Trata-se de uma estratégia ampla, interligada, abrangendo vários componentes de doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, esses fatores de risco são monitorados por meio de diferentes inquéritos de saúde, com destaque para o monitoramento realizado pela Vigitel e outros inquéritos demográficos e de saúde. Vários sistemas reportam a informação, como se pode ver na ilustração a seguir que permite melhor monitoramento e avaliação dos indicadores sanitários.

Fontes de informação de DCNT no Brasil



* Hiperdia: Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensão e diabetes.

** APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade.

Fonte: CGDANT/SVS/MS.

Por outro lado, Moçambique teve seu primeiro plano estratégico para combate a doenças crônicas não transmissíveis para o período 2008-2014. O segundo está sendo implementado com previsão de 2021 a 2029. O monitoramento e a avaliação da DCNT ainda são deficientes. Os estudos epidemiológicos e a pesquisa clínica e científica em doenças crônicas não transmissíveis são escassos. O acompanhamento de dados de diabetes, hipertensão, asma, câncer entre outros não é abrangente e não é realizado em vários níveis. Apenas alguns hospitais têm dados completos que enviam ao Ministério da Saúde. Ainda assim, há prioridade para a vigilância ou notificação bem como lançamento de dados nos sistemas de informação para os indicadores de saúde

materna, saúde infantil, vacinação, nutrição, tuberculose, HIV, malária e outras doenças infectocontagiosas.

Como exemplo, apresenta-se o resumo extraído do Plano 2021-2029 de Moçambique como resposta nacional às DCNT:

- Início do Programa de Prevenção do Cancro do Útero e da Mama pelo Ministério da Saúde em 2009, tendo sido criados os serviços básicos de rastreio de câncer de colo de útero, cuja cobertura atingiu 22% em 2019.
- Integração do rastreio do câncer de colo uterino no programa de Saúde Sexual Reprodutiva e a gratuidade do tratamento para essas doenças, entre outros.
- Estabelecimento do Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) para o Trauma nos Serviços de Urgência e Reanimação (SUR), do Hospital Central de Maputo, em 2000, o qual foi consolidado em 2004, com o apoio da OMS e posteriormente expandido para todas as províncias. Consequentemente, foram desenvolvidos e adaptados instrumentos de registro e notificação dos casos de trauma e doenças não transmissíveis. Foi também introduzido o primeiro módulo sobre fatores de risco para as DCV e Trauma integrados no Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS, 2003).
- Elaboração dos Guias para tratamento das doenças cardiovasculares, diabetes, câncer de colo de útero e de mama, e de tabelas de risco para desenvolvimento de DCV, bem como fluxogramas para seguimento de doentes com hipertensão arterial, diabetes, câncer e asma e instrumentos de formação.
- Integração da prevenção e do controle do diabetes e da hipertensão arterial nos cuidados primários de saúde, incluindo seus medicamentos na lista de medicamentos essenciais;
- Aprovação do Decreto-lei n.º 07/2011 para controle do tabaco e posteriormente ratificação da Convenção do Quadro da OMS para o mesmo controle, além de elaboração de plano de adaptação para o país.
- Aprovação da Lei sobre o consumo e venda de bebidas alcoólicas e mecanismos para sua implementação.

- Introdução do instrumento legal que rege a selagem para melhorar a tributação de produtos do tabaco e álcool, e atualização das respectivas políticas fiscais.

As metas a seguir foram estipuladas no Plano 2021-2029 de Moçambique:

- Reduzir em 5% o consumo nocivo de álcool.
- Reduzir em 10% o consumo de tabaco.
- Reduzir em 10% a inatividade física.
- Reduzir em 10% a hipertensão arterial.
- Conter o aumento do diabetes e obesidade
- Fazer com que pelo menos 46,6% das pessoas com hipertensão arterial e diabetes tenham conhecimento da sua condição clínica.
- Propiciar 61% de cobertura de rastreio do câncer de colo uterino.
- Realizar pelo menos um estudo STEPS a nível nacional.
- Integrar a vacina do HPV na rotina do Programa Alargado de Vacinação (PAV).

