



COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA

ORIGINAL: INGLÊS

Sexagésima sétima sessão

Victoria Falls, República do Zimbabwe, 28 de Agosto a 1 de Setembro de 2017

Ponto 15 da ordem do dia provisória

**QUADRO REGIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS ESSENCIAIS
PARA AS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS AO NÍVEL
DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Relatório do Secretariado

RESUMO

1. As doenças não transmissíveis (DNT) são as principais causas de morte no mundo. As quatro grandes DNT – as doenças cardiovasculares, o cancro, a diabetes e as doenças respiratórias crónicas – são, em grande medida, evitáveis desde que sejam combatidos os quatro factores de risco comuns e modificáveis: o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, os maus hábitos alimentares e a inactividade física. A mortalidade causada pelas DNT na Região Africana apresenta uma tendência crescente ao longo dos anos. Em 2015, de um total de 9,2 milhões de óbitos, 3,1 milhões (33,7%) ficaram a dever-se a DNT, um aumento comparativamente aos 2,7 milhões de óbitos por DNT num total de 9,28 milhões (29,1%) ocorridos em 2010 e aos 2,4 milhões de óbitos num total de 9,8 milhões (27,6%) registados em 2005.
2. Para fazer face ao elevado peso das DNT, os dirigentes assumiram compromissos tanto a nível mundial como regional. Nos compromissos mundiais incluem-se a Declaração Política da Assembleia Geral da ONU sobre as DNT, o Plano Mundial de Acção da OMS para a Prevenção e Controlo das DNT, 2013-2020 e o Documento Final das Nações Unidas. Nos compromissos ao nível Regional incluem-se a Declaração de Brazzaville sobre as DNT, o Compromisso de Luanda para as DNT e as estratégias regionais específicas a estas doenças que foram aprovadas pelo Comité Regional. De modo a implementar estes compromissos, a OMS elaborou estratégias e políticas que dizem respeito às populações, em geral, e visam combater os factores de risco das DNT, bem como estratégias de cuidados de saúde individuais relativamente à prevenção e à gestão dessas doenças. O Pacote de Intervenções Essenciais da OMS contra as Doenças Não Transmissíveis para o nível dos cuidados de saúde primários (CSP) em meios de poucos recursos representa um conjunto prioritário de intervenções com boa relação custo-eficácia, que visam integrar os serviços essenciais para as DNT no nível dos CSP.
3. O quadro regional para a integração de serviços essenciais para as DNT nos CSP pretende dar aos Estados-Membros orientações quanto à forma de integrar as intervenções essenciais relativas às DNT neste nível do sistema de saúde, no intuito de aumentar a detecção, o diagnóstico e o tratamento precoces. A sua implementação rege-se pelos seguintes princípios: liderança governamental; cobertura universal de saúde; abordagens de base factual e intervenções com boa relação custo-eficácia; abordagens centradas nos doentes e de base comunitária; instrumentos simples; e colaboração entre o sector público e o sector privado.
4. As intervenções e as medidas prioritárias propostas para a integração das DNT nas unidades de CSP incluem: promover o empenho político para a utilização das orientações da OMS; adaptar as orientações mundiais da OMS aos contextos locais; melhorar os conhecimentos sobre as DNT e as competências dos profissionais de saúde nas unidades de CSP; garantir a disponibilidade de directrizes simplificadas para a gestão das DNT nas unidades de CSP; reforçar a liderança técnica e a gestão das unidades de CSP, e promover a delegação e repartição de tarefas.
5. Convida-se o Comité Regional a analisar e a aprovar as medidas contidas no presente quadro regional: sistemas de acompanhamento e avaliação; integração dos dados relativos às DNT nos sistemas de gestão da informação sanitária.

ÍNDICE

PARÁGRAFOS

INTRODUÇÃO	1-5
SITUAÇÃO ACTUAL.....	6-10
PROBLEMAS E DESAFIOS	11-21
QUADRO REGIONAL	22-28
INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS	29-46

ANEXOS

Página

1. Metas e marcos para 2020, 2025 e 2030	10
2. O Plano de Acção Mundial para as DNT 2013-2020, em traços gerais.....	11
3. Intervenções de base factual a implementar ao nível dos cuidados de saúde primários em meios de poucos recursos com vista a reduzir a morbilidade e a mortalidade associada às principais DNT	12-13

ACRÓNIMOS

AGNU:	Assembleia Geral das Nações Unidas
AIDAA:	Atenção Integrada às Doenças do Adulto e do Adolescente
CSP:	Cuidados de saúde primários
CUS:	Cobertura universal de saúde
DCV:	Doença cardiovascular
DNT:	Doença não transmissível
DRC:	Doença respiratória crónica
GTT:	Grupo de Trabalho Técnico
ODS:	Objectivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS:	Organização Mundial da Saúde
TI:	Tecnologias de informação
VEF1:	Volume expiratório forçado no primeiro segundo (índice de Tiffeneau-Pinelli)
VIA:	Inspecção visual com ácido acético
VPH:	Vírus do Papiloma Humano
WHO-PEN:	Pacote de Intervenções Essenciais da OMS contra as Doenças Não Transmissíveis para o nível dos cuidados de saúde primários em meios de poucos recursos

