REPÚBLICA DE CABO VERDE

PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SANITARIO 2012-2016

SAÚDE: UM COMPROMISSO DO ESTADO, RESPONSABILIDADE DE TODOS

Volume II

[VERSÃO FINAL 01]

PRAIA, DEZ.2012

Índice

FICHA TÉCNICA ..... **IV**
PREFÁCIO ..... **V**
SIGLAS E ABREVIATURAS ..... **VI**
RESUMO ..... **VII**
INTRODUÇÃO **1**
I. PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE **3**
I.1 SUBPROGRAMA 1: PREVENÇÃO E LUTA CONTRA AS DOENÇAS PRIORITÁRIAS 6
1. ***Componente 1: Prevenção e controlo das Infecções sexualmente transmissíveis [IST] incluindo a Infecção pelo VIH/SIDA*** ***12***
2. ***Componente 2: Reforço da luta contra a Tuberculose*** ***19***
3. ***Componente 3: Reforço da luta para a erradicação da Poliomielite*** ***24***
4. ***Componente 4: Luta integrada contra as doenças transmitidas por vectores e problemas de saúde associados ao meio ambiente*** ***29***
5. ***Componente 5: Luta para a manutenção da eliminação da Lepra*** ***35***
6. ***Componente 6: Segurança de Doação de Sangue, Tecidos e Órgãos*** ***39***
7. ***Componente7: Prevenção e Tratamento das Doenças Cardiovasculares [DCV]*** ***43***
8. ***Componente 8: Prevenção e Tratamento da Insuficiência Renal Crónica [IRC]*** ***49***
9. ***Componente 9: Prevenção e Tratamento da Diabetes Mellitus*** ***54***
10. ***Componente 10: Promoção da Nutrição, Prevenção e Tratamento dos Distúrbios Nutricionais*** ***59***
11. ***Componente 11: Prevenção, Diagnóstico Precoce e Tratamento dos tumores malignos*** ***65***
12. ***Componente 12: Prevenção e Tratamento das doenças Ortopédicas e dos Traumatismos*** ***70***
13. ***Componente 13: Saúde Mental*** ***77***
14. ***Componente 14: Luta contra os efeitos nefastos resultantes do consumo abusivo do álcool*** ***83***
15. ***Componente 15: Luta contra o Tabagismo*** ***89***
16. ***Componente 16: Prevenção e Tratamento das Doenças Alérgicas*** ***94***
17. ***Componente 17: Saúde Ocular*** ***99***
18. ***Componente 18: Saúde Oral*** ***105***
I..2 SUBPROGRAMA: ATENÇÃO DE SAÚDE PARA GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO .....- 110 -
19. ***Componente 1: Prestação de cuidados de saúde para a proteção e o desenvolvimento da criança*** ..... ***- 114 -***
20. ***Componente 2: Prestação de cuidados específicos à saúde dos adolescentes e jovens*** .. ***- 120 -***
21. ***Componente 3: Prestação de cuidados específicos à saúde das mulheres e dos homens*** ***- 125 -***
22. ***Componente 4: Prestação de cuidados específicos à saúde dos idosos*** ..... ***- 131 -***
I.3 SUBPROGRAMA: OPERACIONALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CADA UM DOS NÍVEIS DA PIRÂMIDE SANITÁRIA 136
23. ***Componente 1: Prestação da atenção primária, de base municipal*** ..... ***- 140 -***
24. ***Componente 2: Operacionalização da atenção secundária na Região Sanitária*** ..... ***- 144 -***
25. ***Componente 3: Operacionalização da atenção terciária a nível nacional*** ..... ***- 149 -***
26. ***Componente 4: Desenvolvimento da Rede de Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento*** ..... ***- 155 -***

II PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE 160
COMPONENTE 1: DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ENQUADRADAS NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO NACIONAL, REGIONAL E LOCAL. 162
COMPONENTE 2: PROMOÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR 166
III PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE 169
COMPONENTE 1: DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE FORMAÇÃO DE BASE, ESPECIALIZADA E DE APERFEIÇOAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE 171
COMPONENTE 2: PROMOÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO EQUITATIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DE MODO A GARANTIR EQUIPAS-TIPO, MÍNIMAS E FUNCIONAIS E O EQUILÍBRIO ENTRE OS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO 176
COMPONENTE 3: REFORÇO DAS COMPETÊNCIAS DA GESTÃO E DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE 181
IV PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA REDE DE INFRAESTRUTURAS SANITÁRIAS 184
COMPONENTE 1:CONSOLIDAÇÃO E ADEQUAÇÃO DA REDE DE INFRA-ESTRUTURAS SANITÁRIAS 186
COMPONENTE 2 : CRIAÇÃO DE UM SERVIÇO DE MANUTENÇÃO PREVENTIVA E DE REPARAÇÃO PARA GARANTIR A CONTINUIDADE DAS INSTALAÇÕES E O FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS 191
V PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SECTOR DE SAÚDE 194
COMPONENTE 1: MELHORIA DA CAPACIDADE DE ARRECADAÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES E DA MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS PARA O SECTOR DA SAÚDE 196
COMPONENTE 2: MELHORIA DA CAPACIDADE DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA E CONTABILÍSTICA DO SNS 199
COMPONENTE 3: CONTRIBUIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE UMA POLÍTICA DE COBERTURA UNIVERSAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE. 202
V PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SECTOR FARMACÊUTICO E DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE ...- 206 -
COMPONENTE 1: GARANTIA DA ACESSIBILIDADE AOS MEDICAMENTOS E PRODUTOS FARMACÊUTICOS À POPULAÇÃO ..... - 208 -
COMPONENTE 2: DESENVOLVIMENTO DA FUNÇÃO DE REGULAMENTAÇÃO E REGULAÇÃO DA ATIVIDADE FARMACÊUTICA ..... - 213 -
27. ***Componente 3: Padronização e adequação do parque de equipamentos sanitários a cada tipo de estabelecimento e em função do nível respectivo de atenção 222***
VII PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA E DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE 225
COMPONENTE 1: SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE 228
COMPONENTE 2: DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE 232
VIII DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE 237
COMPONENTE 1: MELHORIA DO QUADRO ORGANIZACIONAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 239
COMPONENTE 2: ADEQUAÇÃO DO QUADRO LEGAL E DESENVOLVIMENTO DA FUNÇÃO REGULADORA E DE CONTROLO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE 244
COMPONENTE 3: PARCERIAS E COMPLEMENTARIDADE PÚBLICO-PRIVADO NA SAÚDE 249
COMPONENTE 4: CRIAÇÃO DO INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (INSP) 253
COMPONENTE 5: ADMINISTRAÇÃO, COORDENAÇÃO E SEGUIMENTO DO PNDS 2012-2016 256

FICHA TÉCNICA

Ministra Adjunta e da Saúde

Drª a Maria Cristina Fontes Lima

Equipa Técnica

* Dr Tomas A. De Só Valdez: **Coordenação Geral**

Médico Assistente, Mestre em Saúde Pública /Planeamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde;

* Drª Alina Mendes, Gestão de empresas;
* Dr Paulo Soares, Gestão e Administração de empresas;
* Drª Yolanda Lopes Estrela, Economista, Mestre em Saúde Pública, Equipa OMS/país;

Custeio e Orçamentação do PNDS

- Drª Sandra Martins, Socióloga, Equipa UNICEF/UNFPA país;
- Drª Ester Gonçalves, Farmacêutica;
- Drª Alina Mendes, Gestão de empresas;
- Dr Paulo Soares, Gestão e Administração de empresas;
- Dr Nataniel Lopes Barros, Economista, INE;
- Dr Andres ZIDA, Consultor OMS/OneHealth.

Revisão para transversalização da abordagem do Género, da Juventude e da Deficência

- Drª Elaine Bortolanza, Consultora em abordagem sobre Sexualidade, Género e Direitos Humanos/Brasil;
- Dr. Alexandre Mapurunga, Consultor em abordagem sobre direiros das pessoas com Deficiência/Brasil;

Rewriter

Dra Alice Dupret Ribeiro, Médica de Saúde Pública.

Prefácio

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADECO ……..	Associação para a Defesa do Consumidor
ADVIC ……	Associação dos Deficientes Visuais de Cabo Verde
AIDI ……	Atenção Integral às Doenças da Infância
AISM …….	Atenção Integral à Saúde da Mulher
CCCD ……..	Comissão de Coordenação de Combate à Droga
CNDS …….	Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
CPS …….	Cuidados Primários de Saúde
DGAE ……..	Direção Geral de Actividades Económicas
DGASP ……	Direcção Geral de Agricultura, Silvicultura e Pecuária
DGC …….	Direcção Geral do Comércio
DGFM…..…….	Direcção Geral de Farmácia e Medicamento
DGRHA ……...	Direcção Geral Recursos Humanos e Administração
DNS …….	Direcção Nacional de Saúde
DOTS [*] ……	Tratamento da Tuberculose sob Observação Directa
GARD …….	Global Alliance for Respiratory Disease
GEPC ……	Gabinete de Estudos Planeamento e Coope ração
IANPHI …….	International Association of Public Health Institute
IDNT …….	Inquérito sobre Factores de risco para as Doenças não transmissíveis
ICCA …….	Instituto Cabo-verdiano para Crianças e Adolescentes
ICIEG ……	Instituto Cabo-verdiano para a Igualdade e Equidade do Género
IGAE …….	Inspecção Geral de Actividades Económicas
INE ……..	Instituto Nacional de Estatísticas
INIDA …….	Instituto Nacional de Investigação Desenvolvimento Agrário
INSP ……	Instituto Nacional de Saúde Pública
IPO ……	Instituto Português de Oncologia
IST ……...	Infecções Sexualmente Transmissíveis
INPS …….	Instituto Nacional de Previdência Social
LNME …….	Lista Nacional de Medicamentos Essenciais
OGE …….	Orçamento Geral do Estado
OMC ……	Ordem dos Médicos Cabo-verdianos
OOAS ……	Organização Oeste Africana da Saúde

[*] – Directly Observed Treatment, Short Course

Resumo

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário [PNDS] 2012-2016 integra-se no esforço da contribuição do sector da saúde para o desenvolvimento harmonioso e equitativo de Cabo Verde e apresenta-se como um documento estratégico-operacional para materializar as prioridades fixadas no Programa do Governo para a VIII Legislatura para o sector, assim como as orientações estratégicas fixadas na Política Nacional de Saúde [PNS] para o horizonte 2020. Constitui ainda uma importante contribuição do sector da saúde para o DECRP III 2012-2016. Pretende-se também, com ele, dar continuidade à implementação das intervenções e projectos do PNDS 2008-2011.

Ele é composto por duas partes complementares, os volumes I e II. Ainda constitui parte integrante do PNDS, como anexo, o Relatório de Custeio elaborado com base no instrumento OneHealth promovido pela OMS que descreve os custos estimados para todos os programas deste PNDS.

O primeiro volume é mais conceptual, estratégico para enquadrar o PNDS no contexto do país, nas necessidades de saúde da população, nos problemas do SNS e na interligação com os factores determinantes do estado saúde, por um lado e, por outro para realçar as orientações políticas e estratégicas – a visão, os objectivos e as estratégias globais – que guiarão a sua implementação nesse período de 5 anos.

O volume II do PNDS 2012-2016 é de carácter mais táctico-operacional e apresenta os detalhes da planificação de cada programa, estruturando-os em componentes e estas em intervenções, para uma maior cobertura das necessidades em serviços de saúde.

Cada capítulo apresenta um programa detalhado. As componentes correspondem, normalmente a um agrupamento de problemas afins que tratados em conjunto permitem resolvê-los de forma eficaz. Elas são descritas para realçar a situação actual, estabelecer as estratégias operacionais, fixar as metas a atingir, definir as intervenções necessárias para alcançar os resultados e designar os responsáveis no sistema por essa realização. Mecanismos específicos à componente são visualizados para basear o seguimento e a avaliação da implementação. São, ainda, realçados alguns factores que podem influenciar favorável ou desfavoravelmente a sustentabilidade da componente de forma a utilizá-los para facilitar ou evitar o comprometimento da execução do PNDS. Por fim apresenta-se um quadro de execução com os detalhes de planificação financeira, do cronograma e dos responsáveis pela execução das actividades.

O esquema adoptado para estruturação do segundo volume baseia-se fundamentalmente na decomposição de cada componente em metas e intervenções para alcançar os resultados fixados, em função das estratégias operacionais específicas definidas. Uma série de indicadores foram identificados para o seguimento e avaliação da realização de cada componente, seguindo o seguinte esquema:

. Situação actual;

. Estratégias operacionais;

. Metas;

. Intervenções;

. Resultados esperados;

. Organismos e Instituições responsáveis pela execução;

. Indicadores de avaliação;

. Mecanismos de seguimento e avaliação;

. Sustentabilidade;

. Condicionantes ambientais;
. Quadro de execução (custos, fontes de financiamento, cronograma, responsável por cada actividade)

Introdução

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário/PNDS 2012-2016 é um instrumento essencial para a implementação da Política Nacional de Saúde transformando esta em acções e intervenções concretas a serem executadas em períodos sucessivos durante a sua vigência. Pretende-se que se constitua num instrumento integrador, para estabelecer uma inter-relação entre as necessidades, as intervenções e os recursos disponíveis ou mobilizáveis, multiplicando as oportunidades e racionalizando os recursos, na procura dum desenvolvimento harmonioso dos diversos componentes dos serviços de saúde, incluindo o sector privado.

O PNDS surge, assim, no processo de reforma do sector saúde de Cabo Verde como um instrumento de programação, execução e seguimento, para a materialização dos grandes objectivos preconizados, nomeadamente através da:

- Promoção de maior equidade nas oportunidades e nas prestações descentralizadas de cuidados de saúde, pelo reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde, pela garantia às pessoas com deficiência da mesma gama, qualidade e padrão de serviços de saúde, incluindo serviços de saúde sexual e reprodutiva e programas de saúde pública dirigidos à população em geral;
- Garantia da qualidade técnica crescente dos cuidados;
- Melhoria do acesso aos serviços, da humanização no atendimento e da satisfação do utente;
- Melhoria do desempenho do serviço nacional e da gestão dos recursos de saúde, com reforço da descentralização em direcção às delegacias de saúde e às regiões sanitárias e maior diferenciação do nível central de prestação e de gestão.

A obtenção desses objectivos exige acções concertadas e encadeadas, onde é indispensável o concurso dos vários sectores do Estado Cabo-verdiano, dos parceiros e da população para a concretização das iniciativas essenciais. Pretende-se que o PNDS venha a desempenhar um papel de charneira, servindo, por um lado, para a coordenação das actividades de terreno, de prestação de cuidados e, por outro, para promoção do desenvolvimento harmonioso dos recursos e serviços, nomeadamente o aperfeiçoamento do financiamento de saúde, através da mobilização e afectação acrescida de recursos financeiros – variando as opções e fontes financeiras internas e externas –; pela eliminação de desperdícios e pela melhoria da eficiência distributiva na aplicação dos recursos financeiros.

O PNDS terá que, necessariamente, incluir a materialização de políticas sectoriais - de recursos humanos, enquanto elemento essencial para o desenvolvimento do sector saúde; do medicamento, prestação complementar essencial e do sistema de informação sanitária que contenha os instrumentos e os mecanismos necessários ao seguimento e avaliação do desempenho do sistema e do próprio PNDS. É assim que ele comporta duas partes:

A primeira parte do PNDS –conceptual, reunida no **VOLUME I** – contêm o enquadramento, os fundamentos políticos e estratégicos - a definição da visão, dos objectivos, das estratégias gerais do PNDS - e a identificação dos programas pilares,para dar uma visão dos objectivos e estratégias que conformam cada um, bem como os custos previstos, os fundos mobilizados, fontes de financiamento e o remanescente a mobilizar. Este volume dá particular destaque aos órgãos e mecanismos de execução, seguimento e avaliação, garantes da efectiva materialização das actividades para a execução do PNDS. Este volume contém ainda um balanço sintético da implementação do PNDS 2008-2011.

A segunda parte, apresentada no **VOLUME II**, trata dos aspectos da operacionalização do PNDS. Apresenta um esforço de planificação detalhada com a decomposição de cada um dos seus oito programas em componentes, metas e intervenções e, para estas, a estimativa dos custos, a identifi-

cação das fontes de financiamento,os montantes não mobilizados e a previsão do cronograma e dos níveis de responsabilidade para a sua realização.

Um órgão de gestão, de coordenação e de avaliação será colocado a um nível estratégico elevado do Ministério da Saúde para, em estreita colaboração com os parceiros do desenvolvimento sanitário de Cabo Verde, monitorizar a execução do PNDS.

Será assinado um Pacto Nacional no âmbito da Iniciativa IHP+ como uma plataforma de coordenação de parcerias a favor da saúde privilegiando a colaboração intersectorial e a participação da sociedade civil na avaliação conjunta e prestação mútua de contas, no decurso da implementação do PNDS.

I. PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

O Programa de Prestação de cuidados de saúde compreende os três subprogramas e respectivos componentes a seguir listados:

I. 1 Prevenção e luta contra as doenças prioritárias

18 Componentes:

1. Prevenção e controlo das Infecções sexualmente transmissíveis [IST] incluindo a Infecção pelo VIH/SIDA
2. Reforço da luta contra a Tuberculose
3. Reforço da luta para a erradicação da Poliomielite
4. Luta integrada contra as doenças transmitidas por vectores e problemas de saúde associados ao meio ambiente
5. Luta para a manutenção da eliminação da Lepra em Cabo Verde
6. Segurança de Doação de Sangue, Tecidos e Órgãos
7. Prevenção e Tratamento das Doenças Cardiovasculares [DCV]
8. Prevenção e Tratamento da Insuficiência Renal Crónica [IRC]
9. Prevenção e Tratamento da Diabetes mellitus
10. Promoção da Nutrição, Prevenção e Tratamento dos Distúrbios Nutricionais
11. Prevenção, Diagnóstico precoce e Tratamento dos tumores malignos
12. Prevenção e Tratamento das Doenças Ortopédicas e dos Traumatismos
13. Saúde Mental
14. Luta contra os efeitos nefastos resultantes do consumo abusivo do álcool
15. Luta contra o Tabagismo
16. Prevenção e Tratamento das Doenças Alérgicas
17. Saúde Ocular
18. Saúde Oral

I.2 Atenção específica a grupos etários da população

4. Componentes:

1. Prestação de Cuidados de Saúde para a proteção e o desenvolvimento da criança
2. Prestação de cuidados específicos à saúde dos adolescentes e jovens
3. Prestação de cuidados específicos à saúde das mulheres e dos homens
4. Prestação de cuidados específicos à saúde dos idosos

I.3 Operacionalização da prestação de cuidados em cada um dos níveis da pirâmide sanitária

4.Componentes:

1. Prestação da atenção primária, de base municipal
2. Operacionalização da atenção secundária na Região Sanitária
3. Operacionalização da atenção terciária a nível nacional
4. Desenvolvimento da rede de serviços complementares de diagnóstico e tratamento

Programa de Prestação de Cuidados de Saúde
Custos e fontes de financiamento por sub-programas

Subprogramas	Custos (mil ECV) por ano										Global		
	2012		2013		2014		2015		2016		Custo	Anunciado	A mobilizar
	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado			
Prevenção e Luta contra as doenças prioritárias	1.204.168	2.280.644	1.391.890	2.426.916	1.590.258	2.490.125	1.733.706	2.588.990	1.816.695	2.687.551	7.736.716	12.474.228	
Atenção específica a grupos etários da população	80.871	N/O	82.009	N/O	88.066	N/O	369.994	N/O	621.415	N/O	1.241.357	N/O	
Operacionalização da prestação de cuidados em cada um dos níveis da pirâmide sanitária													
Total	**1.285.039**	**2.280.644**	**1.473.899**	**2.426.916**	**1.678.324**	**2.490.125**	**2.102.700**	**2.588.990**	**2.438.110**	**2.687.551**	**8.978.073**	**12.474.228**	

N/O – Não Orçamentado

I.1 Subprograma 1: Prevenção e Luta contra as doenças prioritárias

Cabo Verde entrou numa fase de transição epidemiológica em que as doenças não transmissíveis tendem a superar, em frequência e gravidade, as doenças infecto-contagiosas, representando novos desafios para o SNS em termos de necessidade de cuidados de saúde.
Este subprograma justifica-se pela necessidade de reunir numa abordagem concertada, as actividades de luta dirigidas às situações consideradas prioritárias, seja pelo impacto sobre a saúde dos cabo-verdianos, seja por exigirem medidas específicas, seja ainda porque há condições reunidas para as controlar ou mesmo eliminar algumas delas.