Ainda há um longo caminho a percorrer para lançamento e coleta de dados, e monitoramento de informação desde as unidades básicas de saúde, hospitais secundários, terciários e quaternários até ao Ministério da Saúde. Moçambique pode aproveitar a estratégia brasileira de acompanhar dados de DCNT desde os níveis mais periféricos ao nível central, bem como realizar estudos ou pesquisas de forma regular para avaliar as tendências dos indicadores de fatores de risco e DCNT. Por exemplo, pode iniciar com a consolidação dos dados de todos os hospitais e paulatinamente descentralizar para as unidades de saúde das sedes dos distritos/municípios e, posteriormente, a longo prazo, para as unidades sanitárias mais periféricas.

Assim sendo, pode-se aproveitar do Brasil as estratégias de programas ativos de vigilância epidemiológica de DCNT, nos quais há vários níveis de consolidação, como o sistema Hiperdia (sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensão e diabetes), que ocorre desde a unidade básica de saúde, passando pelos hospitais até o nível federal.

7.2.2 Função: Promoção da saúde

O Brasil desenhou um leque de ações estratégicas de promoção de saúde consideradas inovadoras. Entre essas, destacam-se:

- Elaboração de plano de comunicação para a população, estabelecendo-se canais de comunicação com influenciadores digitais, blogueiros e vlogueiros para pautar discussão sobre a prevenção de DCNT.
- Desenvolvimento de ferramentas digitais para promoção do autocuidado em doenças crônicas, incluindo-se a obesidade; e de hábitos de vida saudáveis, considerando-se a alimentação adequada e saudável e a prática de atividade física.
- Elaboração e disponibilização para a rede de ensino da educação básica itinerários formativos sobre prevenção das DCNT e dos agravos, da promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável.
- Desenvolvimento e implementação conjunta de iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS), considerando-se as demandas apontadas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, por Estados, Distrito Federal e Municípios, voltadas à formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo-se os níveis médio e técnico para análise, abordagem, cuidado e prevenção dos fatores de risco para as DANT.
- Promoção de ações em saúde e segurança no trabalho, considerando-se intervenções nos fatores de risco ocupacionais, com prioridade para grupos de trabalhadores mais vulneráveis, como os informais, menores de dezoito anos, idosos, gestantes, entre outros.
- Estímulo ao desenvolvimento de ambientes saudáveis no trabalho, na escola, na comunidade e nos serviços de saúde no âmbito do SUS, por meio da oferta de serviços voltados à prática de atividades físicas e lazer.
- Estímulo à construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e saudáveis.

- Realização de ações intersetoriais para promoção da saúde e prevenção de DCNT por cada Ministério (Saúde, Educação e Cultura, Agricultura, Cidades, Indústria e Comércio, Pesca, etc.).

Essas ações podem criar mudanças comportamentais e diminuir a prevalência dos fatores de risco para DCNT.

Em relação ao Plano de Moçambique, as atividades de promoção têm uma descrição mais generalizada, que necessita de ações mais concretas. Contudo, ações importantes das lideranças comunitárias e religiosas no sentido de serem porta-vozes de promoção de saúde são bastante encorajadoras. Por outro lado, a possibilidade de integração das atividades do plano de prevenção e controle de DCNT em outros programas de saúde poderá criar sinergias para a operacionalização adequada do plano.

7.2.3 Função: Participação social e reforço do poder (empowerment) dos cidadãos em saúde

Em vários países do mundo, garantir a participação comunitária e da população para promoção de saúde é um grande desafio. A percepção da população sobre a sua importância não é bem conhecida e divulgada.

De forma geral, as ações poderiam se centrar nas seguintes ações:

- Realizar campanhas nacionais sobre a prática de atividade física e redução do comportamento sedentário, ambientes saudáveis e a relação com as mudanças climáticas.
- Promover campanha nacional sobre os fatores de proteção para os cânceres mais prevalentes e passíveis de prevenção.
- Estimular e apoiar implementação de medidas intersetoriais voltadas à redução do consumo de alimentos ultraprocessados, açúcar, álcool e produtos fumígenos derivados ou não de tabaco; e ao aumento da prática de atividades físicas relacionadas à promoção da saúde.