INTRODUÇÃO

1. As quatro grandes doenças não transmissíveis (DNT) – as doenças cardiovasculares, (DCV), o cancro, a diabetes e as doenças respiratórias crónicas (DRC) – são as principais causas de morbilidade e mortalidade no mundo, embora sejam em grande medida evitáveis desde que sejam combatidos os quatro factores de risco comuns e modificáveis: o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, os maus hábitos alimentares e a inactividade física.
2. As consequências económicas das DNT revestem-se de importância crítica. A nível familiar, comportamentos pouco saudáveis e o elevado custo dos cuidados associados às DNT acarretam uma perda de rendimento dos agregados familiares. A nível nacional as repercussões das DNT abarcam as dispendiosas hospitalizações, a perda de produtividade ligada ao absentismo e à incapacidade para trabalhar e, em última análise, uma queda da receita nacional¹.
3. Para fazer face ao elevado fardo das DNT, os líderes assumiram compromissos tanto a nível mundial como regional. Ao nível mundial, neles se incluem a Declaração Política da Assembleia Geral da ONU sobre as DNT², o Plano de Acção Mundial da OMS para a Prevenção e Controlo das DNT, 2013-2020³ e o Documento Final das Nações Unidas⁴. Os compromissos ao nível Regional incluem a Declaração de Brazzaville sobre as DNT⁵ e o Compromisso de Luanda para as DNT⁶.
4. De modo a implementar estes compromissos, a OMS elaborou estratégias e políticas para as populações em geral, que visam combater os factores de risco das DNT, e estratégias de cuidados de saúde individuais para a prevenção e a gestão destas doenças. O Pacote de Intervenções Essenciais da OMS contra as Doenças não transmissíveis para o nível dos cuidados de saúde primários (CSP) em meios de poucos recursos é um conjunto prioritário de intervenções com boa relação custo-eficácia, destinado a integrar os serviços essenciais para as DNT no nível dos CSP.
5. O presente quadro regional fornece orientações aos Estados-Membros para a integração de intervenções essenciais para as DNT nas unidades de CSP.

SITUAÇÃO ACTUAL

6. A mortalidade das DNT revela uma tendência crescente na Região Africana ao longo dos anos. Em 2015, do total de 9,2 milhões de óbitos registados, 3,1 milhões (33,7%) deveram-se às DNT, um aumento comparativamente aos 2,7 milhões de óbitos (29,1%) por DNT num total de

¹ WHO, Global status report on NCDs 2010, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2010 http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter2.pdf, última consulta em 14 de Junho de 2017.

² 2011 *High Level meeting on the prevention and control of NCDs*, Nova Iorque, Nações Unidas, www.un.org/en/ga/ncdmeeting2011/, última consultada em 12 de Abril de 2017

³ WHO, *Global Action Plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2013

⁴ *High-level meeting of the UN General Assembly to undertake the comprehensive review and assessment of the 2011 Political Declaration on NCDs*, Organização Mundial da Saúde, 2014, www.who.int/nmh/events/2014/a-res-68-300.pdf último acesso a 12 de Abril de 2017

⁵ A Declaração de Brazzaville sobre prevenção e controlo das doenças não transmissíveis na Região Africana, Brazzaville, Escritório Regional para a África da Organização Mundial da Saúde. www.afro.who.int/en/regional-declarations.html consultado em 25 de Abril de 2017

⁶ Primeira Reunião dos Ministros Africanos da Saúde conjuntamente organizada pela Comissão da União Africana e a Organização Mundial da Saúde, 2014, Angola, Organização Mundial da Saúde. www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download consultado em 25 de Abril de 2017.

9,28 milhões ocorridos em 2010⁷. As DCV, o cancro, as DRC e a diabetes foram responsáveis por mais de três quartos dessas mortes. O impacto humano, social e económico das DNT é considerável em todos os países, mas nas populações pobres e vulneráveis é desproporcionadamente devastador.

7. O elevado peso das DNT resulta do envelhecimento demográfico, da urbanização e do consumo de produtos nocivos, como o tabaco e o álcool, dos maus hábitos alimentares e de um estilo de vida sedentário. Em 2012, a prevalência média⁸ do tabagismo estimava-se em 12%, ao passo que a prevalência do consumo excessivo ainda que pontual de álcool era de 5,7% na população com idade igual ou superior a 15 anos e de 16,4% nos consumidores habituais. A prevalência de inactividade física estava estimada em 21%. A prevalência de hipertensão arterial em adultos ascendia a 30%, a mais elevada do mundo.

8. Trinta e cinco Estados-Membros⁹ participaram, em 2015, no Inquérito da OMS sobre as Capacidades Nacionais (CCS)¹⁰. Destes, quinze dispunham de políticas, estratégias ou planos de acção nacionais, multisectoriais e integrados para as DNT que estavam em vigor. Existiam orientações para a gestão das DNT relativamente à diabetes em 20 países, às DCV em 19 países, ao cancro em 18 países e às DRC em 16 países. Nenhum Estado-Membro indicou dispor de um programa nacional de rastreio do cancro do colo do útero, do cólon nem da próstata que chegasse a pelo menos 70% da população geral.