De entre estas doenças destacam-se **as transmissíveis**, sobretudo as que são objecto de intervenção de programas nacionais mas cujas actividades devem ser melhor integradas no funcionamento geral das estruturas de saúde.

A **infecção pelo VIH/**SIDA considerada "*uma epidemia do tipo concentrado mas de fraca prevalência*", estimada em 0,8% (1) e as demais infecções sexualmente transmissíveis, com uma incidência tendencialmente elevada, constituem problemas de Saúde Pública no país, que exigem dos Serviços de Saúde intervenções especificas tendo em atenção as especificidades de cada sexo e grupo etário.

A **tuberculose**, com uma taxa de incidência de 68,7 por cem mil habitantes em 2010, requer nomeadamente o reforço da descentralização das intervenções para as estruturas de saúde e o envolvimento das comunidades nas actividades de luta a serem desenvolvidas.

A **poliomielite**, apesar do último surto ter sido registado no ano 2000, merece acções particulares para que o país possa participar no esforço de erradicação mundial dessa doença infecciosa que pode causar paralisia e morte das crianças afectadas..

O **sarampo**, cuja última epidemia ocorreu em 1997, necessita ver reforçadas as medidas para o controlo acelerado da doença tendo em vista a sua eliminação e que consistem essencialmente na vigilância activa, na realização de campanhas de vacinação de 4 em 4 anos e numa cobertura vacinal de rotina superior a 90%.

O **tétano neo-natal** considera-se eliminado em Cabo Verde (menos de 1 caso por mil nascimentos em cada distrito) mas a vigilância terá que ser mantida assim como uma boa cobertura das grávidas com a vacina antitetânica

O **paludismo**, embora de baixa endemicidade, deverá ser objecto medidas rigorosas de prevenção e controlo, tendo em conta as possibilidades de recrudescência resultantes do fluxo migratório entre Cabo Verde e áreas hiper endémicas da Sub-região da África ocidental, e dos projectos de construção de barragens no país. Como previsto na PNS deve envidar-se os esforços necessários para eliminar ou mesmo erradicar o paludismo em Cabo Verde.

A epidemia de **dengue** ocorrida em finais de 2009 (21 137 casos e 4 óbitos) e prontamente combatida com intervenções intersectoriais constitui uma ameaça real à saúde publica considerando a existência do mosquito vector, os problemas relacionados com o saneamento do meio, a inserção do pais numa região com registos da doença e a grande mobilidade populacional para e de regiões consideradas endémicas.

6

(1) – Ver IDSR II. Praia Outubro 2006

Para a **lepra** já foi alcançada a situação de eliminação pelo que devem ser reforçadas as medidas que consolidem a conjugação das acções de prevenção, tratamento e integração social das pessoas doentes.

Outras doenças transmissíveis com **potencial epidémico** (cólera, febre amarela, disenteria bacteriana, meningites, sindroma respiratória aguda severa, gripe pandémica) e outras esquecidas como helmintíases intestinais; schistosomíases; amibíases; filaríase linfática ou elefantíase precisam ser objecto de intervenções planificadas de prevenção e resposta específicas, para se diminuir o risco de eventuais surtos.

As **doenças não transmissíveis**, em progressão rápida, tendem a atingir um peso significativo sobre saúde dos cabo-verdianos e a exigir soluções programadas do SNS, nomeadamente de internamento, e de cuidados especializados e de cuidados continuados. Para numerosas destas situações que dão lugar a problemas de saúde pública, os factores de risco são idênticos: o tabagismo, a obesidade, os maus hábitos alimentares, o consumo excessivo do álcool; a falta de exercício físico e a poluição, os quais devem merecer particular atenção e beneficiar de intervenções de promoção da saúde e de prevenção adequadas.

A **diabetes mellitus** é, actualmente um dos maiores problemas de saúde no país, que pode resultar em deficiência/incapacidade ou morte do paciente constituindo actualmente a primeira causa de amputação não traumática em Cabo Verde. A intervenção fundamenta-se na prevenção incluindo mudança do estilo de vida e organização das comunidades, no diagnóstico precoce e no tratamento regular dos doentes para evitar complicações.

As **doenças cardiovasculares** [DCV], compreendendo a hipertensão arterial, cardiopatias reumatismais e isquémicas e os acidentes vasculares cerebrais, estão actualmente entre as principais causas de morte no nosso país, o que obriga a que se tenha uma especial atenção à sua efectiva prevenção, detecção precoce, tratamento e reabilitação.

A **insuficiência renal crónica** [IRC] apresenta uma prevalência que tende a aumentar em Cabo Verde, constituindo a terceira causa de evacuação médica. Por isso, o PNDS deverá prever um conjunto de medidas que permitam prevenir e tratar as causas e factores desencadeantes, mas também, disponibilizar o tratamento da fase final que consiste na hemodiálise ou transplante renal.

As **doenças da nutrição**, por carência e por excesso, constituem uma preocupação de saúde pública, em Cabo Verde devido, designadamente, à vulnerabilidade e dependência alimentar do exterior por um lado, e à persistência de maus hábitos alimentares e estilos de vida.

Os **tumores malignos** particularmente os do tubo digestivo e do foro genital (mama, colo do útero e próstata) são a segunda causa de óbito em Cabo Verde, estando igualmente, entre as principais causas de evacuação para o exterior, pelo que o PNDS deverá prever medidas que tornem efectivas as actividades de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento, começando para as situações mencionadas, mais habituais.

Os **traumatismos**, particularmente os devidos aos acidentes de viação e de trabalho, representam uma séria preocupação pelo seu número elevado, ocupando o terceiro lugar entre as causas gerais de óbito e como causa de invalidez. Os acidentes domésticos, frequentes em crianças merecem também intervenções direccionadas.Para além de participar na implementação das medidas de prevenção dos traumatismos, o SNS terá que equacionar as respostas de tratamento e reabilitação.

Os **distúrbios mentais e do comportamento** que constituem um problema que atinge já uma parte importante da população, representam um desafio à capacidade de prestação de cuidados integrados de saúde em todos os níveis da pirâmide sanitária e de resposta à demanda. O fenómeno do suicídio é preocupante e merece uma abordagem multissectorial e especializada assim como os

distúrbios do comportamento relacionados com o consumo abusivo do álcool e de outras substâncias psico-activas (drogas).

O **alcoolismo**, para além de doença em si, constitui um factor de risco para várias doenças crónicas e representa um drama para a sociedade cabo-verdiana pelas consequências de mortes e incapacidades por acidentes de trânsito, agressões, violência doméstica, absentismo ou incapacidade para o trabalho, entre outros. Além de participar na implementação das medidas de prevenção do alcoolismo, o SNS terá que equacionar as respostas de tratamento e reabilitação das pessoas afectadas.

O **tabagismo** constitui outro factor de risco importante para muitas doenças crónicas com destaque para as doenças cardiovasculares, pulmonares e tumores. No entanto, é actualmente a primeira causa evitável de óbitos no mundo. Porque a contribuição maior será na prevenção do consumo do tabaco, sobretudo entre os jovens, dever-se-á reforçar a capacidade de resposta nessa área.

A incidência das **doenças alérgicas** tende a aumentar bem como a sua importância enquanto causa de morbilidade e dos custos sociais da doença. O PNDS deverá prever recursos e intervenções para garantir a prevenção, diagnóstico e terapêutica dessas situações.

No que se refere à **saúde ocular** os dados de prevalência de pessoas com deficiência visual e de pessoas em risco no país, justificam a adopção de medidas para uma intervenção planificada em termos de prevenção e tratamento precoce bem como as medidads que visam a ampliação de oferta e acompenahmento e reabilitação dessas pessoas nas estruturas de saúde.

A saúde oral[2], revela-se como um problema importante de saúde pública quer porque a cáries dentária é disseminada, sobretudo entre as crianças em idade escolar, quer pela elevada "*prevalência das periodontopatias, afectando quase todos os grupos etários e camadas sociais*" sem contar, obviamente, com manifestações orais de doenças sistémicas e traumatismos maxilo-faciais

Objectivo geral

1. Reduzir o peso relativo de cada uma das doenças prioritárias no quadro nosológico de Cabo Verde, com consequente redução da morbilidade, quantidade e gravidade das sequelas e mortalidade gerais e específicas.

Objectivos específicos

O SNS terá que dedicar, durante a vigência do PNDS, uma atenção especifica a cada uma das situações que mais contribuem para o quadro epidemiológico de Cabo Verde para, nomeadamente:

1. Aumentar as medidas de prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis [IST], incluindo a infecção pelo VIH/SIDA ;
2. Melhorar as intervenções de prevenção e controlo da Tuberculose;
3. Prevenir a poliomielite e participar na sua erradicação mundial;
4. Reforçar as medidas de prevenção da dengue e do controlo do Paludismo visando a sua eliminação;
5. Reforçar as medidas de controlo da Lepra, visando a manutenção do seu estado de eliminação;
6. Garantir as condições de segurança das transfusões de sangue no país;
7. Reorganizar as medidas de prevenção e a abordagem terapêutica das doenças cardiovasculares, compreendendo a hipertensão arterial, as cardiopatias reumatismais e isquémicas e os acidentes vasculares cerebrais;

8

[2] -Programa Nacional de Saúde Oral (Plano Estratégico). Carla Duarte. Praia Outubro de 1998

8. Prevenir e tratar a insuficiência renal crónica;
9. Organizar a abordagem preventiva e de tratamento da diabetes mellitus;
10. Promover a nutrição e a prevenção dos distúrbios nutricionais e o seu tratamento;
11. Organizar a prevenção o diagnostico precoce e o tratamento dos tumores malignos, nomeadamente digestivos e do foro genital [da mama, do colo do útero e da próstata];
12. Criar as condições para tratar as doenças ortopédicas e os traumatismos e participar no reforço das medidas de prevenção;
13. Reforçar e integrar as medidas de prevenção e tratamento dos distúrbios mentais e do comportamento nos vários escalões da pirâmide sanitária;
14. Participar na luta contra o uso abusivo do álcool e o alcoolismo;
15. Participar na luta contra o tabagismo;
16. Prevenir e tratar as doenças alérgicas;
17. Organizar a abordagem preventiva de diagnóstico precoce e de tratamento da cegueira curável e da baixa visão, bem como a oferta de serviços de reabilitação;
18. Organizar a abordagem preventiva, de diagnóstico precoce e de tratamento dos problemas de saúde oral;
19. Organizar o encaminhamento dos utentes com sequelas, a serviços e programas de reabilitação;
20. Garantir que as acções de prevenção eluta contra as doenças prioritárias alcancem aspessoas com deficiência e repsectivas famílias.

Estratégias

As estratégias para se alcançar os objectivos fixados de prevenção e tratamento das doenças prioritárias fundamentam-se no percurso previsível de um paciente para a resolução do seu problema de saúde e na capacidade de resolução do SNS, e visam, designadamente:

1. Integração das actividades primárias referentes a cada situação nos planos de acção das Delegacias de Saúde, e criação progressiva de condições locais, para o pleno cumprimento das funções acometidas a cada tipo de estrutura;
2. Organização e prestação da atenção secundária preventiva e terapêutica específica a cada situação nas estruturas regionais [HR e outras];
3. Desenvolvimento de respostas terciárias mais complexas, no País (baseadas nos Hospitais Centrais e pólos de referência) ou no exterior (evacuações médicas);
4. Criação de maiores capacidades para a comunicação de proximidade pelos pares educadores e reforço das campanhas de sensibilização e promoção de hábitos de vida saudáveis dirigidas especificamente aos diferentes grupos etários e a mudanças das condições ambientais.

Factores favorecedores:

1. Vontade política nos níveis pertinentes de decisão, e consequente atribuição de recursos;
2. Nível de desenvolvimento alcançado pelos serviços de saúde com melhores condições de trabalho para garantir a qualidade e a eficácia na prestação de cuidados;
3. Existência de normas e procedimentos já estabelecidos e disponíveis nos estabelecimentos de saúde;
4. Disponibilidade de quadros capacitados e motivados para um melhor desempenho das respectivas funções;
5. Existência de mecanismos de supervisão;

6. Existência de programas de Saúde Pública para as doenças prioritárias

Factores de risco

1. Ainda insuficiente número do pessoal de saúde e pouca diferenciação para responder a todos os desafios;
2. Ausência ainda dum pacote completo de normas, regras e procedimentos para regulamentar o desempenho dos serviços de saúde;
3. Condições naturais, climáticas e ambientais e hábitos culturais que favorecem o aparecimento ou a manutenção de doenças;
4. Fracos recursos financeiros atribuídos ou passíveis de serem atribuídos ao sector para aquisição dos recursos necessários;
5. Pouco rigor na aplicação das medidas de sanção;
6. Fraca regularidade e abrangência da supervisão técnica.

QuadroLógico de execução do Subprograma Prevenção e luta contra as doenças prioritárias, por componente
Custos, fontes de financiamento e cronograma

Componentes/Ano	2102	2013	2014	2015	2016	Total
Reforço da luta para a erradicação da Poliomielite	5 052 235	5 858 191	6 367 465	3 832 349	7 994 241	29 104 481
Programa integrado de luta contra as doenças transmitidas por vectores e problemas de saúde associados ao meio ambiente	136 979 697	140 824 470	73 621 300	70 150 399	77 587 831	499 163 698
Reforço da luta contra a Tuberculose	23,144,908	22,290,597	23,472,239	22,575,830	23,129,393	114,612,967
Prevenção e controlo das IST incluindo VIH/Sida	53 956 169	64 150 809	67 809 832	62 598 478	64 393 416	312 908 704
Promoção da nutrição e prevenção e tratamento das Doenças da Nutrição	66 401 118	70 877 611	107 004 367	127 367 030	117 504 291	489 154 417
Luta para a manutenção da eliminação da Lepra em Cabo Verde	791 128	3 792 106	1 593 100	2 294 109	1 595 850	10 066 293
Segurança de Doação de Sangue, Tecidos e Órgãos	10 463 435	34 860 750	34 780 853	29 734 477	21 852 509	131 692 024
Prevenção e Tratamento das Doenças Cardiovasculares [DCV]	561 990 459	649 464 209	746 196 499	816 063 873	838 119 350	3 611 834 391
Prevenção e Tratamento da Insuficiência Renal Crónica [IRC]	5 929 956	28 164 191	45 974 692	44 004 381	43 408 235	167 481 456
Prevenção e Tratamento da Diabetes mellitus	29 626 269	48 551 070	57 810 407	58 656 150	66 575 595	261 219 491
Prevenção, Diagnóstico precoce e Tratamento dos tumores malignos	244 348 123	300 360 915	328 423 488	355 664 229	356 548 282	1 585 345 036
Prevenção e Tratamento dos Traumatismos	12 000 000	12 850 000	14 612 500	15 470 000	13 350 000	68 282 500
Saúde Mental	0	16 721 000	14 602 000	4 665 000	2 140 000	38 128 000
Luta contra os efeitos nefastos do consumo excessivo do álcool e do alcoolismo	7 822 000	17 145 000	10 535 000	5 145 000	8 325 000	48 972 000
Luta contra o tabagismo	9 850 000	15 345 000	10 265 000	4 975 000	8 225 000	48 660 000
Prevenção e tratamento das doenças alérgicas	116 780 635	129 087 825	137 990 137	150 014 982	158 554 475	692 428 054
Saúde ocular	10 809 859	15 237 830	14 033 621	12 396 456	20 803 710	73 281 476
Saúde oral	39 461 030	55 811 997	63 543 527	68 609 143	73 347 747	300 773 444

Componente 1: Prevenção e controlo das Infecções sexualmente transmissíveis [IST] incluindo a Infecção pelo VIH/SIDA

Situação actual

O segundo Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II), realizado em Outubro de 2005, indicou uma prevalência da infecção VIH de 0.8% na população geral, considerada baixa, com variação a nível dos sexos afectando mais os homens do que as mulheres, 1.1% e 0.4%, respectivamente, apesar dos dados de notificação revelarem o contrário.

A análise dos dados epidemiológicos existentes no país indica que a epidemia do VIH, em Cabo Verde, além de ser de baixa prevalência, seria do tipo concentrado com taxas de seroprevalência nas Profissionais de Sexo da ordem dos 5,3% [3] e de 1,7% no seio dos usuários de drogras (UD) das prisões e dos centros de tratamento conforme estudo da CCCD em 2007. Este estudo revelou, ainda, que, no seio desta população (UD), somente 4% eram usuários de drogas injectáveis (UDI) e que a seroprevalência do VIH, nestes últimos, se eleva para cerca de 14%.

Os grupos etários mais afectados pela infecção VIH são os dos 25 – 29 anos, com cerca de 2% e dos 45 – 49 anos, com cerca de 2.5%. Os jovens dos 15 – 24 anos apresentam uma seroprevalência de cerca de 0.3%.

Eliminado: ¶

O VIH está presente em todas as ilhas e concelhos do país, destacando-se a ilha de Santiago e o concelho da Praia como as regiões mais afectadas pela epidemia, situando-se as respectivas taxas de seroprevalência em 1.2% e 1.7%. Possíveis factores negativos relacionados com o turismo podem constituir elementos de vulnerabilidade face ao VIH, que devem ser levados em devida conta.

Segundo o IDSR II, o meio urbano apresenta uma taxa de seroprevalência superior ao meio rural, respectivamente 0.9% e 0.6%. As taxas estimadas de prevalência em homens e mulheres, no meio urbano, situavam-se em 1.4 e 0.7%, contra 0.4% e 0.4% respectivamente no meio rural.

Quanto ao tipo de vírus, desde sempre, circulam, no país, os dois tipos, embora a infecção pelo VIH1 tenha vindo a ser cada vez mais importante, como mostram os relatórios anuais do Ministério da Saúde (66,7% VIH1, 23% VIH2 e 5% VIH1+VIH2 em 2009).

Relativamente à transmissão mãe filho, os dados apontam para uma taxa de 18% (Relatório Estatístico MS 2010). Esta situação pode ser relacionada com a cobertura das políticas de prevenção da transmissão vertical implementadas no país.

Em 2011, o país adoptou o III Plano Estratégico Multissectorial de luta contra a SIDA 2011-2015, cabendo ao Ministério da Saúde a responsabilidade do diagnóstico, tratamento anti-retroviral [TARV], prevenção da transmissão vertical, segurança transfusional e vigilância epidemiológica.

Entre 2002 e 2011 foram notificados 2800 novos de casos de infecção por VIH dos quais 373 em 2011 sendo 226 casos em mulheres e 147 casos nos homens (Relatório Estatístico do MS 2011). Ate 31 de Março de 2012, o total de pessoas que vive com VIH (PVVIH), em Cabo Verde, sob controlo do programa de luta contra a SIDA/PLS é de 1758, dos quais 93,3% são adultos e 6,7% são crianças. Nesse total, 42,3% (743 pessoas) já estavam em TARV dos quais 54,3% mulheres.

Relativamente às IST, elas constituem um importante problema de saúde da população caboverdiana. Em 2011 o Serviço de Vigilância Epidemiológica notificou 1283 casos de IST/100.000 habitantes.

12

[3] Cartografia e Estudo Socio-comportamental e de Seroprevalência do VIH/SIDA nas Profissionais de Sexo, 2011

Entre outros aspectos da luta contra as IST e o VIH/SIDA, fazem parte:

- A prevenção através de campanhas de sensibilização da população e de grupos específicos;
- O apoio psicossocial aos infectados e seus familiares, com destaque para os órfãos;
- A luta contra a estigmatização e a discriminação;
- As parcerias a nível internacional, e com sectores governamentais relacionados com a saúde e com organismos da sociedade civil a nível interno;
- Aplicação da Lei Nº. 19/VII/2007 que regula os aspectos ligados à prevenção, tratamento e controlo do VIH;
- A oferta de testes às grávidas que fizeram a primeira consulta pré-natal numa estrutura de saúde;
- A investigação epidemiológica como via de melhorar o conhecimento sobre a dinâmica da epidemia de VIH em Cabo Verde;
- A descentralização do atendimento, seguimento e controlo das PVVIH nos municípios.