- Desenvolver campanhas de mídia nacional sobre uso de álcool e direção, uso de álcool e trabalho e emprego, uso de álcool e violência doméstica e uso de álcool e doenças crônicas; e sobre medidas de proteção e divulgação dos serviços de saúde disponíveis para o apoio à prevenção e cessação do consumo.
- Estabelecer parcerias com o setor privado para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção de saúde, saúde mental, segurança no trabalho e prevenção das DCNT para os trabalhadores e empregadores, incluindo-se mudanças nos processos produtivos, nas formas de gestão e organização do trabalho e nos ambientes de trabalho.

Dada a situação epidemiológica de Moçambique, as ações estão mais voltadas para as doenças endêmicas. Os autores concordam que é hora de envolver de forma intensa a comunidade para a promoção da saúde no âmbito de doenças crônicas não transmissíveis, de modo que o conhecimento sobre a prevenção e a promoção de saúde seja mais abrangente.

7.3 Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários, bem como garantia de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos

No Brasil, várias estratégias de promoção de acesso equitativo e qualidade de serviços estão sendo implementados, como ações de envelhecimento saudável, telemedicina e intervenções de qualidade, a fim de melhorar a linha de cuidado para doenças crônicas não transmissíveis (ambulâncias de serviços de atenção médica de urgência, ampliação de meios de diagnósticos, programa mais médicos, instrumentalização de unidades sanitárias, entre outros).

As ações estão resumidas nos seguintes objetivos

- Ampliar estratégias de promoção do envelhecimento saudável ao longo de toda a vida, com inclusão de linha de cuidado e adaptação de processos terapêuticos às especificidades da pessoa idosa.

- Capacitar as equipes da Atenção Primária em Saúde, expandindo os recursos de telemedicina, segunda opinião e cursos a distância, qualificando a resposta às DCNT.
- Qualificar as estruturas hospitalares para o atendimento em urgência e emergência, sem restringir as portas de entrada aos prontos-socorros. Priorizar os atendimentos a traumas, problemas cardíacos e acidente vascular encefálico, por meio da criação, dentro dos hospitais, de unidades especializadas, como unidades coronarianas e de Acidente Vascular Encefálico (AVE), visando a qualificar a resposta a esses agravos e possibilitar a criação de novas vagas hospitalares e de leitos de retaguarda, evitando-se a espera nas portas dos hospitais.
- Definir linha de cuidado ao portador de DCNT, garantindo projeto terapêutico adequado, vinculação entre cuidador e equipe, assim como a integralidade e a continuidade no acompanhamento.
- Fortalecer e qualificar a gestão da rede de serviços, com vistas a qualificar os fluxos e as respostas aos portadores de DCNT.
- Consolidar a rede de prevenção, diagnóstico e tratamento dos cânceres de colo de útero e de mama.
- Fortalecer as práticas integrativas na Atenção Primária à Saúde (APS), como componente do cuidado em saúde.
- Ampliar as estratégias de promoção do envelhecimento saudável ao longo de toda a vida, com inclusão de linha de cuidado e adaptação de processos terapêuticos às especificidades da pessoa idosa.
- Fomentar a qualificação e a ampliação da atuação clínico-assistencial dos profissionais de saúde, com ênfase em equipes multiprofissionais, por meio de elaboração, implantação e implementação de linhas de cuidado, além de diretrizes e protocolos clínicos para as DCNT – hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, sobrepeso e obesidade, tabagismo, câncer de colo de útero e câncer de mama.
- Atualizar e implementar as diretrizes clínicas do Ministério da Saúde, com base em evidências e custo-efetividade para linhas de cuidado das principais doenças crônicas: hipertensão, diabetes, sobrepeso e obesidade, tabagismo, acidente

vascular encefálico, doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e demais DCNT.