9. Desde 2012, nove Estados-Membros¹¹ adaptaram as ferramentas do WHO PEN em distritos-piloto e, destes, o Benim e o Togo alargaram-nas ao nível nacional. A África do Sul testou um Modelo de Gestão Integrada das Doenças Crónicas (ICDM) em unidades seleccionadas de CSP, com vista a potenciar as inovações do programa para o VIH/SIDA no aumento dos serviços para as DNT. A OMS está a trabalhar com a Aliança da Atenção Integrada às Doenças do Adulto e do Adolescente (AIDAA) para incorporar o WHO PEN nas orientações para os cuidados agudos e crónicos da AIDAA.

10. Para além das quatro principais DNT, a Região enfrenta outras afecções, como a drepanocitose, as doenças mentais e a toxicodependência, as doenças orais, os problemas visuais e auditivos, a violência e os traumatismos. Estas afecções, que estão ligadas ao presente quadro, são abordadas noutros documentos técnicos e de política, tais como a Estratégia Regional para a Saúde Oral, 2016-2025¹², Promover a Saúde Oral em África¹³ e a Estratégia Regional para a Drepanocitose¹⁴, entre outros.

⁷ WHO, *Global Health Estimates 2015*, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2015
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html, último acesso a 16 de Maio de 2017.

⁸ WHO, *Global status report on NCDs 2014*, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2014

⁹ África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Comores, Congo, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné, Lesoto, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leoa, Suazilândia, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué

¹⁰ WHO, *2015 Assessing National capacity for the prevention and control of NCDs*, Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2015. www.who.int/chp/ncd_capacity/en/, último acesso a 26 de Março de 2017

¹¹ Benim, Botsuana, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Guiné, Malawi, Serra Leoa e Togo

¹² http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250994/1/AFR_RC66_5-eng.pdf OMS, *Estratégia Regional de Saúde Oral 2016-2025: combater as doenças orais no contexto das DNT*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2016 (AFR/RC66/5)

¹³ <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205886/1/9789290232971.pdf>

¹⁴ OMS, *Drepanocitose: Estratégia para a Região Africana da OMS*, Brazzaville, Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional para a África, 2010 (AFR/RC 60/8), <http://www.afro.who.int/en/health-topics/topics/4405-sickle-cell-disease.html>, consultado em 25 de Abril de 2017

PROBLEMAS E DESAFIOS

11. Existem vários desafios que dificultam a introdução e o aumento do WHO PEN e de outras ferramentas destinadas à integração de serviços essenciais para as DNT ao nível dos CSP nos Estados-Membros. Entre estes desafios, destacam-se:

12. **Ações de fomento e orientação política:** as acções visando fomentar a prioridade a dar à prevenção e ao controlo das DNT nos Estados-Membros são insuficientes. Além disso, não existe uma directriz política capaz de indicar de que forma as orientações disponíveis podem ser adaptadas ao nível nacional.

13. **Recursos humanos para a saúde:** em muitos Estados-Membros, a escassez de recursos humanos qualificados para a saúde tem um impacto negativo sobre a prestação de serviços em geral e a prestação de serviços para as DNT em particular. Trinta e seis¹⁵ Estados-Membros enfrentam uma crise de recursos humanos para a saúde. Os profissionais de saúde das unidades de CSP têm conhecimentos insuficientes sobre as DNT e dispõem de pouco tempo para detectar, diagnosticar, tratar ou para prestar aconselhamento sobre estas doenças.

14. **Financiamento para as DNT:** os recursos financeiros inadequados, tanto de fontes internas como externas, limitam a capacidade dos Estados-Membros para implementar o WHO PEN e outros instrumentos de combate às DNT. Sete Estados-Membros que empreenderam projectos-piloto do WHO PEN não os conseguiram implementar ao nível nacional devido a diversos factores, nomeadamente por falta de recursos financeiros.

15. **Integração das intervenções para as DNT:** em muitos Estados-Membros, os serviços para as DNT são débeis, fragmentados e de má qualidade. A adaptação das orientações existentes tem sido lenta e, por isso, as intervenções para as DNT não estão adequadamente integradas nos serviços de CSP.

16. **Medicamentos e tecnologias essenciais para as DNT:** as tecnologias de diagnóstico e os medicamentos essenciais para as DNT nem sempre estão disponíveis ao nível dos CSP. As rupturas de *stock* são frequentes e, muitas vezes, os medicamentos são de má qualidade. Os obstáculos ao acesso a medicamentos essenciais incluem a má implementação ou o uso inadequado das directrizes terapêuticas normalizadas, os fracos sistemas de gestão da cadeia de abastecimento e as fragilidades em termos de vigilância e dos sistemas de informação sanitária.