Deve prever-se, no quadro da implementação do PNDS, os meios necessários para alargar as possibilidades de atendimento das pessoas com IST/VIH/SIDA, melhorar o conhecimento epidemiológico destas doenças, expandir a oferta de despistagem e de tratamento ARV para a prevenção da transmissão vertical e sensibilizar toda a população sobre esta matéria. Neste processo, deve-se ter em consideração os aspectos relacionados com a vulnerabilidade de grupos e segmentos da população no que se refere ao acesso à informação e a serviços bem como os aspectos sociais e culturais que interferem no modo como as pessoas lidam com o VIH/SIDA e ainda ter em conta os direitos e as necessidades das pessoas com deficiência nas acções nacionais para combater a disseminação das IST e do VIH/SIDA.

Objectivos

1. Aumentar o conhecimento da população sobre a prevenção das IST e VIH, com vista à mudança de comportamentos e à redução dos riscos de infecção;
2. Reduzir a morbilidade e a mortalidade das PVVIH/SIDA assegurando o acesso ao melhor tratamento disponível e a cuidados continuados.

Estratégias operacionais

1. Elaboração e implementação do Plano Operacional do PLS pelas Delegacias de Saúde integrando as vertentes do PNSR nomeadamente Saúde Sexual, Violência Baseada no Género e Prevenção da Transmissão Vertical;
2. Descentralização das actividades de atenção a PVVIH/SIDA nas Delegacias de Saúde;
3. Reforço da comunicação para a mudança de comportamentos [CMC];
4. Integração das actividades de prevenção e controlo das IST incluindo o VIH/SIDA nos planos de actividade das estruturas de saúde dos diferentes níveis, em adequação com o nível técnico;
5. Disponibilização nas estruturas de saúde de testes para detecção precoce das infecções articulando com as estratégias de comunicação;
6. Garantia do acesso integrado de todas as pessoas que vivem em limitações da actividade ou restrições de participação, como um resultado da sua infecção pelo VIH, à intervenção precoce

e encaminhamento aos tratamentos, aos cuidados médicos e de reabilitação e aos serviços de suporte (psicológicos, sociais, outros) de acordo com os procedimentos estabelecidos;

7. Dinamização de novos protocolos de investigação para estudo da epidemia de VIH/SIDA em Cabo Verde;
8. Desenvolvimento de acções para combater a agressão sexual e ou abuso de pessoas com deficiência e população vulnerável.

Metas

1. Aumentar o nível de conhecimento da população geral sobre a transmissão das IST/VIH de 77,2% (APIS,2009)[4] em 2009 para 90% em 2015;
2. Assegurar um diagnóstico e um tratamento correctos de pelo menos 90% dos casos de IST na população em geral e nos grupos de risco, em particular, até 2016;
3. Reduzir até 2016, para menos de 1%, transmissão vertical do VIH;
4. Reduzir até 2016, para menos de 0,5%, a taxa de prevalência do VIH;
5. Assegurar 100% de despistagem aos contactantes dos novos casos seropositivos diagnosticados a partir de 2014;
6. Aumentar, a partir de 2013, para o dobro da situação actual, a percentagem da população que efectua um teste de despistagem de VIH em todos os níveis de atenção à saúde;
7. Até 2015, assegurar em 100 % a percentagem de grávidas seropositivas seguidas pelos serviços de saúde que completaram o protocolo PTV;
8. Ter um banco de dados institucional criado sobre as IST e VIH/SIDA a partir de 2013;
9. Ter disponíveis produtos de estudos sobre comportamento da epidemia de VIH/Sida em Cabo Verde (morbilidade, mortalidade, impacto do TARV na sobrevivência dos doentes SIDA, e comportamento sexual) a partir de 2013;
10. Ter até 2013 descentralizado o atendimento e seguimento a todas as PVVIH/SIDA em Cabo Verde nos diferentes municípios, incluindo a PTV nos Hospitais Regionais.
11. Zero ruptura do stock de preservativos masculinos e femininos

Intervenções

1. Reforçar e expandir as actividades de IEC das populações sobre as IST e VIH/SIDA, em parceria com as organizações da sociedade civil e outras instituições governamentais e do poder local voltadas para jovens adultos, com ênfase nas questões de género;
2. Alargar a oferta de despistagem da infecção VIH/SIDA em todos os municípios;
3. Reforçar a capacidade de diagnóstico e tratamento das IST e VIH/SIDA em todas as estruturas de saúde, incluindo a descentralização do atendimento da PTV;
4. Actualizar e implementar fluxogramas para o diagnóstico e tratamento correcto das IST;
5. Promover substitutos do leite materno a todas as crianças filhos de mães seropositivas;
6. Manter o acesso ao tratamento ARV a todas as grávidas seropositivas e aos doentes SIDA segundo os critérios técnicos estabelecidos;
7. Incorporar o estudo da carga viral a todas as PVVIH e às crianças filhas de mães seropositivas;

14

[4] APIS -

8. Aumentar o acesso aos cuidados de saúde (medica, diagnóstica, medicamentosa, nutricional e psico-social) às pessoas infectadas e afectadas pelo VIH, incluindo as acções de busca activa dos contactantes;
9. Promover, de forma diferenciada, o acesso e o uso dos preservativos entre os jovens e grupos de maior vulnerabilidade;
10. Criar uma base de dados única para a produção de informações epidemiológicas fiáveis e oportunas sobre o VIH/SIDA, as IST assim como as infecções oportunistas;
11. Reforçar a vigilância epidemiológica de 2ª geração (seroprevalência e comportamentos sexuais) junto dos grupos vulneráveis e da população em geral;
12. Realizar estudos nacionais sobre a dinâmica da epidemia de VIH/SIDA e das IST no país incluindo sobre a população LGBT, profissionais de sexo e pessoas com deficiência;
13. Estabelecer um plano de capacitação continuada aos profissionais de saúde de todas as estruturas e para a sociedade civil;
14. Assegurar e reforçar a segurança transfusional, de modo a prevenir a transmissão do VIH e de outros agentes por via sanguínea;
15. Aumentar a capacidade de diagnostico e de tratamento das infecções oportunistas;
16. Incluir adolescentes e mulheres com deficiência em grupos de treinamento sobre VIH/SIDA para que possam se envolver na prevenção e iniciativas de sensibilização;
17. Formar educadores, comunicadores sociais, pessoal da área clínica e do serviço social, treinadores desportivos sobre matéria de prevenção das IST/VIH/SIDA não descurando as questões de género e da deficiência;
18. Promover o envolvimento das organizações de pessoas com deficiência em todas as fases de esforços de prevenção;

Resultados esperados

1. Os cabo-verdianos cada vez mais bem informados e conscientes dos riscos relativos às IST e VIH/SIDA;
2. Condições criadas para permitir mais facilmente aos cabo-verdianos a possibilidade de se submeterem ao teste de despistagem de infecção pelo VIH;
3. Garantidas as condições para o diagnóstico das IST e VIH/SIDA nos diferentes níveis de atenção à saúde;
4. Todas as grávidas seropositivas e os doentes com SIDA têm garantido o tratamento ARV conforme os critérios técnicos estabelecidos;
5. Existência de equipas multidisciplinares para acompanhamento a todos os seropositivos conhecidos;
6. Preservativos disponíveis e financeiramente acessíveis;
7. Criada uma base de dados única fiável e oportuna sobre as IST, VIH e outras doenças relacionadas;
8. Resultados de estudos apresentados e recomendações sobre a dinâmica da epidemia do VIH/SIDA em Cabo Verde;
9. Condições de oferecer a crianças, adolescentes, mulheres e homens com deficiência o mesmo acesso e beneficio das acções de sensibilização e prevenção relativas às IST e VIH/SIDA

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS, DGFM, CNDS/INSP, Delegacias de Saúde, Hospitais;
2. Parceiros nacionais: Sector da Educação; CCS/SIDA; CCCD; Autarquias locais; Associações comunitárias (Laço Branco); ONG (VERDEFAM, FECAD federação cabo Verdiana das associações pesssoas com deficiência); Direcção Geral da Solidariedade Social; Direcção Geral da Juventude; ICIEG; Confissões religiosas
3. Parceiros internacionais: OMS; Fundo Global, UNFPA, UNICEF, Handicap internacioanal outros

Indicadores de avaliação

1. Nível de conhecimento da população geral sobre a transmissão das IST/VIH e a percepção sobre o risco das IST/VIH ;
2. Percentagem de diagnóstico e tratamento correctos dos casos IST, na população em geral e nos grupos de risco em particular;
3. Percentagem de despistagem aos contactantes dos novos casos seropositivos diagnosticados ;
4. Percentagem de homens e mulheres, dos 15-49 anos, com acesso ao ADV e conhecimento do respectivo resultado;
5. Percentagem de grávidas seropositivas seguidas pelos serviços de saúde que completaram o protocolo PTV;
6. Percentagem de doentes com SIDA com tratamento ARV (H/M);
7. Frequência do uso de preservativo por sexo e faixa etária nas relações estáveis e eventuais
8. Idade da 1ª relação sexual (H/M);
9. Taxa de transmissão vertical do VIH;
10. Taxa de prevalência da infecção VIH (sexo,faixa etária, regiões, deficência);
11. Taxa de mortalidade por SIDA (H/M e faixa etária).

Meios de verficação e seguimento

1. Supervisão e avaliação das actividades do PLS uma vez por ano a todas as Delegacias de Saúde e Hospitais:
2. Operacionalidade do banco de dados do PLS (completude dos relatórios das estruturas de saúde, pontualidade, qualidade dos dados);
3. Relatório das investigações programadas e suas recomendações;
4. Realização da avaliação nacional do PLS a cada ano.

Sustentabilidade do Programa

Pontos fortes:

1. Vontade política no combate ao VIH/SIDA;
2. População com informação sobre os riscos das IST e da infecção pelo VIH/SIDA;
3. A existência da medicação ARV gratuita;
4. A existência do Comité de Coordenação multissectorial de luta contra a SIDA e de um Plano Estratégico Multisectorial de Luta contra o VIH/SIDA.

Pontos fracos:

1. Comportamentos de risco nas relações sexuais;
2. Procura deficiente dos contactantes em IST e VIH/SIDA;
3. Homens e mulheres ainda refractários ao teste voluntário de despistagem da infecção pelo VIH/SIDA nomeadamente os mais vulneráveis.

Condicionantes ambientais

1. Estigma à volta da infecção pelo VIH/SIDA;
2. Submissão ainda significativa da mulher relativamente aos maridos/companheiros, apesar de despontar já certo grau de emancipação em algumas classes sociais;
3. Migrações e turismo;
4. Crise económica e financeira internacional;
5. Pobreza e desemprego.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma 2012-2016

Prevenção e Controle IST/VIH/SIDA

Total de custos ECV– OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	47 355 205	49 923 541	54 712 564	56 987 914	60 582 852	269 562 076
Custos do componente	6 600 964	14 227 268	13 097 268	5 610 564	3 810 564	43 346 628
Total de custos	**53 956 169**	**64 150 809**	**67 809 832**	**62 598 478**	**64 393 416**	**312 908 704**

Componente 2: Reforço da luta contra a Tuberculose

Situação actual

A tuberculose (TB) constitui ainda um problema de saúde da população, situação reforçada pelo risco da influência da epidemia do VIH/SIDA [5]. As taxas de incidência continuam relativamente elevadas sendo de 69 por cem mil habitantes em 2010 contra 52 por cem mil em 2006, no entanto ainda aquém da taxa de 150/100 000, teoricamente previsíveis pela OMS [6]. A taxa de mortalidade específica em 2010 foi de 4,3 por cem mil habitantes, contra 4,9 em 2006. Dos casos detectados em 2010, cerca de 70% são homens. A faixa etária mais afectada é a dos 25-34 anos com 25% dos casos novos com baciloscopia positiva, seguida da faixa etária de 15-24 anos com 23%.

Os concelhos com maior número de doentes notificados em 2010 são Praia e S. Vicente com 46% e 17% de casos novos, respectivamente, contra 38% na Praia e 16% em S. Vicente em 2006 . Note-se, também, que o concelho da Praia tem a maior taxa de prevalência do país em 2010 com 116 casos por 100.000 habitantes.

O tratamento directamente observado [DOT] que constitui um pilar da estratégia seguida pelo Programa Nacional, é praticado na maioria das estruturas sanitárias. A taxa de sucesso terapêutico foi de 74% em 2009, contra os 65% em 2005 (esperado 85%).A taxa de abandono foi de 13,4% [7] contra 17,8% em 2005. São apontados como constrangimentos no cumprimento do protocolo de tratamento, o alcoolismo, a pobreza, as dificuldades de acesso e outros factores socio-económicos.

Em 2011, 88% dos doentes com TB fizeram teste para VIH, representando 352 doentes dos quais 12% foram positivos. Contudo, a informação estatística sobre a associação TB/VIH não está consolidada a nível do país não sendo sistemático o rastreio para VIH entre os pacientes com TB.
Não foram ainda criadas as condições para a cultura do bacilo e a vigilância da multirresistência.

A luta contra a TB baseia-se essencialmente no seguinte:

- Prevenção dos casos graves da doença através da vacinação com BCG dos recém-nascidos nas maternidades e em todos os Centros de Saúde;
- A detecção de casos, tratamento supervisionado e acompanhamento dos doentes durante todo o período de tratamento;
- Integração das actividades de diagnóstico, tratamento, e seguimento do doente em todos os níveis da rede sanitária;
- Internamento dos casos complicados;
- Procura activa dos contactantes e dos casos de abandono;
- Diagnóstico e tratamento gratuitos;
- Supervisão regular do desempenho das equipas de seguimento dos doentes de TB.

19

[5] – Aparentemente pouco influenciada pela epidemia do VIH/SIDA; é a quarta "doença definidora" da infecção VIH/SIDA numa proporção de 9,9% de co-infecção em 2005
[6] – Dye C, Scheele P, Pathinia V, Raviglione Mc. "Global Burden of Tuberculosis. Estimate incidence, prevalence and mortality by country, JAMA 1999,282, 7:677-689
[7] - Relatório Estatístico do MS, 2010

Estratégias operacionais

Os grandes eixos estratégicos propostos para o período entre 2012 e 2016 são:

1. Reforço do sistema de saúde para apoiar a expansão e a qualidade da estratégia DOT: i)Melhoria da capacitação dos recursos humanos na gestão do programa; ii) Melhoria da capacidade diagnostica iii) Garantia de um abastecimento regular em vacina BCG, medicamentos antituberculosos de 1ª e 2ª linha e em reagentes e outro material de laboratório; iv) Reforço da vigilância epidemiológica incluindo a vigilância da resistência aos antibacilares e v) Melhor aproveitamento das estruturas de saúde, nomeadamente as USB no tratamento sob observação directa;
2. Reforço da supervisão, monitorização e avaliação dos serviços;
3. Reforço do envolvimento das comunidades e dos profissionais de saúde nos cuidados contra a TB, nomeadamente i) Desenvolvimento de intervenções no domínio da IEC; ii) Mobilização de parcerias nacionais para a luta contra a doença; iii) Capacitação de elementos das comunidades (Pontos focais);
4. Reforço da colaboração intra e intersectoriais.

Metas

1. Até finais de 2012 actualizar o Plano Estratégico Nacional e as orientações do Guia Técnico;
2. Manter a integração das actividades de luta contra a TB/VIH/SIDA em 100% das estruturas das Delegacias de saúde;
3. Manter, na vigência do PNDS 2012-2016, a cobertura anual da vacinação com BCG acima dos 95%, nos recém-nascidos;
4. Até finais de 2016, detectar pelo menos 60% dos casos novos esperados;
5. Todos os centros de saúde, a partir de 2012, implementam a estratégia DOT;
6. Reduzir a taxa de abandono para menos de 10% a partir de 2014;
7. Manter a taxa de mortalidade específica abaixo de 5 por cem mil habitantes;
8. Até finais de 2014, ter a capacidade instalada para realização de cultura de *Mycobacterium tuberculosis*.

Intervenções

1. Acompanhar, juntamente com o Programa de Saúde Reprodutiva/PNSR, a taxa de cobertura vacinal anual para BCG nos recém-nascidos;
2. Fornecer com regularidade, equipamentos, medicamentos e outros consumíveis, a todas as Delegacias de Saúde para o reforço da capacidade de intervenção em diagnóstico e tratamento;
3. Formar/reciclar anualmente as equipas de saúde e membros das comunidades encarregados dos cuidados específicos do controlo da TB;
4. Colaborar com o CNDS/INSP na elaboração dos planos de IEC para sensibilização das comunidades em matéria de prevenção de TB;
5. Melhorar a vigilância epidemiológica da TB/VIH, integrada no SIS;
6. Criar as condições técnicas e financeiras para realização de cultura de *M. tuberculosis* em Cabo Verde;
7. Implementar as actividades conjuntas TB/VIH;
8. Estudar o perfil de sensibilidade do bacilo da TB em Cabo Verde;
9. Realizar uma avaliação anual das actividades de luta contra a TB;

10. Mobilizar parcerias nacionais para o reforço das actividades de controlo da TB nomeadamente para a realização de campanhas para a redução do estigma e acções de promoção de saúde;
11. Reforçar a supervisão.

Resultados esperados

1. Cobertura nacional pelo BCG mantida acima dos 95%;
2. Detecção de pelo menos 60% de todos os casos novos de TB assegurada;
3. Tratamento DOT implementado em todas as estruturas de saúde;
4. Taxa de abandono diminuída para menos de 10%;
5. Taxa de mortalidade específica por TB mantida a menos de 5 por cem mil,;
6. Actividades de luta contra a TB avaliadas anualmente;
7. Supervisão realizada com regularidade;
8. Membros da comunidade formados e envolvidos na luta contra a TB;
9. Equipas de seguimento dos doentes com TB, capacitadas e recicladas regularmente;
10. Perfil de sensibilidade do bacilo da TB conhecido;
11. Capacidade nacional para cultura de *M. tuberculosis* criada.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

Ministério da Saúde: DNS, PNLCT, DGFM, CNDS/INSP, Delegacias de Saúde, Hospitais;

Parceiros nacionais: ONGs; INPS; ARFA; Fundação Cabo-Verdiana de Solidariedade; Programa de luta contra a Pobreza

Parceiros internacionais: OMS/GDF [Global Drug Facility]

Indicadores de avaliação

1. Taxa de cobertura vacinal por BCG;
2. Percentagem de casos correctamente diagnosticados, tratados e seguidos até à cura;
3. Taxa de sucesso terapêutico;
4. Taxa de abandono do tratamento;
5. Taxa de mortalidade específica por TB;
6. Percentagem de estabelecimentos de saúde dotados de equipamentos e medicamentos para o diagnóstico e tratamento da TB, em relação ao previsto;
7. Número de profissionais, por categoria, formados em TB, em relação ao previsto;
8. Número de sessões de IEC e aconselhamento realizadas pelas estruturas de saúde;
9. Número de investigações realizadas e utilizadas para a melhoria da luta contra a TB;
10. Número de parcerias e protocolos assinados com organizações da sociedade civil e sectores do governo

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios dos serviços implicados [PAV; Programas Nacional TUB/Lepra; Delegacias de saúde; DNS];
2. Relatórios de supervisão e avaliação;
3. Relatório Estatístico do MS.

Sustentabilidade: Pontos fortes e Fracos

Pontos fortes:

1. Política Nacional de Saúde e Plano Estratégico Nacional de luta contra a Tuberculose;
2. Experiência acumulada pelos responsáveis do PNLTL a todos os níveis na gestão das diferentes vertentes da luta contra a TB;
3. Existência e gratuitidade de medicamentos e outros consumíveis necessários ao processo.

Pontos fracos:

1. Deficiente cumprimento das orientações técnicas, particularmente DOT;
2. Estigmatização da doença e fraca sensibilização das comunidades no processo de prevenção e controlo da doença;
3. Deficiente atendimento e consecutiva relutância dos doentes em frequentar com regularidade os serviços;
4. Fraco envolvimento de outros sectores na luta contra a TB.

Condicionantes ambientais

1. Pobreza
2. Alcoolismo
3. Iliteracia em saúde;

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma 2012-2016

Reforço da luta contra a Tuberculose

Total de custos (ECV)– OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	5,254,854	5,450,543	5,632,185	5,785,776	5,939,339	28,062,697
Custos do programa	17,890,054	16,840,054	17,840,054	16,790,054	17,190,054	86,550,270
Total de custos	**23,144,908**	**22,290,597**	**23,472,239**	**22,575,830**	**23,129,393**	**114,612,967**

Componente 3: Reforço da luta para a erradicação da Poliomielite

Situação actual

A erradicação da Poliomielite continua a ser uma prioridade de saúde pública no mundo e em Cabo Verde. As duas últimas epidemias da doença no país ocorreram, uma em 1986 com 31 casos de que não se fez o diagnóstico virológico e outra no ano 2000 com 56 casos de PFA, dos quais 15 com diagnóstico laboratorial confirmado. Entre os casos de PFA encontravam-se 23 crianças completamente vacinadas.