- Garantir cuidados preventivos com os pés para pessoas com diabetes, incluindo-se educação em saúde, autocuidado e acesso a calçados adequados.
- Aumentar a cobertura dos serviços de detecção na APS, como acompanhamento e controle de diabetes *mellitus* tipo 2 em adultos assintomáticos.

Em Moçambique, ainda há muito a caminhar. Apesar da existência de consultas para doenças crônicas em sedes distritais, a situação de seguimento qualitativo está aquém do esperado, por falta de pessoal capacitado, meios de diagnóstico e déficit de medicamentos básicos. Por exemplo, o manejo de casos de diabetes é deficiente, pois a hemoglobina glicada não está disponível em todas as províncias (estados). Os meios imagiológicos, tomografia computadorizada ou ressonância magnética, não estão disponíveis em todos os estados; ao contrário do Brasil, que oportuniza meios de diagnóstico laboratoriais e imagiológicos em todos os Estados.

Ressalta-se que o Plano Estratégico de Combate a Doenças Crônicas Não Transmissíveis de Moçambique está alicerçado em quatro pilares, a saber:

- Governança e liderança
- Redução de fatores de risco
- Manejo de casos das DNT
- Vigilância, monitoria, avaliação e investigação.

Fonte: Extraído do Plano Estratégico de Combate às DCNT 2021-2029

ÁREAS DE ACÇÃO ESTRATÉGICA E OBJETIVOS	
Áreas de Acção Estratégica	Objetivos Estratégicos
1. Governança e Liderança	1. Fortalecer a plataforma legal para prevenção dos fatores de risco e controlo das DNTs através da intervenção e liderança institucional multisectorial.
2. Redução de Fatores de Risco	2. Reduzir a exposição aos fatores de risco das DNTs e os determinantes sociais relacionados através da consciencialização e criação de ambientes promotores de saúde.
3. Manejo de casos de DNT	3.1. Fortalecer a capacidade nacional para acelerar a resposta às DNTs através da integração Acções de formação e introdução de tecnologia inovadora e acessível; 3.2. Reorientar e reforçar o sistema de saúde para provisão de serviços de saúde para as DNTs acessíveis e de qualidade a nível dos Cuidados de Saúde Primários.
4. Vigilância e Investigação	4. Reforçar o sistema integrado de vigilância epidemiológica , investigação, monitoria e avaliação das DNTs.

7.4 Avaliação SWOT para Moçambique

<ul style="list-style-type: none"> • Pontos fortes • Envolvimento das lideranças políticas para elaboração do plano de combate a doenças crônicas não transmissíveis • Moçambique ratificou o acordo para a consumo de tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> • Pontos fracos • Poucos parceiros, organização não governamental e doadores para incremento das ações de combate a DCNT • Insuficiência de pessoal médico e de enfermagem e pessoal capacitado para manejo adequado de diabetes, hipertensão, câncer, etc. • Inexistência de hemoglobina glicada e outros meios de diagnósticos em todos os hospitais provinciais • Fraco envolvimento das lideranças comunitárias, influenciadores e atores para promoção de saúde e prevenção de DCT • Insuficiência de insumos para seguimento adequado dos pacientes. • Fraqueza na monitoria e avaliação dos dados desde a base até ao nível central
<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidades • Existência de pelo menos um Médico Clínica Geral em todos os distritos e municípios do País 	<ul style="list-style-type: none"> • Riscos • Geração de demanda para as unidades sanitárias • Envelhecimento da população

<ul style="list-style-type: none">• Integração de rastreio de câncer de colo de útero nos cuidados de saúde primários• Existência de sistema de monitoria e avaliação de dados de vários programas, que pode acomodar dados de diabetes, hipertensão, câncer e trauma• Existência de mecanismos multissetorial de combate à desnutrição crônica, mitigação de desastres, malária, entre outros, em que se pode acomodar aspectos de promoção de saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis• Existência de integração de vários serviços de saúde em prol dos pacientes• Existência nos distritos de consulta de doença crônica	
---	--

8. CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Conclui-se que, apesar das diferenças socioeconômicas entre os dois países, é possível implementar algumas estratégias em Moçambique, como, por exemplo:

- Iniciar o registo de forma uniforme e consistente de casos de hipertensão e diabetes, numa primeira fase, começando por todos os hospitais (centrais, províncias, gerais, incluindo-se distritais) e envolvendo posteriormente as unidades sanitárias da atenção primária à saúde.
- Envolver ativamente a sociedade civil para prevenção e promoção de saúde, mudanças de estilo de vida e aquisição de hábitos saudáveis.
- Incluir no plano de infraestruturas dos municípios e distritos a construção de parques que criem ambiente favorável para prática de exercícios físicos, ginástica, entre outros.
- Treinar blogueiros e atores comunitários, incluindo-se lideranças religiosas e praticantes de medicina tradicional, para disseminar informações corretas e hábitos de vida saudável.
- Integrar os cuidados básicos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde.
- Melhorar a disponibilidade de meios de diagnóstico laboratorial e imagiológicos em hospitais centrais, províncias, gerais e distritais, criando protocolos laboratoriais a cada nível de atenção.
- Incrementar número de pesquisas clínicas e científicas relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis.
- Iniciar a consciencialização das equipas de saúde e comunidades sobre a importância de envelhecimento saudável.
- Elaborar e disseminar protocolos clínicos de atenção primária, secundária e terciária dos cuidados de saúde aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.

- Avaliar o custo eficaz para criação de unidades de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e unidades coronárias a serem implementadas de forma regional (norte, centro e sul de País – esse último, existe um hospital de referência).
- Implementar, com vistas à melhoria na qualidade de cuidados clínicos em saúde, a telemedicina para atendimento de pacientes e para discussão de casos clínicos com especialistas de outros níveis de atenção.
- Elaborar, com apoio de parceiros de cooperação, um plano de fornecimento de medicamentos para doenças crônicas não transmissíveis, de modo a torná-los acessíveis às comunidades.

REFERÊNCIAS

AMBROSE, A. F.; PAUL, G.; HAUSDORFF, J. M. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*, Amsterdam, v. 75, n. 1, p. 51-61, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009>. Disponível em: [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(13\)00054-6/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(13)00054-6/fulltext). Acesso em: 28 maio 2021.

ANDRADE, L. H. *et al.* Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*, [s. l.], v. 7, n. 2, p. e31879, 2012.

BRASIL. Ministério da Economia; IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Mortalidade – desde 1996 pela CID-10. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pelacid-10>. Acesso em: 29 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16/5/01, publicada no DOU n.º 96, seção 1E, de 18 de maio de 2001. Brasília, DF: MS, 2002

CANCER. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>, accessed 7 January 2024).

DAMASCENO *et al.* Relatório da avaliação dos factores de risco de doenças não transmissíveis na população Moçambicana: 2014-2015. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/mozambique/relatorio_final_steps_2015_mozambique.pdf?sfvrsn=1907f08a_1&download=true. Acesso: 23 mar. 2024.

DIABETES. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>, accessed 7 January 2024)

GLOBAL HEALTH ESTIMATES 2019: DEATHS BY CAUSE, AGE, SEX, BY COUNTRY AND BY REGION, 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/data/global-health-estimates>. Acesso em: 7 jan. 2024.

MALTA, D. C. et al.. Carga das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos Países de Língua Portuguesa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 5, p. 1549–1562, maio 2023.

NCD COUNTDOWN 2030 COLLABORATORS. NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries.

The Lancet. 2022; 399(10331): 1266–78. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02347-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02347-3). Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2019. Results. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2020 (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, accessed 7 January 2024)

NONCOMMUNICABLE DISEASES DATA PORTAL [online database]. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: www.who.int/teams/ncds/surveillance/dataportal. Acesso em: 7 jan. 2024.

PASCOAL, Victor. O consumo de álcool e drogas em Moçambique. Disponível em: www.webartigos.com/artigos/o-consumo-de-alcool-e-drogas-em-mocambique-desafios-e-perspectiva. Acesso em: 08 jun. 2024.