17. **Informação para a tomada de decisões:** os sistemas de informação sanitária continuam a ser fracos e não fornecem dados rigorosos nem fiáveis sobre o fardo das DNT e a prevalência dos factores de risco. A capacidade de recolha, análise e divulgação da informação sobre os factores de risco das DNT é limitada. Nos últimos cinco anos, apenas 11 Estados-Membros¹⁶ realizaram os inquéritos STEP.

¹⁵ Angola, Benim, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Malawi, Mali, Mauritânia, Moçambique, Níger, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

¹⁶ Benim, Burquina Faso, Etiópia, Lesoto, Moçambique, Quénia, Ruanda, Seychelles, Suazilândia, Tanzânia e Uganda.

18. Interferência do tabaco, do álcool e da indústria alimentar: os sectores do álcool e do tabaco continuam a influenciar a política estatal, quer seja directamente quer por intermédio das suas filiais, aproveitando-se da fraca regulamentação sectorial. Os interesses comerciais e económicos continuam a determinar os factores de risco essenciais dada a débil capacidade de regulamentar as actividades dessas indústrias.

19. Natureza crónica das DNT: as DNT ganham natureza crónica requerendo cuidados continuados a longo prazo de modo a prevenir as complicações inerentes e a morte prematura. Lamentavelmente, na Região Africana os sistemas de saúde estão concebidos para cuidados curativos de curta duração tonando-se impossível para eles suportar o impacto das DNT.

20. Cuidados paliativos e de reabilitação: o acesso limitado a serviços paliativos e de reabilitação de boa qualidade nos Estados-Membros acarreta o sofrimento desnecessário das pessoas que padecem de DNT. Nos entraves incluem-se a inexistência de políticas relativas a cuidados paliativos, a falta de recursos humanos qualificados em particular ao nível dos CSP, inadequação dos medicamentos e a ausência de protocolos para os profissionais de saúde.

21. Participação comunitária na prevenção das DNT e respectivos cuidados: uma efectiva prevenção das DNT necessita do empenhamento de múltiplas partes interessadas, incluindo os indivíduos, as famílias, as comunidades, a sociedade civil, as instituições religiosas, os líderes tradicionais, a comunicação social, os decisores políticos e as associações voluntárias. Infelizmente, nalguns Estados-Membros, as DNT ainda não são consideradas um problema de saúde o que coíbe o envolvimento de outros sectores e comunidades.

O QUADRO REGIONAL

Visão, Finalidade, Objectivos, Metas e Marcos:

22. A visão é a de uma Região livre de doenças evitáveis e mortalidade causadas pelas DNT.

23. A sua finalidade é tornar possível a prestação de serviços essenciais para as DNT ao nível dos CSP, no contexto da cobertura universal de saúde, em todos os Estados-Membros.

24. Existem 4 objectivos:

- a) Prestar apoio à adaptação e utilização de documentos de orientação da OMS para a prevenção e o controlo das DNT no nível dos CSP;
- b) Reforçar a capacidade dos recursos humanos para a saúde nas unidades de CSP, para prestar serviços de prevenção e controlo das DNT;
- c) Aumentar o acesso a serviços essenciais para as DNT nas unidades de CSP;
- d) Reforçar e integrar os sistemas de vigilância das DNT nos sistemas de gestão da informação sanitária.

Metas e Marcos

25. **Metas até 2030**

- a) Todos os Estados-Membros terão adaptado e estarão a usar o WHO-PEN;
- b) Mais de 80% dos RHS terão recebido formação em gestão das DNT ao nível dos CSP (tendo por base de referência os dados de 2020);

- c) Todos os Estados-Membros terão medicamentos essenciais e tecnologias básicas para as DNT disponíveis nas unidades de CSP;
- d) Todos os Estados-Membros disporão de sistemas para recolher com regularidade dados relativos à mortalidade.

26. Marcos até 2020

- a) Vinte e quatro Estados-Membros terão adaptado e estarão a utilizar o WHO-PEN;
- b) Cinquenta por cento dos RHS terão recebido formação em gestão das DNT ao nível dos CSP;
- c) Cinquenta por cento dos Estados-Membros terão medicamentos essenciais e tecnologias básicas para as DNT nas unidades de CSP;
- d) Sessenta por cento dos Estados-Membros terão sistemas para a recolha regular de dados relativos à mortalidade.

27. Marcos até 2025

- a) Trinta e oito Estados-Membros terão adaptado e estarão a utilizar o WHO-PEN;
- b) Oitenta por cento dos RHS terão recebido formação em gestão das DNT ao nível dos CSP (tendo por base de referência os dados de 2020);
- c) Oitenta por cento dos Estados-Membros terão medicamentos essenciais e tecnologias básicas para as DNT nas unidades de CSP;
- d) Oitenta por cento dos Estados-Membros disporão de sistemas para a recolha regular de dados relativos à mortalidade.