No quadro da erradicação da Poliomielite no Mundo, um conjunto de medidas vem sendo implementado em Cabo Verde, destacando-se: a vigilância activa das paralisias flácidas agudas (PFA), o reforço da vacinação de rotina e a realização, quando indicado, de Jornadas Nacionais de Vacinação entre os menores de cinco anos.

Na vigencia do PNDS 2007-2011 de acordo com os indicadores de desempenho, a vigilância activa das PFA tem oscilado de um ano para outro. Em 2010, a taxa de PFA não Pólio foi ligeiramente inferior ao mínimo preconizado para o país que é de 3-4 casos/ano conforme a meta determinada pela OMS de pelo menos 2 casos por cem mil crianças menores de 15 anos. Além disso, a percentagem de amostras de fezes correctamente recolhidas não foi além de 67% contra os 80% recomendados

A cobertura vacinal pela terceira dose de vacina pólio oral (VPO) é boa situando-se acima dos 95% (96,9% segundo dados administrativos em 2010 e 99,6% de acordo com dados do inquérito de avaliação da cobertura vacinal de 2010, realizado em 2011).

Desde 2001 não se notificou mais caso de Poliomielite. No entanto, a persistência de focos de poliovírus selvagem em circulação na sub-região da África ocidental, o saneamento básico ainda precário e a aparente acumulação de susceptíveis tornam o país vulnerável a um surto epidémico.

Tem-se realizado regularmente desde 2001, com excepção de 2003 e 2006, Jornadas Nacionais de Vacinação [JNV] contra a doença, no quadro da iniciativa mundial da sua erradicação, em sincronização com os países da sub-região. É nesse contexto que a PNS recomenda, para eliminar a circulação do vírus selvagem da poliomielite no país e contribuir para a erradicação da doença como preconizado pela OMS:

1. O reforço das medidas de vigilância epidemiológica e da busca activa de casos de paralisia flácida aguda [PFA], no "conjunto de cuidados essenciais" em todos os concelhos;
2. O prosseguimento das campanhas de vacinação complementar contra a doença, dos menores de cinco anos, para elevar o grau de imunização para níveis eficazes de protecção;
3. A criação de um sistema fiável de vigilância do meio ambiente, incluindo os esgotos, com vista à detecção do vírus vacinal e a confirmação da ausência de vírus selvagem em circulação [8].

Estratégias operacionais

1. Reforço da vacinação de rotina para garantir a cobertura vacinal anti-poliomielite [VPO3] acima dos 95%;
2. Reforço da vigilância activa de casos de paralisia flácida aguda, no quadro da vigilância integrada das doenças e resposta (VIDR);

[8] – Como recomendado na reunião de Junho 2004 com a OMS, AMP, ARIVA e CDC a propósito de um projecto de introdução da vacinação antipólio injectável, em Cabo Verde.

3. Sensibilização dos profissionais de saúde, particularmente nos serviços de urgência, nas consultas e enfermarias de pediatria e da ortotraumatologia, para se manter um nível elevado de alerta sobre os riscos de aparecimento de casos de poliomielite.

Metas

1. A partir de 2012 assegurar níveis de cobertura vacinal em geral, e da vacinação anti-poliomielite em particular, iguais ou superiores a 95% da população alvo;
2. Garantir a notificação de pelo menos 2 casos de PFA não pólio por cem mil menores de 15 anos com pelo menos 90% de amostras de fezes adequadas;
3. Realizar até 2014 um estudo sobre a vigilância epidemiológica do meio ambiente com tónica sobre a detecção do vírus da VPO, em colaboração com os parceiros já identificados;
4. Proceder à transição progressiva da vacinação oral para a vacinação injectável (VPI) a partir de 2015.

Intervenções

1. Monitorizar trimestralmente o desempenho do PAV, incluindo a cobertura vacinal;
2. Proceder, se indicado, a Jornadas Nacionais de Vacinação contra a poliomielite;
3. Proceder ao seguimento e à avaliaçãodo do sistema de erradicação da Poliomielite em Cabo Verde;
4. Compilar anualmente a documentação referente aos progressos da erradicação da Poliomielite no país, como pré-requisito da certificação da erradicação;
5. Actualizar anualmente, os pontos focais do Processo de vigilância para a erradicação da poliomielite e informar/sensibilizar com igual periodicidade todos os prestadores de cuidados;
6. Instalar e fazer funcionar, os mecanismos de vigilância epidemiológica do meio ambiente para a detecção do vírus da VPO, em colaboração com os parceiros identificados [9];
7. Criar e reforçar as condições logísticas e mobilizar recursos financeiros para a introdução da VPI;
8. Desenvolver acções de sensibilização comunitária em conjunto com os parceiros com vista a promover o saneamento do meio;
9. Reforçar acções de sensibilização dirigidas à população para o cumprimento do calendário vacinal;
10. Desenvolver acções de advocacia a favor da introdução da Vacina Pólio Injectável.

Resultados esperados

1. Níveis de cobertura vacinal anual, mantidos acima dos 95%;
2. Processo de erradicação da Poliomielite em Cabo Verde, avaliado e corrigido nos seus pontos fracos;
3. Documentação relacionada com o processo de erradicação da poliomielite compilada e classificada;
4. Pontos focais do processo de erradicação, nos diversos concelhos e hospitais, actualizados sobre a importância da vigilância epidemiológica e da busca activa das Paralisias flácidas agudas (PFAs);

[9] – Câmaras Municipais, Electra, Ministério do Ambiente e Agricultura [Gestão dos Recurso Hídricos; D.G. Ambiente]; Gestão dos Condomínios Turísticos; etc.

5. Prestadores de cuidados dos diferentes estabelecimentos de saúde sensibilizados sobre a vigilância activa das PFA e o processo de erradicação da Poliomielite;
6. Mecanismos de vigilância epidemiológica do meio ambiente, incluindo esgotos, instalados e operacionais;
7. Assumida a decisão política de proceder à transição da VPO para a VPI e iniciada, e em consequência, os esclarecimentos à população.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS; PNSR/PAV; S. de Vigilância Epidemiológica; Delegacias de Saúde, CNDS/INSP;
2. Parceiros nacionais: Comissões relacionadas com o processo de Erradicação da poliomielite; Câmaras Municipais; Electra, Ambiente e INGRH;
3. Parceiros internacionais: OMS; GAVI[10]; UNICEF; CDC; Rotary Internacional, outros

Indicadores de avaliação

1. Taxas de cobertura da vacinação de rotina (> 95%) e das JNV (100%);
2. Número de Pontos focais actualizados sobre a importância da sua contribuição no processo da despistagem das PFAs;
3. Número e categoria de prestadores de cuidados sensibilizados sobre a busca activa das PFAs;
4. Taxas de PFA não pólio e de Amostras adequadas de fezes;
5. Proporção/totalidade dos documentos oficiais essenciais do processo de erradicação em Cabo Verde compilados;
6. Decisão do Governo para planificar e implementar a VPI.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios da vacinação de rotina e das JNV;
2. Boletins de notificação das PFAs;
3. Relatórios de actividades sobre Vigilância do Meio Ambiente;
4. Documentação produzida em Cabo Verde sobre o processo de erradicação da poliomielite;
5. Resolução do Governo referente à transição dos métodos de vacinação contra a poliomielite;
6. Documentos IEC preparados para a informação da população sobre a transição VPO/VPI;
7. Relatório de formação e de supervisão.

[10] Aliança Mundial para Vacinas e Imunização

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. A larga experiência acumulada pelo PNSR/PAV sobre a vacinação de rotina e as JNV;
2. A confiança geral nas vacinas;
3. A qualidade da vacina polio oral.

Pontos fracos:

1. Fracas condições do saneamento básico e limitações graves na disposição dos dejectos humanos;
2. Cumprimento de regras de higiene;
3. Excessiva mobilidade/alternância dos Delegados de Saúde com a consecutiva deslocalização de competências e experiência;

Condicionantes ambientais

1. Saneamento básico ainda precário;
2. Vírus selvagem em circulação na sub-região.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma 2012-2016

Reforço da luta para a erradicação da Poliomielite

Total de custos (ECV) - OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	1 713 485	291 071	1 711 385	287 309	1 726 451	5 729 701
Custos do programa	3 338 750	5 567 120	4 656 080	3 545 040	6 267 790	23 374 780
Total de custos	**5 052 235**	**5 858 191**	**6 367 465**	**3 832 349**	**7 994 241**	**29 104 481**

Componente 4: Luta integrada contra as doenças transmitidas por vectores e problemas de saúde associados ao meio ambiente

Situação actual

No contexto das alterações climáticas que se vêm registando, verifica-se um aumento do risco de algumas doenças infecciosas de transmissão vectorial como o Paludismo, a Dengue e a Febre-amarela. Outros problemas associados ao meio ambiente com peso sobre a saúde das populações, como a qualidade e disponibilidade da água, a poluição do solo e do ar, entre outros ainda persistem, exigindo uma abordagem multidisciplinar e multissectorial das acções.

Com a construção de barragens no país, ressurgem novos factores de multiplicação de larvas e da vulnerabilidade permanente para as doenças transmitidas por vectores e outras doenças de origem hídrica pelo que se deve programar as intervenções que se impõem para as prevenir e tratar. Com efeito além da barragem de Poilão em S. Lourenço dos Órgãos que acumulou com as chuvas de 2009 um volume da ordem de 1,7 milhões de metros cúbicos de água, prevê-se a construção de pelo menos 17 barragens a nível nacional no âmbito do programa de desenvolvimento integrado das bacias hidrográficas encontrando-se em construção, na ilha de Santiago, as de Faveta em S. Salvador do Mundo, Salineiro na Ribeira Grande e Saquinho em Santa Catarina[11].

A água para o consumo humano é distribuída através da rede pública, dos chafarizes, autotanques e furos e poços. O consumo *per carpita* de água é baixo, oscilando na rede pública de abastecimento entre os 40 a 60 l/dia e nas áreas servidas por chafarizes/fontenários de 10 a 20l por dia[12]. A capacidade instalada para a produção de água dessalinizada, a nível nacional (Electra, ADP, AEB e outros), ronda os 26 000 metros cúbicos/dia[13].

O censo de 2010 indica que 66% da população tem acesso a um sistema seguro de evacuação de águas residuais. Destes 46,6% estão ligados a fossas sépticas enquanto 19,4% estão ligados a rede de esgotos. O acesso ao saneamento básico está concentrado nas áreas urbanas onde a cobertura é de 77,5%, nas zonas rurais é de 45,1%.

Quanto aos resíduos sólidos, o sistema de recolha dominante em Cabo Verde é o designado de recolha indiferenciada, não existindo uma aposta na recolha selectiva. Em todos os municípios do país, a gestão dos resíduos sólidos é amplamente afectada pela escassez de meios e equipamentos, bem como uma deficiente fiscalização. A deposição destes resíduos, em todos os municípios do país, faz-se em lixeiras a céu aberto. As projecções para 2010 indicam a produção de resíduos sólidos urbanos (RSU) a nível nacional de 113 397 toneladas/ano. Para o mesmo período estima-se uma produção *per capita* de 740 gramas/dia de resíduos sólidos urbanos[14].

As actividades humanas com risco de poluição atmosférica ainda não são preocupantes, apesar do uso em grande escala de combustíveis fosseis. Entre 1995 e 2000 as emissões de CO2 aumentaram 11,7% e as emissões totais de CH4 e N2O aumentaram 8,8% e 12% respectivamente. A média anual da temperatura aumentou de 0,60 ºC desde 1960, com uma média de 0,14ºC por década

Entre as doenças associadas ao meio ambiente persistem ainda as doenças diarreicas, particularmente em menores de 5 anos, cuja incidência se mantém elevada com 2.721,1 casos por 10.000 em 2010, neste grupo enquanto na população de 5 e mais anos, verificou-se uma incidência de

[11] - PANA II, revisão de 2011

[12] - Censo, 2010

[13] - Plano Nacional Saneamento, 2010

[14] - PANA II, revisão de 2011

226,3 casos por 10.000. Também é de salientar a ocorrência de surtos de disenteria/diarreia com sangue (34,2/10.000 em 2010) e de diarreias de etiologia desconhecida. Entretanto, o manejo de casos é bom, seja a nível hospitalar como a nível do conhecimento das praticas de rehidratação a nível comunitário, traduzindo-se numa significativa diminuição da mortalidade específica..

O Paludismo em Cabo Verde é instável, com uma transmissão sazonal, esporádica, de baixa endemicidade, com uma flutuação de morbilidade, com picos cíclicos, dependendo muito das chuvas. Estas têm uma relação directa com o aumento da densidade, longevidade e infectividade do vector. A transmissão é assegurada pelo *Anopheles arabiensis* (*Anopheles gambiae s.l.*),que segundo os últimos estudos, se encontram presentes na maioria das ilhas, com excepção de Santo Antão, S. Vicente, Sal e Brava.

O levantamento cartográfico dos viveiros naturais bem como artificiais, realizado em 2011, indica a existência de 844 grandes viveiros a nível nacional.

A incidência do paludismo tem-se mantido baixa nos últimos anos com 37 casos notificados em 2011 (46 em 2008), verificando-se a mesma tendência em relação aos casos autóctones cujo peso foi de 19% nesse ano (43% em 2008). Por faixa etária e género, em 2010 as pessoas com mais de 20 anos representaram 93,6% e os homens 77,3% dos casos. Em menores de 5 anos tem-se registado em média 1 caso por ano de 2008 a 2011. A maioria dos casos ocorrem nos municípios da Praia, Santa Catarina e Santa Cruz, todos da ilha de Santiago, onde se verifica transmissão local embora esta também aconteça, de forma esporádica, na Boavista desde 2003.

A baixa incidência do Paludismo atende a meta de pré-eliminação assumida pelo país, de até 2015 reduzir a incidência em menos de 1 caso por mil habitantes. Essa meta há muito atingida, precisa ser consolidada com estratégias mais eficazes, que buscam melhorar o desempenho do programa, entre as quais, o reforço do controlo sanitário das fronteiras e a melhoria na abordagem dos casos.

Pela primeira vez Cabo Verde registou uma epidemia de **Dengue** ocorrida no quarto trimestre de 2009 com 21.137 casos, 174 casos de febre hemorrágica (FHD) e quatro óbitos. A epidemia incidiu sobretudo nas ilhas de Sotavento: Santiago, Fogo, Brava e Maio. O município da Praia foi o mais atingido com 14.488 casos correspondente a uma taxa de ataque de 11,4%, seguido pelo município de São Filipe (Fogo) com 3.420 casos correspondendo a uma taxa de ataque de 14,8%. Em 2010, foram ainda registados 382 casos de dengue maioritariamente no 1º trimestre, sem óbitos[15].

O quadro epidemiológico da dengue no país caracterizou-se pela ampla distribuição do mosquito transmissor (*Aedes aegypti)*, e um elevado índice de infestação em todo o território nacional.

O grande desafio da luta contra o Paludismo prende-se com o compromisso assumido pelo Governo de **eliminar o paludismo até 2020** (PNS, 2007). Para atingir esse objectivo, existem etapas indispensáveis como a meta da pré-eliminação do paludismo, de até 2015 reduzir a incidência em menos de 1 caso por mil habitantes. A consolidação dessa etapa passa necessariamente por um conjunto de objectivos fundamentais constantes no Plano estratégico nacional de pré-eliminação do paludismo em Cabo Verde:

- Tratar de acordo com as directrizes nacionais, todos os casos de paludismo confirmados nos focos activos e todos os casos assintomáticos. ;
- Reforçar o controlo vectorial em todo o território nacional de acordo com os estratos epidemiológicos;
- Reforçar o sistema de vigilância, de monitorização e avaliação;

30

[15] - Relatório Estatístico MS, 2009 e 2010

- Reforçar a gestão institucional do PNLP

Estratégias operacionais

A luta contra as doenças transmitidas pelos vectores baseia-se essencialmente nas seguintes estrategias

1. Sensibilização e mobilização da sociedade civil com tónica sobre as empresas de construção, os agricultores e as associações comunitárias;
2. Controlo vectorial: cartografia dos viveiros, luta contra as formas imaturas – anti-larvar e contra os mosquitos adultos;
3. Diagnostico precoce, tratamento e seguimento de todos os casos de paludismo;
4. Monitorização e avaliação das actividades;
5. Pesquisa e Investigação;
6. Vigilância epidemiológica incluindo o controlo sanitário nas fronteiras;
7. Reforço da acção intersectorial.

Metas

1. A partir de 2012, sensibilizar e mobilizar a população em geral, e em particular todos os encarregados de obras, responsáveis de empresas agrícolas e fiscais das Câmaras Municipais no sentido de interiorizarem a sua responsabilidade na prevenção do paludismo;
2. Localizar tratar e monitorar todos os viveiros de mosquitos, a partir de 2012;
3. Promover, a partir de 2012, a inclusão nos manuais escolares, de noções sobre o paludismo com ênfase na prevenção;
4. Generalizar, a partir de 2012, o uso de testes rápidos de diagnóstico em todas as estruturas de saúde, cobrindo os centros de saúde sem laboratório e os postos de saúde;
5. Reduzir anualmente em 50% os casos de paludismo autóctone a partir de 2012;
6. Actualizar o protocolo do tratamento do paludismo, e supervisionar a sua aplicação em todos os Centros de saúde e Hospitais a partir de 2012;
7. A partir de 2013 manter a taxa de letalidade por paludismo abaixo de 2%;
8. Formar/reciclar anualmente os profissionais de saúde sobre a problemática do paludismo, a partir de 2012.

Intervenções

1. Formar e ou recrutar especialistas em Entomologia (especialista já formado e contratado);
2. Promover e realizar acções de sensibilização sobre a prevenção do paludismo, a todos os níveis e em especial nas escolas, empresas agrícolas e de construção, [encarregados e trabalhadores], Câmaras municipais, militares, associações comunitárias em geral;
3. Definir e implementar uma estratégia de comunicação e mobilização sociais para a luta contra o paludismo;
4. Actualizar e implementar em cada Delegacia de Saúde, Planos operacionais de acção contra o paludismo;
5. Actualizar anualmente uma cartografia digitalizada dos viveiros;
6. Realizar a supervisão das actividades de luta anti-vectorial;
7. Reforçar a vigilância através da actualização/produção de guias e instrumentos de vigilância;
8. Generalizar a disponibilização do teste de diagnóstico rápido do paludismo;

9. Rever e implementar o protocolo de diagnóstico, tratamento e seguimento do paludismo;
10. Reforçar a qualidade do diagnóstico laboratorial;
11. Dotar as estruturas de saúde de recursos humanos, materiais e equipamentos para a luta anti-vectorial;
12. Formar os profissionais em matéria de prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos;
13. Realizar inquéritos de prevalência;
14. Realizar o inquérito sobre o comportamento e susceptibilidade aos insecticidas dos vectores do paludismo em Cabo Verde;
15. Realizar o inquérito CAP (Comportamento, Atitudes e Práticas) da população em matéria de Luta Contra o Paludismo;
16. Rever o Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo.

Resultados esperados

1. Sociedade Civil mais bem informada sobre o paludismo e possibilidades da sua prevenção;
2. Planos de acção contra o paludismo formulados e operacionais em todas as Delegacias de saúde;
3. Cartografia dos viveiros de mosquitos realizada a 100% e disponível;
4. Luta anti-larvar realizada regularmente em todos os Concelhos;
5. Protocolo de diagnóstico, tratamento e seguimento de doentes de paludismo revisto e implementado;
6. Qualidade de diagnóstico laboratorial do paludismo melhorado;
7. Melhorada a qualidade e prontidão da notificação do paludismo;
8. Incidência do Paludismo diminuída;
9. Atingir zero óbitos por paludismo até 2013;
10. Casos autóctones de paludismo diminuídos anualmente.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS, DGF, PNLP, CNDS/INSP, Delegacias de Saúde, Hospitais;
2. Parceiros nacionais: Câmaras Municipais, Forças Armadas, Ministérios da Agricultura e Ambiente e das Infraestruturas, Associações comunitárias, SHELL;
3. Parceiros internacionais: Cooperação bilateral e multilateral.