Mini-currículo do autor

HIDAYAT ULLAH KASSIM

Médico, Mestre em Saúde Pública e Especialista em Medicina Interna
hidayatkassim@hotmail.com

IDENTIFICAÇÃO GERAL

- Nacionalidade: moçambicana
- Data de nascimento: 22/12/1983
- Estado civil: casado, pai de três filhos
- Local de nascimento: cidade de Quelimane – Província da Zambézia – Moçambique

EDUCAÇÃO

- Em especialização Clínica em Endocrinologia, Diabetes e Metabologia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Programa PICCAP.
- Em doutoramento em Ciências de Gastro-hepatologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Em especialização em Saúde Pública – Universidade Federal Rio Grande do Sul
- Terminou especialização em Clínica Médica (Medicina Interna) na Santa Casa de Porto Alegre – Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil.
- Terminou curso clínico em Manejo da Diabetes Mellitus pela Universidade de Walles –UK.
- Mestrado em Saúde Pública Canarias – Universidade Europeia das Canarias – Espanha – 2017/2018.
- Licenciado em Medicina (Médico – Clínico Geral) Maputo (Moçambique) – Universidade Eduardo Mondlane 2002-2009 – pontuação máxima dos graduados de 2009.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE

- Chefe de Subescritório Provincial e coordenador Humanitário, especialista em Saúde Sexual Reprodutiva – Beira – Província de Sofala e Zambézia – - UNFPA Moçambique – dezembro de 2020 a junho de 2022.
- Consultor de Emergência em Saúde Pública da Organização Mundial de Saúde (OMS) – COVID-19 e Humanitário – Pemba – Cabo Delgado, Moçambique – julho a novembro de 2020.
- Diretor Provincial de Saúde, Província de Quelimane, Zambézia, Moçambique – 2015/2020.
- Médico Chefe Provincial – Pemba, Província de Cabo Delgado, Moçambique, 2013/2015.

- Médico Chefe Distrital – Distrito de Montepuez – Cabo Delgado. Moçambique – 2011/2012.
- Médico Chefe Distrital – Distrito de Mueda – Província de Cabo Delgado. Moçambique – 2009/2010.

EXPERIÊNCIA CLÍNICA E MANEJO DE PACIENTES

- Médico de Clínica Geral do Serviço de Urgência de Adultos e Pediatria Maputo – Moçambique. Atendimento ao paciente e, por vezes, chefiava os turnos como responsável clínico – Hospital José Macamo – 2009.
- Médico para consultas médicas e pediátricas e internamento. Cabo Delgado – Moçambique – Hospital Distrital de Mueda e Montepuez – 2010-2012.
- Acompanhamento de doentes no Hospital Provincial de Pemba, Cabo Delgado – Moçambique – 2013-2015.
- Acompanhamento de pacientes no ambulatório e urgências no Hospital Provincial de Quelimane – 2015-2020.

MÉRITOS E PRÊMIOS

- Eleito Monitor da disciplina de Microbiologia da Faculdade de Medicina. Maputo-Moçambique Universidade Eduardo Mondlane – 2005-2007.
- Vencedor da Primeira Conferência Científica Provincial de Saúde. Pemba, Cabo Delgado – Moçambique. Apresentação: Falha terapêutica no tratamento de primeira linha do HIV em Moçambique – 2011.
- Indicado Ponto Focal do HIV-QUAL Provincial Pemba, Cabo Delgado-Moz Programa: Melhoria da qualidade da assistência ao paciente 2012/2013.
- Recebeu mérito do Ministério da Saúde Quelimane, Zambézia – Programa: Maternidade Modelo para Melhorar os Indicadores de Mortalidade Materna e Planeamento Familiar pós-parto – 2018.
- Declarou a Província da Zambézia livre de cólera em quatro anos consecutivos. Quel-Moçambique, Programa: Vigilância Epidemiológica e envolvimento comunitário – 2017-2021.
- Selecionado para Curso de Mestrado em Diabetes – University Hospital of Walles – 2020.
- Concluiu o curso de Manejo em Diabetes com 77% durante seis meses – Gestão Clínica da Diabetes.
- A prevalência da malária reduziu de 68% em 2015 para 45% em 2018, de acordo com dados de pesquisas de saúde – Zambézia 2018.