Princípios orientadores

28. A implementação do quadro regional na Região Africana reger-se-á pelos seguintes princípios:

- a) **Liderança governamental:** o Ministério da Saúde irá assumir a liderança e tomar as decisões com vista à prestação de serviços essenciais para as DNT ao nível dos CSP e à promoção destas causas junto de todas as partes interessadas;
- b) **Cobertura universal de saúde:** serão envidados esforços para a prestação de serviços de qualidade para as DNT que sejam adequados, acessíveis e comportáveis para todas as pessoas, sobretudo para as comunidades pobres e desfavorecidas;
- c) **Abordagens de base factual e intervenções com boa relação custo-eficácia:** as intervenções devem ter por base os mais recentes elementos comprovados e as melhores práticas disponíveis, assim como uma boa relação custo-eficácia;
- d) **Abordagens centradas nos doentes e de base comunitária:** será promovida uma abordagem centrada nos doentes e de base comunitária para capacitar as pessoas, as famílias e as comunidades em relação à prevenção e gestão das DNT;
- e) **Ferramentas actualizadas e de fácil utilização:** serão disponibilizadas aos profissionais ferramentas de saúde simplificadas e de fácil utilização para a prevenção e o controlo das DNT nas unidades de CSP;
- f) **Colaboração entre o sector público e o sector privado:** será promovida a colaboração entre o sector público e o sector privado e as organizações não-governamentais no intuito de reforçar a integração das DNT no nível dos CSP.

INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS

Adaptar e utilizar os documentos de orientação da OMS para a prevenção e o controlo das DNT ao nível dos CSP

29. Fomentar o **compromisso político em prol da utilização das orientações da OMS**: o compromisso político é fundamental para a adopção do Plano de Acção Mundial da OMS para as DNT, 2013-2020 e do WHO PEN. Isto poderá ser conseguido através do diálogo político, incluindo a divulgação de documentos de informação sobre políticas assim como da realização de seminários para promover a prevenção e o controlo das DNT nos CSP.

30. Quando da **adaptação de orientações mundiais**, recomendam-se os seguintes passos fundamentais:

- a) **Adaptação do WHO-PEN e de outras ferramentas**: o primeiro passo consistirá em identificar as orientações de base factual ou os elementos específicos que sejam apropriados ao contexto nacional. Este processo começa pela criação de um Grupo de Trabalho Técnico (GTT), que irá supervisionar o processo de adaptação;
- b) **Avaliação do sistema nacional de prontidão e viabilidade**: o GTT deverá avaliar a prontidão do sistema de saúde para implementar as orientações. Para tal, será necessária uma avaliação da disponibilidade e da capacidade dos recursos humanos, do equipamento, da infra-estrutura/serviços e dos medicamentos para a gestão das DNT e de outros problemas de saúde;
- c) **Fazer um teste piloto do Projecto**: o GTT identifica uma zona subnacional com unidades de CSP que irão implementar o projecto-piloto. As unidades deverão dispor de profissionais de saúde em número suficiente, equipamento, medicamentos e meios de diagnóstico adequados, e estar localizadas perto de uma unidade de saúde de referência. As orientações mundiais deverão ser modificadas e transformadas em protocolos clínicos simples para utilização ao nível local, devendo os profissionais de saúde receber formação para uso dos mesmos. O GTT deverá acompanhar e avaliar a implementação do projecto-piloto. Dever-se-á utilizar um sistema de monitorização e avaliação para recolher e analisar os dados, rever e avaliar os progressos, incluindo a cobertura e a qualidade dos cuidados para os doentes individuais, bem como o desempenho da unidade de saúde;
- d) **Revisão por parte de um grupo composto por múltiplas partes interessadas**: uma vez terminada a implementação do projecto-piloto, será necessário reunir um grupo constituído por múltiplas partes interessadas no sentido de rever e avaliar o êxito do projecto e fazer alterações às orientações, com base no contexto nacional. Caberá ainda ao grupo apreciar o custo de implantação das orientações ao nível nacional;
- e) **Implantação ao nível nacional**: as autoridades nacionais deverão apoiar formalmente a adaptação das orientações como directrizes nacionais, e deverão ser criados meios para uma implementação a nível nacional. A implantação nacional pode ser feita através de i) uma implantação em diferentes regiões, começando pelas regiões com maior capacidade para implementar as orientações ou ii) uma implantação nacional se houver capacidades suficientes em todas as regiões do país.

Reforçar a capacidade dos recursos humanos para a saúde com vista à prestação de serviços de prevenção e controlo das DNT ao nível dos CSP

31. **Aumentar os conhecimentos e as competências dos profissionais de saúde nas unidades de CSP:** os conhecimentos e as competências dos profissionais de saúde em matéria de prevenção e controlo das DNT deverão ser reforçados através de formação sistemática (acções de formação, seminários e formação nas unidades de saúde) e de outros tipos de actualização profissional. Isto facilitará a detecção, o diagnóstico e o tratamento precoces, assim como o encaminhamento de casos complicados para um nível superior do sistema de saúde.

32. **Garantir a disponibilidade de orientações simplificadas para a gestão das DNT nas unidades de CSP:** deverão ser formulados protocolos clínicos simples com base no WHO PEN e noutras ferramentas. O uso de orientações simplificadas e normalizadas de diagnóstico e de tratamento irá melhorar os conhecimentos e as competências dos profissionais de saúde.