Indicadores de avaliação

1. Nº de associações e de empresas de construção civil e agrícolas, e ainda Câmaras Municipais sensibilizadas sobre o paludismo;
2. Nºde programas de sensibilização sobre o paludismo;
3. Proporção dos viveiros tratados relativamente aos existentes;
4. Proporção de estabelecimentos de saúde dotados de recursos para o diagnóstico e tratamento adequados do paludismo, em relação ao previsto;
5. Número de profissionais, por categoria, formado em relação ao previsto;
6. Taxa de incidência do Paludismo;
7. Taxa de letalidade por paludismo;
8. Número de casos de paludismo autóctone.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de avaliação anual das actividades do PNLP;
2. Relatórios das Delegacias de saúde sobre actividades ligadas à luta contra o paludismo;
3. Boletins de notificação de doenças;
4. Relatório estatístico do Ministério da Saúde;
5. Relatórios de supervisão.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. Vontade política em eliminar o paludismo;
2. Acesso gratuito aos meios de diagnóstico e tratamento do Paludismo;
3. Existência de equipas de Luta Contra o Paludismo nos concelhos mais expostos ao risco de Paludismo;
4. Parcerias já operacionais: Câmaras municipais, Ministério da Educação, SHELL, outros.

Pontos fracos:

1. Vulnerabilidade à importação de estirpes resistentes;
2. Proliferação de viveiros nas construções, nos depósitos de água; nas poças de água;
3. Possibilidade da exportação do vector para ilhas não receptivas (Sal, SV, SA, Br);
4. Insuficiente mobilização da população para a luta anti-vectorial, sobretudo anti-larvar no combate ao paludismo.

Condicionantes ambientais

Condições culturais para a proliferação de criadouros de mosquitos

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Programa integrado de luta contra as doenças transmitidas por vectores e problemas de saúde associados ao meio ambiente

Total de custos (ECV) - OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de Intervenção	36 883 462	36 908 118	36 924 912	36 933 157	36 932 834	184 582 484
Custos do Programa	100 096 235	103 916 352	36 696 388	33 217 242	40 654 997	314 581 214
Total de custos	**136 979 697**	**140 824 470**	**73 621 300**	**70 150 399**	**77 587 831**	**499 163 698**

Componente 5: Luta para a manutenção da eliminação da Lepra

Situação actual

Até à década de 1970 e início dos anos oitenta, a lepra tinha uma prevalência relativamente elevada em Cabo Verde, de 3‰ em1983 [16] designadamente nas ilhas da Brava, Fogo, Santo Antão, Santiago e S. Vicente. Os doentes mais graves do Fogo e Santo Antão eram internados nas gafarias de Praia Ladrão no Fogo e Barbasco, depois Sinagoga, em Santo Antão. O tratamento era, então, à base da monoterapia com Dapsona. Os doentes menos graves eram tratados e seguidos a domicílio por agentes das Delegacias de Saúde.

A grande "viragem" na história da lepra em Cabo Verde dá-se com a assinatura do acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde e a Associação Italiana Amigos de Raoul Follereau em 1978. É criado então o Programa de luta contra a lepra que inicia a sua acção com um inquérito nacional de prevalência, com o registo de casos, estudo dos familiares e dos contactos directos. Desde então, regularmente são feitos rastreios nas zonas de maior prevalência e nas escolas.

Foi instituída a poliquimioterapia a todos os doentes, com resultados excelentes, entre os quais a redução significativa na incidência das mutilações.

Outra importante acção do programa foi a luta contra a estigmatização dos doentes.

Para o sucesso deste projecto contribuiu muito a existência de uma equipa integrada por um especialista permanente até à década de 1980, enfermeiros e agentes sanitários dedicados exclusivamente à luta contra a Lepra, sem esquecer a integração social e económica dos doentes.

Até 1983, verificou-se um aumento progressivo de casos diagnosticados atingindo um máximo de prevalência de 3 por mil habitantes, registando-se desde então um decréscimo até 1 por mil, em 1992.

Progressivamente a Lepra foi sendo controlada e, há mais de 15 anos, passou-se a considerá-la eliminada do ponto de vista de saúde pública no país, mantendo-se contudo o alerta e o respectivo Programa de luta, com actividades descentralizadas, sob a responsabilidade dos Delegados de Saúde. Actualmente, o número total de casos novos não ultrapassa os 10 por ano.

Deve, no quadro da implementação do PNDS, fazer-se os esforços necessários para manter a eliminação da doença como problema de saúde pública, nomeadamente através de mecanismos activos de vigilância.

Estratégias operacionais

1. Reforço dos mecanismos de vigilância e de diagnóstico da lepra;
2. Garantia da terapêutica gratuita para os doentes;
3. Envolvimento da sociedade civil nas actividades de prevenção e controlo.

Metas

1. Garantir 100% da pontualidade e regularidade da notificação, de acordo com as normas;
2. Manter o estado de eliminação da doença (menos de 1 caso por 10.000 habitantes).

35

[16] – Hanseníase: Noções gerais, AIFo – Associação italiana Amigos de Raoul Follereau – S. Filipe. Fogo, 1992;

Intervenções

1. Actualizar/elaborar o protocolo respeitante ao diagnóstico, tratamento e seguimento da Lepra;
2. Sensibilizar as comunidades e as famílias sobre a possibilidade de cura da Lepra com vista ao rastreio regular e tratamento da doença e sobre a não discriminação das pessoas que tiveram a doença;
3. Criar as condições necessárias ao diagnóstico, tratamento e seguimento da Lepra nos estabelecimentos de atenção primária do SNS;
4. Capacitar/reciclar os profissionais de saúde sobre a Lepra;
5. Realizar estudos sobre a Lepra.

Resultados esperados

1. Estado de eliminação da Lepra preservado;
2. Sociedade civil informada e participante nas actividades de vigilância da Lepra e redução da discriminação;
3. Estruturas de atenção primária dotadas de condições para diagnóstico, tratamento e seguimento da doença.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS, DGFM, PNLTL, CNDS/INSP, Delegacias de Saúde, Hospitais;
2. Parceiros nacionais: Câmaras Municipais, Ministério da Educação, e ONGs;
3. Parceiros internacionais: Cooperação italiana, OMS.

Indicadores de avaliação

1. Taxas de incidência e prevalência da Lepra e sua evolução;
2. Documento para orientação da abordagem da lepra elaborado ou actualizado;
3. Número de comunidades e famílias implicadas na vigilância da Lepra;
4. Número de técnicos formados ou actualizados na abordagem da lepra;
5. Medicação para lepra disponibilizada gratuitamente;

Meios de verificação e seguimento

1. Programas de sensibilização da sociedade civil voltados para acompanhamento dos casos e discriminação das pessoas com lepra e ou que tiveram a doença;
2. Protocolos actualizados de diagnóstico e tratamento da Lepra;
3. Relatório estatístico do MS;
4. Boletins de notificação de doenças;
5. Relatórios de supervisão;
6. Relatórios de avaliação das actividades do programa.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. Sucessos registados na luta contra a Lepra;
2. Facilidade de acesso aos estabelecimentos de saúde e tratamento gratuito.

Pontos fracos:

1. Insuficiente contacto, portanto poucos conhecimentos da maioria dos profissionais da saúde com a doença;
2. Excessiva mobilidade/alternância dos Delegados de Saúde com a consecutiva deslocalização de competências e experiência;
3. Falta de supervisão com discussão clínica de casos de lepra;
4. Existência ainda de uma franja da população sensível ao estigma sobre a doença.

Condicionantes ambientais

A pobreza, dificuldades de habitação.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma 2012-2016

Luta para a manutenção da eliminação da Lepra

Total de custos (ECV)– OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	31 128	32 106	33 100	34 109	35 850	166 293
Custos do programa	760 000	3 760 000	1 560 000	2 260 000	1 560 000	9 900 000
Total de custos	**791 128**	**3 792 106**	**1 593 100**	**2 294 109**	**1 595 850**	**10 066 293**

Componente 6: Segurança de Doação de Sangue, Tecidos e Órgãos

Situação actual

Existe uma política de segurança de transfusões do sangue e, nesse quadro, todas as unidades de sangue são testadas para rastreio de uma série de doenças transmissíveis por esta via, nomeadamente para o VIH, as Hepatites B e C e a Sífilis. A percentagem de doadores de sangue voluntários e benévolos ronda actualmente os 80%. Existem serviços de sangue nos Hospitais Centrais e Regionais.

Contudo, a política transfusional carece de protocolos estabelecidos existindo muitos casos de prescrição com erros na definição da urgência ou do produto a ser transfundido. Também não se notificam as possíveis reacções transfusionais nem se realizam sistematicamente todos os testes necessários, como por exemplo, o rastreio da malária e do HTLV I e II[17].

A transfusão de sangue, em Cabo Verde, confronta-se ainda com a falta de doadores voluntários e os riscos inerentes a uma doação não voluntária. Pretende-se aumentar a taxa de doação voluntária egarantir assim a segurança transfusional

Quanto ao transplante de órgãos, nada ainda está institucionalizado ou sequer estruturado, nomeadamente a consciencialização da população relativamente à sua necessidade e importância enquanto opção de tratamento, especialmente no que concerne ao transplante de córneas e de rins, a encarar como exequíveis a médio prazo em Cabo Verde.

Durante a vigência do PNDS dever-se-ão reforçar as medidas de segurança transfusional, alargar a oferta do sangue, componentes e derivados e, criar as condições para se garantir, no país, a doação e o transplante de órgãos e tecidos.

Estratégias operacionais

1. Promoção da doação voluntária e benévola de sangue;
2. Garantia da qualidade e da segurança dos produtos sanguíneos;
3. Promoção do uso racional do sangue e componentes;
4. Implementação de um sistema nacional de hemovigilância;
5. Elaboração de legislação sobre transplante de órgãos e tecidos;
6. Divulgação do Transplante de órgãos e tecidos como opções terapêuticas.

Metas

1. Atingir, até 2015, a taxa de 100% de doação voluntária e benévola de sangue;
2. A partir de 2013 realizar todos os testes necessários, incluindo malária e HTLV, a 100% dos produtos sanguíneos ;
3. Garantir a partir de 2014 pelo menos 75% de prescrições correctas de sangue; Assegurar a certificação de Qualidade dos bancos de sangue dos Hospitais Centrais até 2016;
4. Ter aprovada em 2016 a legislação sobre transplante de órgãos e tecidos.

Intervenções

1. Efectuar e apoiar campanhas de sensibilização da população sobre a importância da doação de sangue;
2. Melhorar as condições de atendimento de doadores de sangue;

[17] Vírus T-linfotrópicos humanos, tipo 1 (HTLV-I) e tipo 2 (HTLV-II),

3. Dotar os hospitais centrais e regionais dos recursos necessários para o funcionamento eficaz e seguro dos bancos de sangue;
4. Planear e desenvolver acções de formação na área de transfusão;
5. Implementar sistema de gestão de qualidade nos Bancos de Sangue;
6. Promover a participação dos Bancos de Sangue em Programas de Controlo Externo de Qualidade;
7. Promover a informatização dos Bancos de Sangue;
8. Elaborar e divulgar o Manual para uso óptimo de sangue;
9. Promover e realizar, regularmente, a auditoria externa nos Bancos de Sangue;
10. Elaborar o projecto e implementar um sistema de hemovigilância a nível nacional;
11. Supervisionar as actividades dos serviços da Rede Nacional de Transfusão;
12. Elaborar e fazer aprovar a legislação sobre transplante de órgãos e tecidos;
13. Sensibilizar a população sobre o transplante de órgãos e tecidos e a sua doação.

Resultados esperados

1. Maior número de doadores benévolos e regulares;
2. Bancos de sangue em hospitais centrais e regionais eficazes e operacionais;
3. Utilização segura, eficaz e eficiente do sangue doado;
4. Sistema de gestão e avaliação dos bancos de sangue operacionais;
5. Legislação sobre transplante de órgãos e tecidos aprovada;
6. Campanhas de sensibilização geral sobre a doação de órgãos e tecidos em marcha.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS, DGPOG, DGFM, Hospitais, Delegacias de Saúde;
2. Parceiros Nacionais: NOSI; Ministério da Educação, Comunicação Social, Ordem dos Médicos; CruzVermelha de Cabo Verde;
3. Parceiros internacionais: OMS, Cruz Vermelha Internacional, Cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Número e percentagem de doadores voluntários e benévolos;
2. Número de doações por dador/ano;
3. Número de Bancos de sangue existentes e operacionais;
4. Número de auditorias realizadas;
5. Número de Bancos de Sangue inscritos em Programa Externo de Controlo de Qualidade;
6. Legislação sobre transplante de órgãos e tecidos aprovada e publicada;
7. Sistema de hemovigilância implementado e operacional;
8. Número de técnicos formados sobre segurança transfusional;
9. Peercentagem de produtos sanguíneos completamente testados;
10. Percentagem de prescrições correctamente feitas.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de actividades dos Bancos de sangue existentes;
2. Relatórios de auditorias realizadas;
3. Resultados de exercícios de Controlo Externo de Qualidade;
4. Documento legal sobre transplante de órgãos e tecidos publicado no BO.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Existência de Especialistas em Hematologia e Hemoterápia;
3. Legislação actualizada relativa à transfusão sanguínea.

Pontos fracos

1. Pobre cultura da doação voluntária;
2. Risco de transmissão de doenças na janela imunológica.

Condicionantes ambientais

1. Pobreza;
2. Proximidade geográfica de áreas endémicas de HTLV I e II.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Garantia das condições de segurança de doação de sangue, tecidos e órgãos

Total de custos (ECV)– OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	6 596 435	6 655 746	6 715 849	6 776 477	6 837 509	33 582 016
Custos do programa	3 867 000	28 205 004	28 065 004	22 958 000	15 015 000	98 110 008
Total de custos	**10 463 435**	**34 860 750**	**34 780 853**	**29 734 477**	**21 852 509**	**131 692 024**

Componente7: Prevenção e Tratamento das Doenças Cardiovasculares [DCV]

Situação actual

Embora não haja dados fiáveis do registo das consultas e internamentos que são geralmente deficientes, tem-se a percepção de que a demanda de consultas por doenças crónicas tem aumentado de forma acelerada. Por outro lado, a análise da evolução das causas dos óbitos nos últimos anos permite afirmar que o país está em plena transição epidemiológica e que as doenças cardiovasculares e os tumores constituem actualmente as principais causas de morte em Cabo Verde, o que obriga a dedicar uma especial atenção à sua efectiva prevenção, detecção, tratamento e reabilitação.

As DCV são a primeira causa de óbitos nos últimos 10 anos, tendo passado de 324 óbitos (67,8 por 100.000) em 2005 para 600 óbitos em 2010 (122 por 100.000)[18]. Em 2010, as DCV representaram 25% de causas de mortalidade geral. De realçar que as mulheres constituíram cerca de 55% desses óbitos. As DCV representam a primeira causa de óbitos na população com idade superior a 50 anos e na faixa etária dos 30 a 39 anos ocupam já um lugar importante entre as principais causas de óbito.

As cardiopatias congénitas são importantes causas de morbi-mortalidade em pediatria e de evacuações para o exterior. As cardiopatias congénitas constituem a primeira causa de evacuações por doenças cardiovasculares, representando 14% de todas as evacuações no ano de 2010. O diagnóstico pré-natal é essencial para a tomada precoce de decisões com impacto no desfecho do quadro.

As cardiopatias isquémicas, embora se desconheça a sua prevalência na população, atendendo o peso dos factores de risco específicos, nomeadamente a diabetes, a obesidade e a hipertensão arterial, representam importantes causas de morbi-mortalidade.

A **Hipertensão Arterial, a Diabetes e as Dislipidêmias**, importantes factores de risco modificáveis das DCV, são deficientemente diagnosticadas, tratadas e seguidas por razões relacionadas com insuficiências dos serviços de saúde por um lado e ligadas ao próprio paciente por outro, nomeadamente por questões económicas, culturais (modos de adoecer e vivência da doença, costumes e mitos) e de compreensão da doença.

No estudo sobre os factores de risco para as doenças não transmissíveis (IDNT, 2007-2008) encontrou-se uma prevalência de 38,7% de hipertensão arterial na população de 25 a 64 anos de idade, com destaque para os homens a partir dos 25 anos e das mulheres acima dos 45 anos. É particularmente preocupante a prevalência nas faixas etárias de 25 a 34 anos com 26,9% e 45 a 54 anos em que, em cada 2 cabo-verdianos 1 é hipertenso. O mesmo estudo indica uma prevalência de 10,5% de níveis de colesterol elevado (> 200 mg/dl) na população, sendo 8,4% nos homens e 12,6% nas mulheres.

O **Tabagismo** é outro factor de risco modificável. Em Cabo Verde a prevalência do tabagismo é de 9,9% (IDNT, 2007). Existe a Lei n.º 119/IV/95 de 13 de Março que define as condições e restrição do uso do tabaco em estabelecimentos e transportes públicos, cujo conhecimento e aplicação é deficiente. Cabo Verde ratificou a Convenção Quadro de Luta contra o Tabaco, estando neste momento em elaboração uma nova lei adaptada às recomendações da mesma.

Em relação à **obesidade/excesso ponderal**, outra causa importante de DCV, existe uma prevalência de 10,5% de obesos (IMC> 30) dos quais 6,5% são homens e 14,6% mulheres. A prevalência de excesso ponderal (IMC> 25) é de 36,9% dos quais 24,8% são homens e 28% mulheres. (IDNT, 2007). O inquérito das despesas e receitas das famílias (IDRF), feito em 2001/02, já mostrava uma elevada prevalência de sobrepeso e de obesidade de, respectivamente, 24% e 7% nos meios urbanos com especial incidência na Praia urbana.

[18] - Relatório Estatístico 2010, MS

O **alcoolismo** é um importante factor de risco, com elevada prevalência, sendo o consumo perigoso de álcool (40-60mg/dia para homens e 20-40mg/dia para mulheres) de 6,35% entre os homens e 2,4% nas mulheres. O consumo nocivo,com valores > 60 mg/dia para homens e> 40mg/dia para as mulheres, é de 2,9% entre os homens e 0,2% nas mulheres. Em Cabo Verde, segundo o IDRF, as famílias reservam proporções iguais do seu orçamento para o consumo de bebidas alcoólicas e para as despesas com a saúde.

A **Febre Reumática**, embora de fácil prevenção, constitui uma importante causa de cardiopatias graves em crianças, adolescentes e adultos jovens com peso apreciável na mortalidade e nas evacuações para o exterior. As valvulopatias reumatismais constituem a segunda causa de evacuações por doenças cardiovasculares.

A criação de melhores condições que sejam custo-efectivas para o diagnóstico precoce, o tratamento e o seguimento das doenças cardiovasculares nos diferentes níveis da pirâmide sanitária, constituiu no período de vigência do PNDS 2008-2011 uma das prioridades do sector. Foram elaborados protocolos de hipertensão arterial e febre reumática e nos Hospitais Centrais está em curso a instalação de unidades de cuidados intensivos. Parte dos Centros de Saúde foram equipados com electrocardiógrafos e, concomitantemente, os profissionais de saúde foram formados.

Para dar resposta a este conjunto de desafios constituem prioridades para a prevenção e tratamento das DCV: o reforço das acções de formação dos profissionais de saúde nos diferentes níveis, a garantia do acesso aos medicamentos, as intervenções para controlo dos factores de risco modificáveis, o reforço de equipamentos de apoio ao diagnostico em toda a rede de prestação de cuidados, a definição de estratégias para o estabelecimento do vinculo entre os pacientes e os profissionais de saúde, particularmente de seus médicos assistentes e o estabelecimento do registo único dos pacientes. Outra prioridade será, durante o PNDS, estabelecer parceria e protocolos com Centros de Referência com vista a aumentar a capacidade de resposta nacional, em matéria de cardiologia de intervenção e, consequentemente, a redução das evacuações para o exterior.

Paralelamente, acções contínuas e integradas de sensibilização a nível dos Centros de Saúde e das comunidades serão desenvolvidas com os parceiros.

Ponderando os custos elevados para a instalação de serviços especializados em geral e o tempo necessário para a formação de especialistas, deve ser reforçada a advocacia, no âmbito da implementação do PNDS, junto dos parceiros da cooperação técnica externa para a mobilização de recursos.