EXPERIÊNCIA DE ENSINO E MENTORIA

- Supervisão e tutoria de estudantes de saúde (Curso de Enfermeira Saúde Materna e Infantil e Técnico de Medicina) Moçambique – Direção Provincial de Saúde da Província de Cabo Delgado – 2010-2015.

- Formador provincial do pacote de cuidados obstétricos de emergência e reanimação neonatal – Direção Provincial de Saúde da Província de Cabo Delgado – 2010-2015 – Mais 350 profissionais de saúde foram treinados.
- Formador provincial do pacote de cuidados, prevenção e apoio psicossocial para o Programa HIV – Direção Provincial de Saúde de Cabo Delgado e Província da Zambézia 2010-2020.
- Formador de Pacote de treinamento em malária para profissionais de saúde – 2012-2020.
- Professor Ensino na disciplina de Saúde Pública para estudantes Universidade Apolitécnica, Quelimane, Moçambique – 20 alunos em 2019.
- Coordenador do Subcluster violência baseada no gênero Sofala – Moçambique – 2021.
- Professor a tempo parcial na Universidade Católica de Moçambique – Beira – Sofala – Moçambique – Faculdade de Ciências da Saúde – 2021 e 2022.

CONFERÊNCIAS SELECIONADAS E PARTICIPAÇÃO EM CURSOS DE FORMAÇÃO CONTINUA

- Conferência Internacional HIV-QUAL – Uganda – Kampala – 2012.
- Curso de Política e Gestão de Saúde, Seul – Coreia do Sul – abril de 2014/maio de 2015.
- Curso Internacional – Manejo do Trauma. Pemba – Moçambique – novembro 2013.
- Treinamento sobre os novos padrões da OMS no tratamento de tuberculose sensível, multirresistente e XDR- Cepina – Itália – 2017.
- Reunião anual da Sociedade Americana de Medicina Tropical – Nova Orleans – Estados Unidos – novembro de 2018.
- Conferência Internacional sobre Ciência do HIV – México – julho de 2019.
- Troca de experiência de duas semanas no contexto da gestão hospitalar – Dinamarca, 2019.
- Reunião anual da American Society of Tropical Medicine – Washington, 2019
- Formação sobre Aborto Seguro em Quelimane, 2019.
- Reunião anual da Sociedade de Endocrinologia e Diabetes – Índia, outubro de 2020.
- Painelista na reunião anual da Fundação Merck sobre Diabetes e Endocrinologia – Zâmbia 2021.
- Simpósio Mozambique Angola sobre Higiene e Saúde Menstrual – UNFPA, Moçambique.
- Capacitação do Pacote Mínimo Inicial de Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva (MISP) em situações humanitárias e de emergência – incluem ações e estratégias de planejamento familiar – julho de 2021.
- Formação de formadores em Prevenção da Exploração e Abuso Sexual (PSEA) organizada pelas Nações Unidas, em setembro de 2021.
- Participou do 76º Congresso Brasileiro de Cardiologia – de 19 a 21 de novembro de 2022.

- Participou do congresso da Sociedade Latino-Americana de Hipertensão Arterial de 27 a 30 de outubro de 2021.
- Treinamento integral em educação sexual para adolescentes e jovens – março de 2022.
- Curso Ultrassom Point of Care – Porto Alegre – setembro de 2022.
- Curso Suporte Básico de Vida 2022 – Porto Alegre – outubro de 2022.
- Diagnóstico e Manejo clínico de dengue –PAHO – OMS – março de 2023.
- 25ª Jornada de Neurologia Serviço do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre – Rio Grande do Sul – Brasil – 24 e 25 de março de 2023.
- Curso sobre manejo clínico da diabetes para Médicos de clínica geral e médicos de atenção primária da Federação Internacional de Diabetes – alcançado 8 créditos Europeus – Setembro de 2024