33. **Reforçar a liderança técnica a gestão das unidades de CSP:** os líderes e os gestores das unidades de CSP deverão receber orientações em matéria de prevenção e de controlo das DNT. O reforço da liderança técnica das unidades de CSP melhorará a supervisão e assegurará a qualidade dos serviços para as DNT.

34. **Promover a delegação e a partilha de tarefas:** a delegação e a partilha de tarefas deverão ser promovidas para garantir a utilização eficiente das competências, delegando para os técnicos dos serviços de saúde comunitária e outros quadros algumas tarefas não clínicas, o que deixará mais tempo aos profissionais de saúde para se concentrarem na detecção, diagnóstico e tratamento precoces das DNT.

35. **Incorporar a vertente da prevenção e do controlo das DNT no programa curricular da formação que antecede a entrada em serviço:** a vertente da prevenção e controlo deverá ser incorporada nos programas curriculares dos médicos, enfermeiros, pessoal médico auxiliar e trabalhadores comunitários de saúde, para garantir que os licenciados possuem um entendimento básico da vertente de prevenção e controlo das DNT nos CSP.

36. **Promover o uso das tecnologias de informação:** as ferramentas de tecnologias de informação (TI), tais como a ciber saúde (eHealth) e a saúde móvel (mHealth), deverão ser utilizadas para aumentar o acesso por parte dos profissionais de saúde à informação relativa à prevenção e controlo das DNT. Isto facilitará a partilha de informação entre os profissionais de saúde relativamente aos cuidados aos doentes, para melhorar a prevenção e o controlo das DNT.

37. **Oferecer remuneração e incentivos aos profissionais de saúde:** os profissionais de saúde ao nível dos CSP deverão ter uma remuneração e outros incentivos financeiros e não financeiros adequados, devendo incluir incentivos para os profissionais de saúde dos serviços de DNT ao nível dos CSP que tenham o melhor desempenho.

Aumentar o acesso a serviços essenciais para as DNT nas unidades de CSP

38. **Aumentar o acesso a tecnologias de diagnóstico e a medicamentos comportáveis, seguros, eficazes e de qualidade:** promover um acesso a tecnologias de diagnóstico e a medicamentos que sejam comportáveis, seguros e de qualidade. As estratégias para melhorar o acesso poderão incluir a revisão das listas nacionais de medicamentos essenciais, o controlo das margens de lucro no comércio grossista e a retalho bem como a isenção de taxas de importação e outros impostos para os medicamentos contra as DNT.

39. **Melhorar os sistemas de compras e gestão do abastecimento:** dever-se-á reforçar a compra e o abastecimento de medicamentos, seguros, eficazes, comportáveis e de qualidade para

as DNT, incluindo os genéricos, para as unidades de CSP. Deverá existir um bom sistema de distribuição e de armazenamento de medicamentos, sendo também necessário monitorizar o que é consumido para assegurar que se faz uma utilização racional dos medicamentos nas unidades de CSP.

40. **Reforçar a prevenção das DNT nas unidades de CSP:** as unidades de CSP deverão ser reforçadas para a concretização de intervenções destinadas à prevenção das DNT, incluindo o aconselhamento aos utentes em matéria de cessação tabágica, consumo nocivo de álcool, actividade física regular, redução do sal na alimentação e aumento do consumo de fruta e legumes. Deverão também ser disponibilizadas a vacina contra o vírus do papiloma humano, para a prevenção do cancro do colo do útero, e a vacina contra a hepatite B, para a prevenção do cancro hepático.

41. **Prevenir as complicações secundárias das DNT:** as unidades de CSP deverão fornecer um conjunto de intervenções para a prevenção das complicações causadas pelas DNT. Estas intervenções incluem: a) uma alimentação adequada e terapêutica medicamentosa para a diabetes, ataques cardíacos e AVC; b) tratamento da cardiopatia reumática com antibióticos; c) broncodilatadores destinados à asma; e d) rastreio e tratamento das lesões pré-cancerosas do cancro do colo do útero através de Inspeção Visual com Ácido Acético (VIA). Os casos de DNT que não possam ser tratados nas unidades de CSP deveram ser encaminhados para os níveis superiores do sistema de saúde.

42. **Reforçar o sistema de encaminhamento:** um sistema eficaz de encaminhamento assegurará que os doentes que não possam ser tratados no nível dos CSP sejam enviados para o hospital de referência mais próximo da zona ou do distrito. Deverão existir linhas de orientação claras para o encaminhamento dos doentes.

43. **Intensificar a participação comunitária na prevenção e no controlo das DNT:** devem ser reforçados as ligações entre a comunidade e as unidades de saúde para promover a participação dos indivíduos, das famílias e das comunidades de modo a reduzir a exposição aos factores de risco inerentes às DNT e a cuidar das pessoas que padecem de DNT. Os trabalhadores de saúde comunitários deveriam poder habilitar as comunidades, transmitindo-lhes conhecimento acerca das DNT e respectivos factores de risco, assim como colaborar com os profissionais de saúde nos CSP zelando assim pela continuidade dos cuidados.