Estratégias operacionais

1. Organização dos cuidados de prevenção, detecção precoce e tratamento das principais doenças cardiovasculares, de acordo com os protocolos e com as necessidades das pessoas em particular as com deficência, nos três níveis da pirâmide sanitária, em adequação com as atribuições funcionais de cada;
2. Intervenção para o controlo dos factores de risco modificáveis, nomeadamente Hipertensão Arterial e dislipidémias, diabetes mellitus, tabagismo, alcoolismo, obesidade incluindo sensibilização, informação e educação;
3. Vinculação dos doentes cardio-vasculares aos Centros de Saúde, para garantir a continuidade e qualidade do seguimento e a fiabilidade da informação sanitária;
4. Incremento do acesso aos cuidados de saúde, incluindo aos medicamentos essenciais;
5. Estabelecimento de parcerias, nomeadamente para a criação de competências na área de cardiologia de intervenção.

6. Encaminhamento à reabilitação e serviços de suporte para pessoas que vivem em limitação de actividades ou restrições em resultado de DCV

Metas

1. Implementar, até finais de 2013, os protocolos de atendimento das DVC por nível de prestação de cuidados;
2. Criar, a partir de 2013, de acordo com os protocolos, as condições técnicas e materiais nas estruturas de atendimento primário e secundário para o diagnóstico e tratamento adequados das DCV;
3. Até 2016, dotar todas as estruturas de técnicos de saúde capacitados por nível de prestação de cuidados;
4. Formar/recrutar, até 2015, 4 cardiologistas;
5. Dotar, até 2016, um cardiologista para cada um dos hospitais regionais;
6. Dotar, até 2013, cada um dos hospitais com 1 técnico de cardiopneumologia e 2 técnicos de fisioterapia [**19**] e um técnico de terapia da fala;
7. Criar unidades de terapia intensiva [UTI] nos hospitais centrais, até finais de 2012;
8. Criar, a partir de 2013, um sistema de informação contínua e actualizada sobre as doenças cardiovasculares.

Intervenções

1. Editar e divulgar o relatório dos resultados do inquérito STEP;
2. Criar e implementar o caderno de doença crónica para DCV;
3. Criar e implementar um sistema de informação contínua e actualizada [banco de dados] sobre as DCV, incluído no Sistema de Vigilância integrada das doenças;
4. Elaborar e implementar os protocolos de diagnóstico, tratamento e seguimento para cada um dos factores de risco modificáveis adequado a cada um dos níveis de atenção à saúde;
5. Garantir a disponibilidade permanente de medicamentos essenciais, para o tratamento dos factores de risco e das principais doenças cardiovasculares;
6. Definir uma lista de medicamentos essenciais para as DCV, a previsão e seguimento da disponibilidade;
7. Disponibilizar, a nível terciário, de acordo com os protocolos, meios para o diagnóstico e tratamento das complicações das DCV;
8. Criar, de acordo com os protocolos, as condições técnicas e materiais nas estruturas de atendimento primário e secundário para o diagnóstico e tratamento adequados das DCV;
9. Formar/Recrutar médicos especialistas em cardiologia e outros técnicos especializados, de nível médio e profissional;
10. Criar equipas multidisciplinares para o atendimento de pacientes DCV: medico, enfermeiro, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, psicólogos e outros;
11. Criar uma UTI em cada um dos Hospitais Centrais;
12. Organizar, em conjunto com o CNDS/INSP, campanhas periódicas para a sensibilização, informação e educação para os factores de risco das DCV vinculados às questões de género e direcionados à população jovem e adulta;

45

[**19**] – Notar que as sequelas das complicações das DCV são, em geral, seguidas em centros privados de fisioterapia, existindo no sector público apenas um estabelecimento na cidade do Mindelo.

13. Implementar um plano de seguimento e supervisão dos protocolos instituídos no país em todas as estruturas de prestação de cuidados, incluindo o sector privado;
14. Reorganizar o atendimento dos DCV a nível da atenção primária;
15. Criar, na cidade da Praia, um Centro público de Referência de Fisioterapia e Reabilitação para pessoas com sequelas de DCV e outras;
16. Dotar as Delegacias de Saúde de fisioterapeutas e condições técnicas de reabilitação;
17. Estabelecer parcerias com os Centros de Referência externos para o desenvolvimento da cardiologia de intervenção;
18. Formar/recrutar 4 cardiologistas, 1 para cada HR e 1 para HAN;
19. Realizar estudos sobre os factores de risco e o nível de conhecimento da população sobre os factores de risco.

Resultados esperados

1. Incidência das DCV conhecida;
2. Capacidade de diagnóstico e tratamento das DCV em cada nível de atenção de saúde melhorada em adequação com as respectivas atribuições funcionais;
3. Garantida a acessibilidade aos medicamentos essenciais para tratamento dos factores de risco e das principais DCV;
4. Diminuição das evacuações internas e para o exterior.

Organismos e instituições responsáveis

1. Ministério da Saúde: DNS/Programa de DNT, DGFM, CNDS/INSP, Hospitais e DS;
2. Parceiros nacionais: NOSI, INE; Sector Educação, ONGs, INPS; Sector Agrícola, Alimentar, Confissões religiosas;
3. Parceiros internacionais: OMS, OOAS, Cooperação bilateral, Hospitais Universitários, Centros de Cardiologia.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de estruturas de saúde que utilizam os protocolos;
2. Número de campanhas de IEC para as DCV que abordam os factores de risco e as vulnerabilidades de homens e mulheres;
3. Especialistas formados envolvidos no controlo das DCV;
4. Existência de um banco de dados de DCV;
5. Taxa de mortalidade por DCV.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios Estatisticos do MS sobre as DCV;
2. Relatórios das visitas de supervisão aos diferentes níveis de atenção à saúde;
3. Relatórios de Inquéritos sobre a percepção dos indivíduos relativamente aos riscos para as DCV;
4. Relatório de avaliação das actividades do programa de DCV.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos Fortes

1. Existência de um programa de luta contra as doenças não transmissíveis;
2. Inquérito STEP 2007 de prevalência dos factores de risco para as doenças não transmissíveis realizado;
3. Vontade política.

Pontos fracos

1. Dificuldades financeiras para criação de serviços especializados das DCV;
2. Recursos humanos insuficientes;
3. Deficiências no seguimento dos doentes crónicos;

Condicionantes ambientais

1. Hábitos alimentares pouco saudáveis;
2. Baixa literacia em saúde.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares

Total de custos (ECV) – OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	561 950 459	645 685 329	725 569 619	810 936 993	832 992 470	3 577 134 871
Custos do programa	40 000	3 778 880	20 626 880	5 126 880	5 126 880	34 699 520
Total de custos	**561 990 459**	**649 464 209**	**746 196 499**	**816 063 873**	**838 119 350**	**3 611 834 391**

Componente 8: Prevenção e Tratamento da Insuficiência Renal Crónica [IRC]

Situação actual

A insuficiência renal crónica [IRC] é uma doença cuja prevalência tem aumentado progressivamente, segundo dados de países desenvolvidos [20], e cujo controlo acarreta custos elevados. As causas da doença são variadas, estando a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e as glomerulonefrites entre as principais [21], podendo-se ainda citar entre as remotas, as infecções correntes da infância.

A sua detecção precoce é difícil pelo facto da doença ser de evolução insidiosa e oligossintomática até a sua fase final, sem esquecer os elevados custos que isso implica, incluindo entre outras, exames bioquímicos e a realização da ecografia renal numa primeira abordagem diagnóstica, que além de dispendiosas, não estão ainda disponíveis nos diversos estabelecimentos de atenção sanitária diferenciada no país

Em Cabo Verde, não são ainda conhecidas as taxas da sua frequência. Entretanto, um levantamento realizado no Hospital Agostinho Neto em 2004-2005, revelou cerca de 40 casos registados em 18 meses [22]. Desde então, tem-se verificado uma incidência de 20 a 30 casos por ano, que são apresentados à Junta de Saúde para evacuação.

Em 2010 foram evacuados para o exterior 26 pacientes de foro nefrológico[23], maioritariamente por IRC que constituiu a quinta causa de evacuação médica nesse ano, encontrando-se actualmente em Portugal 110 pacientes em tratamento de hemodiálise. Deve assinalar-se que, neste caso, a evacuação traduz-se numa mudança definitiva de residência do doente, que se vê afastado da família, do trabalho e do seu meio social e cultural.

O Hospital Baptista de Sousa, em 2010, apresentou 15 pacientes de foro nefrológico à Junta de Saúde, para evacuação para o exterior, número que, em 2011, passou para 19. Neste ano, o Serviço de Nefrologia do Hospital Agostinho Neto apresentou 20 pacientes à Junta de Saúde para evacuação para o exterior. As patologias de base mais frequentes foram Glomerulonefrite crónica (entre 30 a 42%), Diabetes Mellitus (entre 20 a 30%), Hipertensão Arterial (entre 15 a 21%) e, no HAN, ainda Doença renal poliquística do adulto (20%) e Nefropatia por Anemia falciforme (10%). A média de idade variou de 36 anos (HBS) a 49 anos (HAN)

Em Fevereiro de 2010 foi instalada uma unidade de hemodiálise, nos dois Hospitais Centrais, para o tratamento de pacientes com insuficiência renal aguda e para a estabilização dos pacientes com IRC aguardando evacuação para o exterior. Em 2011 foram realizadas 301 sessões de hemodiálise convencional, no HAN, para 37 pessoas com insuficiência renal aguda e crónica[24]. No HBS em 2010 foram dialisados 10 pacientes na Unidade de Hemodiálise, sendo a maior parte doentes com insuficiência renal crónica que aguardavam evacuação. Em 2011 foram dialisados também 10 pacientes

Assim, pretende-se que o PNDS 2012-2016 possa contribuir no reforço das capacidades do SNS para a detecção precoce dos factores desencadeantes da IRC, para o diagnóstico e o tratamento adequado da doença, para a criação de condições técnicas e humanas com vista a reduzir a sua

49

[20] – Prevalence of chronic kidney disease. In: Renal Data System. USRDS 2005

[21] - Outras causas são as doenças ou nefropatias de refluxo, o uso abusivo de medicamentos nefrotóxicos (ex. analgésicos), as doenças interstici ais renais, as nefropatias obstrutivas, as doenças quísticas renais, as malformações congénitas, algumas doenças sistémicas (a SI DA, o lúpus, a hepatite B e C, etc.) entre outras.

[22]– Tavares, HME. Perfil do paciente com insuficiência renal crónica atendido no hospital Dr. Agostinho Neto, apresentado nas XVI Jornadas Médi cas do HAN, 2005

[23] - Relatório Estatístico MS, 2010

[24] - Relatório Estatístico do Serviço de Diálise do HAN, 2011

incidência e retardar a sua progressão irreversível e a reduzir as evacuações sanitárias devidas à Insuficiência Renal Crónica.

Estratégias operacionais

1. Sensibilização dos profissionais de saúde e das comunidades sobre a prevenção e o diagnóstico precoce das IRC em articulação com os componentes relacionados (doenças não transmissíveis);
2. Integração nos planos de acção das estruturas de saúde, de acordo com os conteúdos dos níveis de atenção, os protocolos de diagnóstico e tratamento dos factores desencadeantes das IRC;
3. Integração nas reuniões técnicas (de programação e outras) por cluster;
4. Melhoria da capacidade diagnóstica nacional, técnica e laboratorial, para responder às necessidades de detecção e tratamento precoce da doença;
5. Desenvolvimento das terapias substitutivas renais: diálise e transplante, a médio/longo prazos;
6. Institucionalização de um Programa de Nefrologia.

Metas

1. Conhecer até 2015 os dados epidemiológicos para caracterizar a situação da IRC no país;
2. Criar, até finais de 2013, condições humanas, técnicas e materiais para o diagnóstico precoce e seguimento de doença renal crónica, nos vários níveis de atenção sanitária;
3. Ter aprovado, em 2013, a legislação sobre transplante renal, como alternativa para o tratamento das IRC (relacionar com a componente sobre doação de tecidos e órgãos);
4. Criar até finais de 2013, o Centro de Diálise no HAN;
5. Formar/recrutar até 2016, 2 médicos nefrologistas (1HAN, 1HBS);
6. Institucionalizar até fim de 2013 uma coordenação para a componente IRC.

Intervenções

1. Nomear um coordenador para a componente IRC;
2. Criar um instrumento de registo para notificar ao Serviço Nacional de Saúde através dos SIS, todos os casos novos de Insuficiência Renal Crónica atendidos no país;
3. Elaborar e implementar protocolos de diagnóstico, tratamento, referência e contra referência das IRC para os diversos níveis do SNS;
4. Realizar acções de formação dirigidas aos profissionais de saúde nos diferentes níveis sobre a prevenção, diagnostico e tratamento das IRC;
5. Elaborar e aprovar o diploma legal relativo à doação de órgãos e tecidos junto com o diploma em relação à Transfusão de Sangue e Hemoderivados (articular com o programa específico);
6. Formar 3 Internistas em Cuidados Nefrológicos de Diálise, 6 Enfermeiros, 3 Cirurgiões em construção de fístulas arteriovenosas, 2 nutricionistas e 3 Técnicos de Manutenção para o Centro de Diálise na Praia e para a Unidade de Hemodialise de São Vicente;
7. Terminar a construção, equipar e informatizar o Centro de Diálise da Praia (CDP);
8. Propor a inclusão nos parâmetros dos laboratórios dos Hospitais de referência, de testes específicos para a IRC (paratormonio, alumínio e beta 2 microglobulina, gasimetria);
9. Garantir, em colaboração com a DGFM, a disponibilização dos medicamentos específicos para tratamento da doença;

10. Promover em colaboração com o CNDS/INSP e outros parceiros acções integradas de sensibilização e de prevenção sobre as IRC e os seus factores desencadeantes;
11. Realizar supervisões formativas e de avaliação;
12. Mobilizar recursos para a formação/recrutamento de 2 médicos nefrologistas;
13. Criar condições técnicas (equipamentos e formações) para o atendimento de cálculos renais e do tracto urinário nos HC;
14. Reforçar a direcção responsável pela execução do componente em recursos humanos, técnicos e financeiros;
15. Participar nas reuniões dos clusters técnicos relacionados com a IRC.

Resultados esperados

1. Epidemiologia da doença conhecida;
2. Protocolos de diagnóstico e tratamento elaborados e implementados nos diferentes níveis para os diferentes estadios da IRC;
3. Detecção e tratamento precoce de casos novos de doença;
4. Um sistema de referência e contra-referência para o tratamento de casos leves (estadio I e II) nos Centros de Saúde, e de casos mais avançados (estadio III a V) em centros de atenção secundária e terciária;
5. Legislação sobre doação de órgãos e tecidos aprovada;
6. Técnicos habilitados no tratamento específico da doença renal avançada formados;
7. Centro de Diálise da Praia em funcionamento;
8. Diminuição de evacuações para o exterior;
9. Coordenação técnica da componente nomeada e reforçada;
10. Bases criadas para a institucionalização de um Programa de Nefrologia.

Organismos e instituições responsáveis

1. Ministério da Saúde: DNS, ComponenteIRC, DGFM, DGPOG, Hospitais, Delegacias de Saúde, CNDS;
2. Parceiros nacionais: Ordem dos Médicos, INPS,ONGs, NOSI, etc.
3. Parceiros internacionais: International Society of Nephrology; OMS, Portugal;

Indicadores de avaliação

1. Número de casos novos segundo idade e sexo;
2. Percentagem de estruturas que utilizam protocolos de diagnóstico e tratamento das IRC de acordo com os níveis de atenção à saúde;
3. Existência de legislação sobre doação de órgãos e tecidos;
4. Número de técnicos especializados no tratamento dialítico;
5. Disponibilidade do Centro de Diálise da Praia;
6. Percentagem de unidades de tratamento sem roturas de stock dos medicamentos específicos;
7. Percentagem de doentes IRC evacuados.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de visitas de supervisão aos diferentes níveis de atenção de saúde;
2. Relatório de execução das actividades do componente IRC;
3. Relatório de actividades do programa de luta contra as doenças não transmissíveis;
4. Relatório de actividades do centro de Diálise da Praia e das unidades de tratamento;
5. Relatórios Estatísticos do Ministério de Saúde.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos Fortes

1. Existência de profissionais sensibilizados sobre a problemática da IRC;
2. Vontade política;
3. Funcionamento das unidades de hemodiálise.

Pontos fracos

1. Dificuldades financeiras para criação de serviços especializados das IRC;
2. Recursos humanos insuficientes;
3. Ausência de instrumentos de notificação específica;
4. Deficiências no funcionamento do mecanismo de referência e contra-referência.

Condicionantes ambientais

1. Dificuldades económicas do país;
2. Problemática da água e da energia eléctrica em Cabo Verde.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Prevenção e Tratamento da Insuficência Renal Crónica

Total de custos (ECV)– OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	3 824 482	20 837 896	38 937 161	39 288 670	39 642 524	142 530 734
Custos do programa	2 105 474	7 326 295	7 037 531	4 715 711	3 765 711	24 950 722
Total de custos	**5 929 956**	**28 164 191**	**45 974 692**	**44 004 381**	**43 408 235**	**167 481 456**

Componente 9: Prevenção e Tratamento da Diabetes Mellitus

Situação actual

A diabetes mellitus, constitui um dos maiores problemas de saúde em Cabo Verde, com elevado custo social e financeiro às famílias e ao país. É a principal causa de amputação não traumática de membros inferiores, a terceira causa de cegueira adquirida, uma das principais causas de insuficiência renal crónica, um dos factores de risco maior para as doenças cardiovasculares e motivo importante de internamentos por descompensação aguda.

Não raramente o diagnóstico é tardio, sendo às vezes feito por ocasião das complicações, agudas ou crónicas, graves ou não. No Hospital Agostinho Neto, em 2011, dos doentes apresentados pelo Serviço de Nefrologia à Junta de Saúde para evacuação, 20% tinham como causa de base a Diabetes Mellitus. No mesmo período, foram hospitalizados no Serviço de Cirurgia, deste hospital,38 doentes com pé diabético dos quais 13 submetidos a amputação. No mesmo ano o Serviço de Cirurgia do Hospital Regional Santiago Norte, hospitalizou 11 doentes com pé diabético em estadio avançado, dos quais 9 foram submetidos a amputação.

Na cidade da Praia, a diabetes mellitus representa a 7ª causa de atendimentos nos Centros de Saúde. Em 2012, no período entre a 14ª e a 28ª semana epidemiológica foram diagnosticados 208 casos novos de diabetes mellitus [25].

Segundo o IDNT2007, a taxa de prevalência da diabetes mellitus (glicémia capilar ≥6,1mmol/l) situa-se em 12,7% na população dos 25 aos 64 anos de idade, sendo esta prevalência uma das mais elevadas do continente africano. Dos 12,7% determinados, apenas 17% estavam fazendo tratamento, sendo 8% homens e 31% mulheres.

O controlo eficaz da diabetes implica com frequência uma mudança do estilo de vida do doente, educação sobre a doença para o auto controlo e uso contínuo de medicamentos (insulina, antidiabeticos orais), factores que associados às dificuldades de acesso aos serviços dificultam a adesão do paciente à terapêutica, com riscos de aparecimento das complicações.

Considerando o facto de ser possível prevenir a diabetes com a adopção de um estilo de vida saudável e o controlo de outros factores de riscos o mais cedo possível, a vertente preventiva custo-beneficio, comprovada, deve ser privilegiada.

Existem, no país, iniciativas de organizar os doentes diabéticos em associações. São, entre outros, os casos da Associação de Diabéticos de S. Vicente da Associação de diabéticos da Cruz Vermelha da Ribeira Grande em Santo Antão. Estas iniciativas da sociedade civil devem ser incentivadas e apoiadas, dado o papel relevante que podem desempenhar com os doentes e a comunidade.

Na vigência do PNDS, propõe-se elaborar e implementar o protocolo de atendimento do doente diabético nos diferentes níveis de prestação de cuidados, garantir o acesso aos medicamentos essenciais, dotar as estruturas de saúde de equipamentos e materiais de apoio ao diagnostico e seguimento, capacitar os diferentes técnicos de saúde, promover a criação de equipas multidisciplinares de atendimento ao doente e família, reforçar a prevenção terciária e promover a criação de condições para a reabilitação e reintegração social dos doentes.

Paralelamente serão desenvolvidas acções de IEC dirigidas de forma diferenciada às pessoas doentes e à população em geral.

[25] - Relatórios de atendimento dos CS da Praia, 2012

Para o conhecimento das condições relacionadas com a diabetes mellitus serão desenvolvidos estudos.