Integrar os sistemas de vigilância das DNT nos sistemas de gestão da informação sanitária

44. **Institucionalizar sistemas de monitorização e avaliação:** a capacidade de recolha, análise e utilização dos dados relativos às DNT aos níveis nacional e local dos CSP deverá ser reforçada. Dever-se-á utilizar um conjunto mínimo de indicadores para as DNT, registos dos doentes e ferramentas de geração de relatórios para medir o desempenho dos CSP e das unidades de saúde de referência.

45. **Integrar os dados da vigilância das DNT no sistema de gestão da informação sanitária:** o sistema de informação sanitária de rotina deverá ser adaptado para recolher dados relativos à morbilidade, à mortalidade e aos factores de risco das DNT. Esta informação deverá ser usada para monitorizar o fardo das DNT e respectivos factores de risco.

Medidas propostas

46. Convida-se o Comité Regional a analisar e a aprovar as intervenções e as medidas prioritárias constantes do presente quadro regional.

ANEXO 1: Metas e marcos para 2020, 2025 e 2030

As metas e os marcos para 2020, 2025 e 2030 referem-se a cada um dos três objectivos:

<i>Objectivos</i>	<i>Metas e Marcos</i>		
	<i>2020</i>	<i>2025</i>	<i>2030</i>
1. Prestar apoio à adaptação e utilização dos documentos de orientação da OMS para a prevenção e o controlo das DNT dentro dos CSP	24 Estados-Membros adaptaram e estão a usar o WHO PEN (base de referência de 9 Estados-Membros em 2014)	38 Estados-Membros adaptaram e estão a usar o WHO PEN	47 Estados-Membros adaptaram e estão a usar o WHO PEN
2. Reforçar as capacidades dos recursos humanos para a saúde nas unidades de CSP, para que possam prestar serviços de prevenção e controlo das DNT	50% dos RHS dos Estados-Membros receberam formação em gestão das DNT ao nível dos CSP (base de referência refere-se aos dados de 2017)	80% dos RHS receberam formação em gestão das DNT ao nível dos CSP (base de referência refere-se aos dados de 2020)	Todos os RHS receberam formação em gestão das DNT ao nível dos CSP (base de referência refere-se aos dados de 2020)
3. Aumentar o acesso a serviços essenciais para as DNT nas unidades de CSP	50% dos Estados-Membros definiram uma lista de medicamentos essenciais e de tecnologias básicas para as DNT nas unidades de SCP (base de referência ano de 2017)	80% dos Estados-Membros dispõem de medicamentos essenciais e de tecnologias básicas para as DNT nas unidades de CSP (base de referência ano de 2025)	Todos os Estados-Membros dispõem de medicamentos essenciais e de tecnologias básicas para as DNT nas unidades de CSP
4. Reforçar e integrar os sistemas de vigilância das DNT nos sistemas de gestão da informação sanitária.	50% dos Estados-Membros têm um sistema para a recolha regular dados relativos à mortalidade decorrente de DNT	80% dos Estados-Membros têm um sistema para a recolha regular dados relativos à mortalidade decorrente de DNT	Todos os Membros têm um sistema para a recolha regular dados relativos à mortalidade decorrente de DNT

ANEXO 2: O Plano de Acção Mundial para as DNT 2013-2020, em traços gerais

Visão: Um mundo livre do fardo evitável das doenças não transmissíveis					
Finalidade: Reduzir o fardo evitável da morbilidade, mortalidade e incapacidade devido às doenças não transmissíveis mediante uma colaboração e cooperação multissectoriais aos níveis nacional, regional e mundial, para que as populações possam alcançar o padrão mais elevado possível de saúde e de produtividade em qualquer idade, e que essas doenças deixem de ser uma barreira ao bem-estar ou ao desenvolvimento socioeconómico					
Objectivos do Plano de Acção Mundial para as DNT:					
1. Aumentar a prioridade que é atribuída à prevenção e ao controlo das DNT nas agendas mundiais, regionais e nacionais e nos objectivos de desenvolvimento internacionalmente reconhecidos, através do reforço da cooperação e de actividades de promoção da causa ao nível internacional.	2. Reforçar a capacidade, a liderança, a governação, a acção multissectorial e as parcerias ao nível nacional para acelerar a resposta nacional a favor da prevenção e do controlo das DNT.	3. Reduzir os factores de risco modificáveis das DNT e os seus determinantes sociais subjacentes, através da criação de ambientes que promovam a saúde.	4. Reforçar e orientar os sistemas de saúde para incidirem na prevenção e no controlo das DNT e dos seus determinantes sociais subjacentes, através dos cuidados primários centrados nas pessoas e na cobertura universal de saúde.	5. Promover e apoiar a capacidade nacional em matéria de investigação e desenvolvimento de alta qualidade para a prevenção e controlo das DNT.	6. Monitorizar as tendências e os determinantes das DNT, e avaliar os progressos na sua prevenção e controlo.
Metas mundiais voluntárias para a prevenção e o controlo das DNT, a alcançar até 2025:					
1) Redução relativa de 25% da mortalidade total das DCV, cancro, diabetes ou DRC					
2) Redução relativa de pelo menos 10% do consumo nocivo de álcool, conforme mais adequado ao contexto nacional					
3) Redução relativa de 10% da insuficiente actividade física prevalente					
4) Redução relativa de 30% do consumo médio de sal/sódio pela população					
5) Redução relativa de 30% da actual prevalência de tabagismo					
6) Redução relativa de 25% da prevalência da hipertensão arterial ou contenção da prevalência da hipertensão arterial, consoante as circunstâncias nacionais					
7) Travar o aumento da diabetes e da obesidade					
8) No mínimo 50% das pessoas elegíveis abrangidas por terapêutica medicamentosa e aconselhamento (incluindo o controlo glicémico) para a prevenção de ataques cardíacos e AVC					
9) Disponibilidade de 80% de tecnologias básicas e medicamentos essenciais, incluindo genéricos, a preços acessíveis, necessários para tratar as principais doenças não transmissíveis, tanto nas unidades de saúde públicas como privadas					

ANEXO 3: Intervenções de base factual a implementar ao nível dos cuidados de saúde primários em meios de poucos recursos com vista a reduzir a morbilidade e a mortalidade associada às principais DNT

Prevenção primária dos ataques cardíacos e AVC:

- a) Cessação tabágica, actividade física regular durante 30 minutos por dia, redução do sal na alimentação para <5g por dia e ingestão diária de pelo menos 400g de fruta e legumes
- b) Aspirina, estatinas e fármaco contra a hipertensão para pessoas com risco cardiovascular >30% há 10 anos
- c) Fármacos anti-hipertensores para pessoas com uma pressão arterial $\geq 160/100$
- d) Fármacos anti-hipertensores para pessoas com uma pressão arterial persistente $\geq 140/90$, com um risco cardiovascular > 20% há 10 anos e que não conseguem reduzir a pressão arterial através de medidas que alterem o seu estilo de vida

Enfarte agudo do miocárdio:

- Aspirina

Prevenção secundária (após enfarte do miocárdio):

- a) Cessação tabágica
- b) Aspirina, inibidor da enzima conversora da angiotensina, betabloqueador e estatina

Prevenção secundária (após AVC):

- a) Cessação tabágica, alimentação saudável e actividade física regular
- b) Aspirina, fármaco anti-hipertensor (dose baixa de tiazida, inibidor da enzima conversora da angiotensina) e estatina

Prevenção secundária (cardiopatía reumática):

- Administração regular de antibióticos para prevenir a faringite estreptocócica e a febre reumática aguda recorrente

Diabetes Tipo 1

- Injecções diárias de insulina

Diabetes Tipo 2

- a) Agentes hipoglicemiantes orais para a diabetes tipo 2 caso as metas glicémicas não sejam cumpridas com a mudança de alimentação, manutenção de um peso corporal saudável e actividade física regular
- b) Metformina para iniciar o tratamento em doentes com ou sem excesso de peso
- c) Outros tipos de agentes anti-hiperglicémicos, para além da metformina, caso não sejam cumpridas as metas glicémicas
- d) Redução do risco cardiovascular para as pessoas com diabetes e um risco cardiovascular > 20% há 10 anos, com aspirina, inibidor da enzima conversora da angiotensina e estatinas

Prevenção de complicações do pé diabético através de exames e monitorização:

- Inspeção e examinação visual regulares (3-6 meses) dos pés dos doentes pelos funcionários formados para detectar factores de risco de ulceração (afecção da sensibilidade, palpação do pulso do pé, inspeção de quaisquer deformações nos pés e inspeção do calçado) e encaminhamento sempre que seja necessário

Prevenção do início e retardamento da progressão da doença renal crónica:

- a) Controlo glicémico optimizado em pessoas com diabetes tipo 1 ou tipo 2
- b) Inibidor da enzima conversora da angiotensina para a albuminúria persistente

Prevenção do início e retardamento da progressão da retinopatia diabética:

- c) Encaminhamento para rastreio e avaliação para tratamento a laser da retinopatia diabética
- d) Controlo glicémico optimizado e controlo da pressão arterial

Prevenção do início e progressão da neuropatia:

- Controlo glicémico optimizado

Asma brônquica:

- a) Alívio dos sintomas: agonistas B2 de curta duração orais ou inalados
- b) Esteróides inalados para a asma moderada/grave, de modo a melhorar a função dos pulmões, reduzir a mortalidade da asma e a frequência e gravidade das exacerbações

Prevenção da exacerbação da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e do avanço da doença

- Cessação tabágica nos doentes com DPOC

Alívio da falta de ar e melhoria da tolerância ao exercício físico

- Broncodilatadores de curta duração

Melhoria da função pulmonar

- a) Corticosteróides quando se prevê um VEF1 <50%
- b) Broncodilatadores de longa duração para doentes que permanecem sintomáticos apesar do tratamento com broncodilatadores de curta duração

Cancro:

- Identificar os casos que apresentem características de cancro e encaminhar para confirmação do diagnóstico