É nesse contexto que o PNDS deve prever a concretização, no seio do SNS, dos recursos e meios necessários à prevenção da diabetes, ao seu diagnóstico precoce e tratamento adequado, conducentes à redução da incidência da doença e das suas complicações.

Estratégias operacionais

1. Integração em todos os níveis do SNS, de recursos e meios de detecção precoce e tratamento atempado da diabetes no seio da população tendo em atenção o género e as pessoas com deficiência [26];
2. Promoção da saúde para mudança de comportamentos e estilos de vida nas escolas, na comunicação social e entre os dinamizadores sociais e os promotores de saúde tendo em conta a perspectiva do género, da deficiência e da juventude;
3. Vinculação dos doentes aos Centros de Saúde;
4. Integração nas reuniões técnicas (de programação e outras) por cluster.

Metas

1. Até 2013, ter um banco de dados com registos actualizados sobre a diabetes integrado no SIS e o perfil da doença no país;
2. A partir de 2013 dotar todos os Centros de Saúde, de meios (equipamentos e kits) para fazer o diagnóstico;
3. Até finais de 2013, ter em implementação o protocolo de atendimento da Diabetes mellitus;
4. Até finais de 2014 ter uma equipa multidisciplinar (médico, nutricionista, enfermeiro, psicólogo, assistente social, entre outros) capacitada por Delegacia de Saúde;
5. A partir de 2013, ter um médicos endocrinologista em cada um dos Hospitais Regionais;
6. A partir de 2013 garantir disponibilidade de insulina e antidiabéticos orais nas farmácias públicas;
7. A partir de 2014 todos os CS com distribuição do cartão da pessoa com doença crónica;
8. A partir de 2013, iniciar a distribuição da Cartilha sobre diabetes.

Intervenções

1. Realizar um novo inquérito epidemiológico da diabetes;
2. Criar e implementar um registo nacional da Diabetes, integrado no SIS;
3. Elaborar e implementar o protocolo de diagnóstico, tratamento e seguimento da diabetes e suas complicações [27] ;
4. Avaliar a necessidade e oportunidade de introduzir novos medicamentos no arsenal terapêutico da doença;
5. Proceder regularmente à despistagem activa da diabetes nas populações de risco;
6. Formar/recrutar 3 médicos em endocrinologia, para os Hospitais Regionais;
7. Formar enfermeiros sobre a diabetes, com enfoque no tratamento do pé diabético;

55

[26] – Maiores de 35 anos, familiares portadores de DM tipo 2, grávidas e antecedentes de macrossomia fetal, hipertensos, obesos; alcoólatras.

[27] – Incluindo consulta de oftalmologia [retinopatia diabética]; pé diabético; etc.]

8. Criar equipas multidisciplinares (perfil e os papéis) para o atendimento do diabético em todas Delegacias de Saúde;
9. Equipar os Centros de Saúde com os equipamentos e kits necessários para o diagnostico da diabetes;
10. Elaborar uma lista de medicamentos essenciais para o doente diabético e garantir o seu aprovisionamento;
11. Criar e implementar o "cartão único da pessoa com doença crónica";
12. Criar a Cartilha sobre a diabetes em linguagem fácil e acessível (Braille, gestual, etc);
13. Capacitar membros da sociedade civil (dinamizadores sociais, professores, etc.) sobre a prevenção da diabetes;
14. Promover e incentivar a criação da Associação Nacional dos Diabéticos;
15. Desenvolver, com o apoio do CNDS/INSP e *mídia*, acções de informação e educação sobre a diabetes articuladas com outros factores de risco para as DCNT e a saúde em geral;
16. Estabelecer pactos para desenvolver acções em conjunto com as organizações da sociedade civil relativamente à sensibililização para a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis;
17. Promover a realização de estudos sobre a diabetes no país tendo em atenção a dimensão género, deficiência, juventude e comunidades migradas;
18. Produzir, com o apoio do CNDS/INSP, materiais informativos e educativos sobre a diabetes em linguagem acessível para os diferentes grupos alvo;
19. Participar nas reuniões dos clusters técnicos relacionados com a Diabetes.

Resultados esperados

1. Epidemiologia da diabetes no país actualizada;
2. Banco de dados de Diabetes e suas complicações criado e integrado no SIS;
3. Protocolo de diagnóstico, tratamento, reabilitação e ainda de seguimento e encaminhamento a serviços de apoio para as pessoas com incapacidades decorrentes da diabetes, elaborado e implementado nos diferentes níveis do SNS;
4. CS equipados para o atendimento da diabetes;
5. DS dotadas com equipas multidisciplinares;
6. Enfermeiros habilitados no atendimento da diabetes com tónica no pé diabético, disponíveis e em função;
7. Acesso aos medicamentos essenciais para o tratamento da diabetes garantido;
8. Cartão Único do Doente Crónico institucionalizado;
9. Doentes diabéticos informados e com capacidade de auto controlo;
10. Materias de IEC elaborados e distribuídos;
11. Membros da sociedade civil capacitados para atuarem de forma articulada às estratégias de prevenção e controlo da diabetes e outras DCNT ;
12. Criação da Associação Nacional dos Diabéticos e parceria estabelecida para implementação de açoes estratégicas.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS, DGFM, DGPOG, Delegacias de Saúde, Hospitais;
2. Parceiros nacionais: Cruz Vermelha, ONGs, INE, INPS, Associações de diabéticos; Comunicação Social, Sector da Educação; Laço Branco
3. Parceiros internacionais: Cooperação bilateral, OMS, OOAS.

Indicadores de avaliação

1. Taxas de Incidência e Prevalência da doença e das suas complicações;
2. Taxa de adesão ao tratamento;
3. Operacionalidade do banco de dados de registo de doentes;
4. Percentagem de estruturas que utilizam o protocolo de diagnóstico e tratamento;
5. Número de profissionais capacitados para o tratamento da doença;
6. Percentagem de farmácias públicas sem ruptura de stock de insulina/antidiabéticos orais.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de actividades das Delegacias de Saúde;
2. Fichas de registo e acompanhamento de diabéticos nas Delegacias de Saúde;
3. Relatórios de supervisão das Delegacias de Saúde;
4. Relatórios de actividades do Programa de DNT;
5. Relatórios estatísticos do Ministério de Saúde.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Existência de Programa nacional de prevenção e controlo das DNT;
2. Disponibilidade de atendimento dos diabéticos nos serviços de saúde;
3. Programa da Cruz Vermelha de Cabo Verde de seguimento dos diabéticos;
4. Medicamentos gratuitos a doentes carenciados;
5. Inquérito IDNT realizado em 2007.

Pontos fracos

1. Fragilidade institucional do Programa Nacional nomeadamente recursos insuficientes e deficiente enquadramento;
2. Dificuldades financeiras para aquisição de equipamentos de diagnóstico e tratamento da doença e das complicações;
3. Custos elevados dos aparelhos de auto-controlo, dos medicamentos e consumíveis.

Condicionantes ambientais

1. Hábitos alimentares pouco saudáveis;
2. Pobreza de franjas importantes da população.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Total de custos (ECV)– OneHealth Cabo Verde

Prevenção e Tratamento da Diabetes Mellitus

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	29 626 269	48 551 070	57 810 407	58 656 150	66 575 595	261 219 491
Custos do programa	0	0	0	0	0	0
Total de custos	**29 626 269**	**48 551 070**	**57 810 407**	**58 656 150**	**66 575 595**	**261 219 491**

Componente 10: Promoção da Nutrição, Prevenção e Tratamento dos Distúrbios Nutricionais

Situação actual

A nutrição em Cabo Verde reveste-se de particular importância atendendo, designadamente, à vulnerabilidade do país relativamente à produção de alimentos e sua dependência face ao exterior nesta matéria.

Ao longo dos anos várias intervenções foram desenvolvidas para a promoção da saúde nutricional, prevenção e tratamento da malnutrição e das carências em micronutrientes. Elas incidiram nomeadamente na vigilância do estado nutricional das crianças e grávidas, na sensibilização das mães com ênfase sobre o aleitamento materno exclusivo e prolongado, na implementação do Programa Nacional de Cantinas Escolares, na desparasitação nas escolas e jardins e ainda em programas de suplementação (ferro aos alunos do ensino básico, ferro e acido fólico para as grávidas e vitamina A às puérperas e crianças de risco), na fortificação da farinha de trigo com ferro e acido fólico a partir de 2008 e na iodação do sal.

Foi implementado o Código que regulariza a comercialização dos substitutos do leite materno[28]. Foi ainda implementada a legislação que regula e harmoniza a licença de maternidade e de amamentação [29]. A Iniciativa de Hospitais Amigos da Criança encontra-se implementada em três dos cinco hospitais existentes no país e m 2011 foi criado o Banco de Leite Humano no Hospital Agostinho Neto.

A situação actual da nutrição em Cabo Verde é caracterizada por uma fase de transição denominada de "duplo fardo da malnutrição", onde se sobrepõem as doenças de malnutrição por carência e por excesso.

Estudos recentes relativos à prevalência da malnutrição, realizados no país, revelaram uma diminuição da malnutrição crónica e aguda. A malnutrição crónica em menores de 5 anos evoluiu de 16,2% em 1994 [30] para 15% em 2006 [31] e para 9.7% em 2009[32]. A malnutrição aguda aumentou de 5,6% em 1994 para 7% em 2006, mas observou-se uma diminuição acentuada para 2,6% em 2009.

Referente à carência de iodo em crianças de idade entre 6 e 12 anos, estudos de1996 e de 2010 revelaram que Cabo Verde realizou progressos importantes na luta contra os Distúrbios Devidos a Carência em Iodo (DDCI). A situação passou de uma classificação de endemia moderada com uma prevalência de bócio global endémico da ordem dos 25,5% para deficiência ligeira de 7,6%.

Outro estudo transversal (1996) em menores de 5 anos de idade apontou para uma hipovitaminose A de cerca de 2% [33].

De acordo com os estudos realizados sobre a anemia ferropriva em menores de 5 anos, esta evoluiu de 70% em 1996 para 52,1%[34] em 2005, e manteve-se em 52.4% em 2009, enquanto nas grávidas passou de 42% [35] a 43,2% no mesmo período.

Em relação ao aleitamento materno exclusivo, até à idade de 6 meses, os estudos encontraram taxas de 38,9% em 1998, 59,6% em 2005 (IDSR II) e 40% em 2009 (IPAC).

59

[28] - Decreto-lei nº 54-2004 de 27 Dez; Decreto-Regulamentar nº1-2005 de 17 Jan; Decreto-Lei nº 7-2007 de 26 Fev
[29] - Decreto-Legislativo nº3-1993 de 05 Abril
[30] – A saúde das crianças menores de cinco anos em C. Verde. Estudo epidemiológico. M. da Saúde e Promoção Social/UNICEF. 1996
[31] – Questionário Unificado dos Indicadores Básicos de Bem-Estar de Cabo Verde [QUIBB] 2006.Situação nutricional. INE Praia Junho/Julho 2006
[32] - Inquérito sobre a Prevalência da Anemia e Factores de Associados em Crianças Menores de 10 anos [IPAC] MADRRM/MS/INE 2009
[33] - A caracterização da deficiência da vitamina A e da anemia em crianças pré-escolares em cabo Verde. MSPS/UNICEF. 1996
[34] - Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva (IDSR II), MS/INE. 2005
[35] - Carência de Ferro em mulheres grávidas. MSPS/UNICEF. 1992

O sobrepeso é um factor de risco da hipertensão arterial e da diabetes, e consequentemente das doenças cardiovasculares, que também vem aumentando no país e no mundo. No que diz respeito à malnutrição por excesso, dados de 2007 (IDNT) apontam uma prevalência de sobrepeso de 26,4% (H – 24,8% e M – 28%) e de obesidade de 10,6% (H – 6,5% e M – 14,6%) em adultos dos 25 aos 64 anos de idade. O mesmo estudo revela que o número médio de dias em que se consome frutas é de 3,3 e de legumes é de 3,7. Em relação ao consumo diário de frutas e de legumes, a OMS recomenda um consumo de 5 porções (uma porção é equivalente a 80 gramas). Em Cabo Verde 28,2% dos homens e 25,7% das mulheres referem não consumir nem frutas e nem legumes diariamente. Dos que consomem, 55,9% dos homens e 62,2% das mulheres referiram ingerir menos de 5 porções diárias.

Durante a implementação do PNDS 2012-2016 deve manter-se o acompanhamento atento da evolução da situação nutricional da população, com ênfase nos grupos mais vulneráveis (menores de 5 anos, mulheres grávidas e idosos), reforçar a comunicação para promoção de hábitos de vida saudáveis e as intervenções de prevenção e controlo da malnutrição e das carências em micronutrientes.

Estratégias operacionais

1. Promoção de hábitos alimentares saudáveis para a população em geral com enfoque no género e deficiência articuladas com outras actividades para a promoção da saúde;
2. Sensibilização da população sobre a problemática da malnutrição por excesso ou por carência tendo em atenção as pessoas com deficência e a acessibilidade do material;
3. Integração dos cuidados relativos à nutrição nos cuidados essenciais de saúde em todos os níveis de atenção de saúde;
4. Reforço e alargamento da suplementação aos menores de 5 anos e melhoria da fortificação em micronutrientes;
5. Reforço das parcerias com os Ministérios da Agricultura, da Educação, da Solidariedade Social, do Comércio e da Comunicação Social e outras instituições públicas e privadas e ainda com ONG's de mulheres, de pessoas com deficiência e Rede Nacional de educação para todos;
6. Reforço dos instrumentos legais necessários para a promoção da nutrição;
7. Mobilização das comunidades para as acções locais em matéria de nutrição;
8. Reforço do Programa Nacional de Nutrição em recursos técnicos e financeiros.

Metas

1. Até 2016 eliminar os distúrbios devidos à carência de iodo no seio da população;
2. Reduzir em 20% a prevalência da anemia nas grávidas e em menores de 5 anos, até 2016;
3. Ate 2016 ter 80% de crianças de 1 a 5 anos de idades suplementadas com ferro e vit C;
4. Reduzir de 20% a prevalência da anemia nos alunos do Ensino Básico Integrado, até 2015;
5. Eliminar a hipovitaminose A entre os menores de 5 anos até 2016;
6. Até finais de 2014 fazer aderir todos os Hospitais, Centrais e Regionais, à Iniciativa Hospital Amigo da Criança;
7. Garantir que todos os produtos destinados à alimentação de crianças menores de 24 meses, comercializados no país cumpram com a legislação em vigor na matéria;

8. Ate o final de 2014 criar o Banco de Leite Humano no HBS;
9. Até o final de 2013 ter o Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2013-2016 elaborado;
10. Até 2015, todos os hospitais regionais, DS de Praia, S. Vicente, Sal, Porto Novo, S. Cruz e S. Catarina serão dotados com Nutricionista.

Intervenções

1. Criar um subsistema de informação sobre a morbilidade relacionada com a nutrição e métodos para o seu seguimento;
2. Realizar campanhas nacionais, em articulação com parceiros, de promoção de práticas alimentares e de estilos de vida saudáveis (diabetes mellitus, HTA, obesidade, doenças cardíacas, cárie dentária, entre outros);
3. Reforçar as capacidades de inspecção, fiscalização e controlo da qualidade do sal iodado e da farinha fortificada;
4. Reforçar as capacidades de inspecção, fiscalização e controlo do Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (CCSLM) nas diferentes estruturas de saúde e de instituições intervenientes;
5. Manter a distribuição de sais ferrosos, ácido fólico, Vitamina C e vitamina A para populações específicas;
6. Alargar a distribuição de sais ferrosos e vit C para crianças de 1 a 5 anos;
7. Elaborar o Plano Operacional de Nutrição;
8. Realizar acções de sensibilização e de promoção do consumo de farinha fortificada e do sal iodado;
9. Regulamentar a legislação sobre a farinha de trigo fortificada e criar instrumentos legais sobre o Banco de Leite Humano e o exercício profissional do Nutricionista;
10. Reforçar a implementação da iniciativa “Hospital Amigo da criança”;
11. Implementar Banco de Leite Humano no Hospital Baptista de Sousa;
12. Reforçar a divulgação do Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno;
13. Proceder regularmente (semestral) às campanhas de desparasitação das crianças nos jardins-de-infância e nas Escolas do Ensino Básico;
14. Realizar estudos sobre a situação nutricional e a carência em micronutrientes (ferro, iodo, vit.A,);
15. Realizar estudo sobre a parasitose intestinal;
16. Organizar/implementar cursos de formadores de promotores de saúde na área da nutrição, para as associações comunitárias;
17. Reforçar o Programa Nacional de Nutrição, nos diferentes níveis da pirâmide sanitária, em recursos humanos, financeiros, materiais (contratação de técnicos e afectação de recursos);
18. Realizar acções de formação para os diferentes profissionais e técnicos de saúde nos diversos níveis;
19. Estabelecer protocolos de parcerias com diferentes instituições e a sociedade civil;
20. Organizar acções de formação (cursos, palestras, feiras, praticas alimentares) sobre alimentação saudável e praticas culinárias saudáveis e diversificadas para as escolas (cantinas) e a comunidade em geral;
21. Promover na comunicação social as práticas culinárias saudáveis (programas televisivos, rádio) em linguagem acessível a todos os grupos alvo;

22. Promover junto das estruturas de saúde, dos parceiros institucionais e das associações a celebração das datas comemorativas mundiais respeitantes à nutrição e às doenças relacionadas com a nutrição (Hipertensão arterial, Diabetes, doenças do coração);
23. Elaborar e implementar o pacote de cuidados relativos à nutrição a integrar nos cuidados essenciais de saúde;
24. Promover junto com as entidades reguladoras a criação de mecanismos de controlo sobre a qualidade nutricional de produtos alimentares (catalogação e classificação de produtos segundo a composição dos mesmos, laboratório de qualidade dos alimentos, selo de qualidade);
25. Recrutar quatro nutricionistas para as Delegacias de Saúde.

Resultados esperados

1. Plano Operacional de Nutrição elaborado e implementado;
2. Subsistema de informação criado e funcional;
3. Programas de sensibilização sobre os diversos riscos ligados à nutrição definidos e implementados;
4. Programas de motivação para a adopção de estilos de vida saudáveis divulgados;
5. Diminuição da incidência das doenças por carência de iodo, de ferro e de vitamina A confirmada através de estudos realizados;
6. Todos os Hospitais Centrais e Regionais implementando a iniciativa "Hospital Amigo da Criança";
7. Taxa de aleitamento materno exclusivo aumentada;
8. Desparasitação semestral das crianças do pré-escolar e escolar.
9. Parcerias e Protocolos estabelecidos com os parceiros;
10. Suplementação de ferro e vit C alargada às crianças de 1 a 5 anos de idade;
11. Pacote de cuidados relativos à nutrição, implementado nas estruturas de saúde
12. Profissionais de saúde actualizados em práticas alimentares saudáveis;
13. Legislações criadas, publicadas e implementadas;

Organismos e Instituições

1. Ministério da Saúde: DNS/Programa de Nutrição, DGFM, Delegacias de Saúde, Hospitais Centrais e Regionais, PNSR, Depósito de Medicamentos, Serviço de Vigilância Epidemiológica, Programa de Doenças Não Transmissíveis e CNDS/INSP;
2. Parceiros nacionais: Min. Educação e Desporto, FICASE; Direcção Geral do Comércio, ARFA; DGAE, IGAE, MDR, DGASP, INIDA, Direcção Geral das Alfândegas, Associação dos consumidores (ADECO), ONG e Associações de Base Comunitária;
3. Parceiros internacionais: UNICEF, UNFPA, OMS, FAO, Brasil (ABC), CWW, J&J, [36] Feed the children;

Indicadores de avaliação

1. Taxa de malnutrição calórico-proteica;
2. Taxas de prevalência de avitaminose A, DDCI e Anemia ferropriva;

[36] - ABC- Agência Brasileira de Cooperação; CWW-Children Withouth Worms; J&J – Johnson&Johnson

3. Número de campanhas de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis realizadas;
4. Percentagem de empresas produtores que comercializam sal iodado de qualidade;
5. Percentagem de famílias que utilizam o sal iodado;
6. Percentagem da população específica suplementada com comprimidos de ferro, ácido fólico, vitamina C e vitamina A;
7. Taxa de cobertura de suplementação de ferro e ácido fólico nas grávidas;
8. Proporção de Hospitais Centrais e Regionais credenciados como Hospital Amigo da Criança;
9. Prevalência do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses;
10. Número de profissionais de nutrição afectos às estruturas de saúde;
11. Percentagem de estruturas de saúde com profissionais formados na área de nutrição;
12. Número de profissionais de saúde formados em práticas de alimentação saudável;
13. Nº de associações formadas em práticas de alimentação saudável;
14. Percentagem de CS que utilizam o pacote de cuidados relativo à nutrição.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de Inspecção e supervisão do Programa Nacional de Nutrição (PNN);
2. Relatórios Estatístico do Ministério da Saúde;
3. Relatórios Anuais de actividades do PNN;
4. Relatórios de estudos e inquéritos.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos:

Pontos fortes

1. Aprovação e implementação da legislação na matéria [CCSLM; iodação do sal];
2. Existência de um Programa Nacional de Nutrição;
3. Existência de um maior número de nutricionistas;
4. Parceiros, nacionais e internacionais, sensibilizados e disponíveis;.
5. Banco de Leite Humano existente;
6. Maior consciencialização da população para as questões relacionadas com a nutrição.

Pontos fracos

1. Deficiência de recursos afectos ao PNN e enquadramento deficiente do programa;
2. Recursos financeiros, administrativos e logísticos insuficientes para a realização das actividades;
3. Insuficiência de técnicos qualificados;
4. Fraco mecanismo de coordenação intra e intersectorial.

Condicionantes ambientais

1. Níveis de pobreza no país;
2. Usos e costumes alimentares pouco saudáveis**;**
3. Disponibilidade e preço elevado dos alimentos (frutas e legumes);
4. Dependência externa no abastecimento alimentar.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma 2012-2016

Promoção da nutrição e prevenção e tratamento das doenças da nutrição

Total de custos (ECV) – One Health Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de Intervenção	50 045 086	52 175 763	88 969 655	91 515 454	94 859 851	377 565 809
Custos do programa	16 356 032	18 701 848	18 034 712	35 851 576	22 644 440	111 588 608
Custo Total	**66 401 118**	**70 877 611**	**107 004 367**	**127 367 030**	**117 504 291**	**489 154 417**

Componente 11: Prevenção, Diagnóstico Precoce e Tratamento dos tumores malignos

Os tumores malignos ou cancros são a terceira causa de morte no país segundo dados do relatório estatístico do Ministério da Saúde, com 253 óbitos em 2004 e 303 em 2010 (157 homens e 146 mulheres) correspondendo, neste ano, a uma taxa de 61,6 óbitos por cem mil habitantes. É a segunda causa de evacuação de doentes para o exterior com 79 casos em 2010 (18%).

Segundo o mesmo relatório,em 2010, as cinco principais causas de óbitos por tumores são: tumores do estômago (12,2%), tumores do útero (10,6%), tumores dos brônquios e pulmões (9,9%), tumores do esófago (9,6%) e tumores malignos da próstata (9,2%).

Um estudo descritivo, realizado entre os pacientes do serviço de oncologia do HAN em 2011, demonstrou 226 casos novos de tumores malignos registados, dos quais 125 em mulheres e 101 em homens. Quanto à localização anatómica do cancro tem-se: colo do útero (36), estômago (31), mama (28), vias aéreas digestiva superiores (23), cólon rectal (20), pâncreas (13) e próstata (12). No total, os tumores malignos do tubo digestivo representaram a primeira causa com 87 casos. Por faixa etária verificou-se a seguinte distribuição: 70 anos e mais (67), 61-70 anos (16), 51-60 anos (45), 41-50 (37), 31-40 anos (31) e de 20-30 anos (10).

De notar a criação em 2007 da Associação cabo-verdiana de luta contra o cancro com sede na Praia e, em 2009, a Liga Cabo-verdiana contra o cancro com sede em S. Vicente que têm desenvolvido acções de promoção e de prevenção aos factores de risco para as doenças oncológicas. As medidas relacionadas com estilos de vidas saúdaveis necessitam de uma boa articulação entre os diferentes sectores seja a nível dos ministérios, autarquias e sociedade civil.

Foram criadas algumas condições para uma prestação de cuidados nesta área nomeadamente a formação/recrutamento de técnicos e a instalação de uma unidade no HAN (hospital de dia) para seguimento e tratamento de doentes oncológicos.

Deve ser salientado que a prevenção é a estratégia de longo prazo com melhor relação custo eficácia e custo-beneficio para o controlo do cancro. Algumas das medidas de prevenção preconizadas para o controlo do cancro em Cabo Verde são o combate ao alcoolismo e ao tabagismo, a educação nutricional, a promoção da actividade física, a vacinação contra alguns agentes infecciosos (como vacina contra o HPV – Vírus do Papiloma Humano), e controle da exposição a agentes ambientais.

Estratégias operacionais

1. Informação acessível e inclusiva às especificidades da população, sobre os principais tipos de cancro que afectam cada sexo, seus factores de risco e predisponentes, e as medidas de prevenção e detecção precoce;
2. Adequação dos serviços de saúde para o rastreio dos principais tipos de cancro e tratamento através de protocolos estabelecidos, recursos humanos capacitados e meios de diagnósticos adequados;
3. Criação de um Registo Nacional de Cancro no país;
4. Formação dos profissionais de saúde nas várias vertentes: informação, educação, comunicação para mudança de comportamento (IECMC), diagnóstico precoce, gestão de casos clínicos, cuidados paliativos e de reabilitação;
5. Desenvolvimento da investigação na área de oncologia;
6. Estabelecimento de protocolos de parcerias com as Associações e outras organizações comunitárias que atuam na luta contra o cancro;

7. Integração das ações deste componente com o PNSR para ampliar acesso e cobertura de consultas e exames preventivos de cancro para mulheres e homens jovens, adultos e idosos.
8. Institucionalização de um programa de prevenção e tratamento de doenças oncológicas;
9. Integração nas reuniões técnicas (de programação e outras) por cluster.

Metas

1. Criar e implementar até fim de 2013 um registo nacional de doenças cancerígenas;
2. Até fim de 2015, os estabelecimentos de saúde pertinentes terão meios de rastreio (mamógrafos, consumíveis para citologia vaginal), diagnóstico precoce (endoscópios, meios para diagnostico histológicos/biopsia e imunohistoquimica) e tratamento dos principais tipos de cancro incluindo recursos humanos especializados;
3. Elaborar a partir de 2013 e fazer aplicar os protocolos nacionais de diagnóstico, tratamento e seguimento dos principais tipos de cancro (cancro de colo uterino, estômago e esófago, mama, próstata e cólon rectal);
4. Actualizar e disponibilizar até fim de 2013, com o apoio da DGFM, os medicamentos essenciais: citostáticos, analgésicos opiáceos e adjuvantes;
5. Formar, até 2014, todos os técnicos de saúde (médicos e enfermeiros) dos serviços de saúde reprodutiva/maternal e planeamento familiar, sobre procedimentos de colheita de citologias e interpretação dos resultados;
6. Formar 15 cito-técnicos até fim de 2014;
7. Realizar em 2014 um estudo sobre o conhecimento da população sobre os factores de risco e os sete sinais de alerta do cancro;
8. A partir de 2013, nomear a coordenação técnica da componente prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos tumores malignos.

Intervenções

1. Criar um registo nacional de doenças cancerosas;
2. Dotar os serviços de saúde, de acordo com a capacidade técnica respectiva, de meios para o rastreio e o diagnóstico precoce dos principais tipos de cancro, incluindo mamografia, endoscopia, meios para citologias, meios para diagnostico histológicos/biopsia e imunohistoquimica, colposcópios, aparelhos para crioterapia;
3. Formar sistematicamente a população, sobre os factores de risco, os sete sinais de alerta do cancro e o auto-exame da mama em conjunto com as associações da promoção e prevenção do cancro ;
4. Difundir, em articulação com o CNDS/INSP, programas de IEC sobre tumores nas escolas, comunidades e associações;
5. Especializar profissionais de saúde multidisciplinares (assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, medico, enfermeiro) para responder às necessidades em matéria de: rastreio, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, cuidados paliativos e de reabilitação;
6. Elaborar e implementar protocolos de diagnóstico, tratamento e seguimento dos tumores mais frequentes nos diferentes níveis da pirâmide sanitária;
7. Realizar visitas de supervisão aos principais centros de atendimento dos pacientes com cancro (Hopsitais centrais e regionais);

8. Estabelecer protocolos de parcerias com os ministérios da educação, da agricultura, juventude, da condição feminina, da solidariedade e reinserção social, com as câmaras municipais e organizações da sociedade civil e com os Centros oncológicos estrangeiros de referência;
9. Realizar estudo de seroprevalencia nacional sobre o vírus de HPV;
10. Realizar estudo sobre o conhecimento da população sobre os factores de risco do cancro e dos sete sinais de alerta do cancro;
11. Formar os profissionais de saúde no registo de doenças cancerígenas;
12. Implementar uma rede de cuidados paliativos a nível nacional;
13. Actualizar e disponibilizar com o apoio da DGFM os medicamentos essenciais (citostáticos, analgésicos opiáceos e adjuvantes) para as estruturas de saúde;
14. Formar/recrutar 3 médicos oncologistas;
15. Formar/recrutar 4 médicos anatomo-patologistas;
16. Sensibilizar os homens para o despiste de cancro da próstata, de forma integrada e em articulação com ações de saúde sexual e reprodutiva;
17. Nomear a coordenação técnica da componente;
18. Participar nas reuniões dos cluster técnicos relacionados com a Oncologia.

Resultados esperados

1. Existência de dados epidemiológicos fiáveis e actuais sobre o cancro em Cabo Verde;
2. População mais bem informada sobre a prevenção e o diagnóstico precoce dos tumores mais frequentes;
3. Aumento do número de diagnósticos de cancro em fase precoce;
4. Melhor capacidade do diagnóstico e tratamento dos principais tipos de cancro;
5. Protocolos de diagnóstico, tratamento e seguimento elaborados em concertação com Centros oncológicos estrangeiros de referência;
6. Maior número de profissionais de saúde das diversas categorias especializados no rastreio, diagnostico precoce e no tratamento do cancro e reabilitação;
7. Maior disponibilidade de medicamentos essenciais para o tratamento de cancro.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde**:** DNS e Programa das Doenças Não Transmissíveis; PNSR; DGFM; DGPOG; Hospitais; CNDS, CS;
2. Parceiros Nacionais: Associação de Luta Contra o Cancro, Liga Cabo-verdiana contra o cancro, Ordem dos Médicos, ARFA, INE, NOSI, Comunicação social, Sector da Educação, da Agricultura, da Solidariedade e Reinserção Social, Câmaras Municipais, Plataforma das ONG´s;
3. Parceiros internacionais: OMS, Instituto Português de Oncologia, União Internacional Contra Cancro (UICC), Associação Internacional de luta contra o Cancro (AICC).

Indicadores de avaliação

1. Taxa de mortalidade por cancro;
2. Percentagem de casos diagnosticados precocemente;
3. Número de profissionais especializados por categoria;
4. Proporção da população que conhece meios de prevenção e diagnóstico precoce dos tumores mais frequentes;
5. Protocolos de atendimento desenvolvidos e aplicados;
6. Taxa de sobrevida dos pacientes submetidos ao tratamento.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatório de Estatísticas do Ministério da Saúde;
2. Relatórios do Banco de Dados de registo nacional do cancro;
3. Relatórios de rastreios sobre o cancro;
4. Relatórios de visitas de inspecção/supervisão aos diferentes níveis de atenção a saúde;
5. Relatórios de estudos realizados sobre o conhecimento relativo aos tumores malignos.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Crescente importância da opinião pública em relação ao cancro;
3. Existência de Associação/Liga para a luta contra o cancro;
4. Existência do Hospital-Dia no HAN para o atendimento dos doentes;
5. Existência de protocolos de cooperação com centros de referência do exterior;
6. Meios diagnósticos existentes para a detecção precoce do cancro, embora insuficientes.

Pontos fracos

1. Dificuldades financeiras para fazer face às necessidades;
2. Insuficiência dos meios de diagnóstico e de tratamento;
3. Insuficiência de profissionais de saúde e de equipa multidisciplinar;
4. Insuficiência de meios adequados de drenagem para os produtos de quimioterapia (esgostos).

Condicionantes ambientais

1. Tabu ligado aos cancros genitais, particularmente ao da próstata;
2. Padrões de consumo de álcool bastante elevado.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma 2012-2016

Prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos tumores malignos

Total de custos (ECV) – OneHealthCabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custosde intervenção	243 091 723	265 666 635	288 638 968	312 003 709	335 759 762	1 445 160 796
Custos do programa	1 256 400	34 694 280	39 784 520	43 660 520	20 788 520	140 184 240
Total de custos	**244 348 123**	**300 360 915**	**328 423 488**	**355 664 229**	**356 548 282**	**1 585 345 036**

Componente 12: Prevenção e Tratamento das doenças Ortopédicas e dos Traumatismos

Situação actual

Este componente traduz as politicas e estratégias de prevenção e de tratamento relacionadas com as doenças de foro ortopédico e os traumatismos.

As doenças ortopédicas mais prevalentes nas estruturas de saúde são: doenças degenerativas relacionadas com o envelhecimento da população e com os hábitos e estilos de vida (sedentarismo, obesidade), patologias relacionadas com a profissão e infecções osteoarticulares, estas com tendência a diminuir. De entre elas são predominantes as hérnias discais e as osteoartorses, representando um problema de saúde em Cabo Verde pelo número de consultas, pelo absentismo, invalidez e constituindo uma das principais causas de evacuações para o exterior. O Relatorio Estatístico do Ministério da Saúde de 2010 aponta como uma das causas de evacuações para o exterior as "Doenças do sistema osteoarticular e do tecido conjuntivo" com 52 casos, representando este valor 12% de todas as evacuações. A maioria destas evacuações são devidas às doenças de foro ortopédico para realização de artroplastia e cirurgia de hérnia discal.

A nosologia especifica para a área de traumatologia está relacionada essencialmente com as fracturas ósseas, luxações, feridas dos membros e contusões.

Os dados estatísticos publicados não distinguem os atendimentos de foro ortopédico dos de traumatologia. Em 2010, os dois Hospitais Centrais, HAN e HBS, realizaram 2.999 e 3.880 consultas de orto-traumatologia respectivamente [37]. Os serviços de Traumatologia dos Hospitais centrais realizam intervenções cirúrgicas de fracturas de grandes segmentos ósseos (fémur, tíbia, úmero), artroplastias parciais da anca, fracturas de pequenos segmentos e tenorrafias póstraumáticas.

Os traumatismos,constituem a quarta causa de óbito, em Cabo Verde, com uma taxa de 42 mortes por cada 100 000 habitantes em 2010 [38] incluindo mortes por acidentes de viação, por agressões físicas com arma branca e armas de fogo, acidentes de trabalho, acidentes domésticos, particularmente em crianças. Segundo o Relatorio Estatístico de 2010, os óbitos devidos aos traumatismos e causas externas representaram a primeira causa de óbitos nas faixas etárias de 5 a 14 anos, de 15 a 24 anos e de 25 a 39 anos de idade. Em 2011 o homicídio e o suicídio representaram 68% de todos os óbitos devidos a causas externas, sendo predominante no sexo masculino (85,7%). Os traumatismos representam um peso relativamente importante das evacuações externas com 36 casos o que representa 10,5% do total das evacuações, com uma parte significativa devida a traumatismos vertebro-medulares, sujeitas na sua maioria a intervenções de neurocirurgia. Faltam dados sobre a situação relativa a pessoas com deficiência.

De entre os factores predisponentes contam, sobretudo, o consumo de bebidas alcoólicas, outros estupefacientes, a violência urbana incluindo a violência baseada no género e ainda no que concerne aos acidentes rodoviários. Os acidentes domésticos, geralmente em crianças resultam de quedas, queimaduras e intoxicações.

O número de mortes é, nalguns casos, devido à falta de um sistema integrado de atendimento e tratamento às vítimas, com insuficiência de serviços de socorros pré-hospitalar, salientando-se a ausência de equipas de atendimento no terreno. Além disso, a população não está instruída

[37] – Relatório estatístico 2010, MS, Cabo Verde
[38] – Relatório estatístico 2010, MS, Cabo Verde

quanto à atenção imediata a prestar ao traumatizado, sendo muitas vezes ela mesma a socorrer a vítima e a transportá-la aos serviços de saúde em condições inadequadas e, até mesmo, nocivas.

Destaca-se também o facto de os serviços de saúde não estarem equipados para o atendimento adequado do politraumatizado, conforme os regulamentos do ATLS [39]. Faltam protocolos de conduta imediata a seguir, material adequado de imobilização e de um sistema de atendimento pré-hospitalar para o transporte das vítimas. Quando o acidente ocorre nas ilhas onde não existem serviços especializados, esbarra-se com a dificuldade de pronta evacuação, o que põe em risco a vida da vítima havendo ilhas onde não há sequer facilidades para o transporte aéreo.

Ainda não existe em Cabo Verde um estudo sobre a frequência real do traumatismo, seus condicionantes e factores de risco. Também não há protocolos estabelecidos para o atendimento.

Na vigência do PNDS 2008-2011 foram formados quatro Orto-traumatologistas, tendo entretanto saído do sistema dois especialistas. Foram criadas condições nos dois HC para a realização de intervenções cirúrgicas, nomeadamente na área de traumatologia, com ganhos de um grau elevado de autonomia e na área de ortopedia a realização de intervençoes especificas como as artroscopias e artrosplastias parciais. Entretanto, um número elevado das intervenções programadas para esse período no PNDS não foram realizadas. Faltou a implicação dos técnicos na coordenação e acompanhamento da execução das intervenções nos diferentes níveis da pirâmide.

O PNDS 2012-2016 aparece como a oportunidade capaz de impulsionar estudos que visem conhecer os diferentes aspectos relacionados com a problemática do traumatismo e das doenças ortopédicas e propor acções para a sua prevenção, condutas a seguir em termos de primeiros socorros e transportes, atendimento hospitalar e implicações jurídicas e sociais. Ainda propõe, como um factor de sustentabilidade das intervenções na área de orto-traumatologia e do SNS, o desenvolvimento de mecanismos de reforço de financiamentos, tais como, seguro de trabalho e de acidente de viação e, como modelos inovadores de financiamento, o seguro desportivo e a compensação de custos devidos às situações de agressões por intermédio da administração judiciária. Prevê-se também estimular as parcerias público-privadas no que concerne a alguns modelos de financiamento indirecto para a saúde, nomeadamente com as seguradoras privadas e as mutualidades de saúde.

Durante a vigência do PNDS 2012-2016, para além de ações de prevenção de doenças de foro ortopédico assim como de acidentes e da violência urbana em articulação com outros programas (DNT, PNSR), propõe-se duas principais estratégias para os serviços de orto-traumatologia. Uma estratégia para a consolidação da área de traumatologia centrada nos hospitais centrais para a resolução de demandas de maior complexidade e de nível terciário, com impacto nas evacuações externas. Uma segunda estratégia voltada para a área de ortopedia, capaz de dar respostas às principais demandas nos diferentes níveis de atenção do SNS e, a nível da atenção terciária, criar as condições para a realização de intervenções cirúrgicas com impacto nas evacuações externas, nomeadamente as artroplastias.

Para a realização destes desideratos prevê-se a formação de especialistas em orto-traumatologia, o desenvolvimento de parcerias com os centros hospitalares estrangeiros no apoio técnico e formativo, as formações continuas dos profissionais de saúde (clínicos gerais, enfermeiros, anestesistas, fisioterapeutas). Paralelamente será necessário dotar os serviços de orto-traumatologia com plataformas técnicas adequadas e orientadas para a resolução dos principais problemas identificados.

71

[39] – Advanced Trauma Life Support - guião internacional de atendimento e tratamento das vítimas de traumatismo, do American College of Surgeons

Faz-se necessário ainda a definição de uma instância de coordenação técnica nacional dos serviços de orto-traumatologia e de seguimento das intervenções propostas no PNDS.

Estratégias operacionais

1. Criação de uma instância nacional de coordenação técnica dos serviços de orto-traumatologia;
2. Estudo epidemiológico do traumatismo e seus condicionantes;
3. Campanhas de IEC acessíveis e inclusivas sobre o trauma, visando os acidentes domésticos, acidentes de trabalho, acidentes de viação e violência;
4. Contribuição para a criação de um serviço nacional de emergência pré-hospitalar;
5. Elaboração de um protocolo nacional de atendimento às vítimas do trauma com acções para cada nível da pirâmide sanitária;
6. Formação/reciclagem de profissionais de saúde em matéria de atendimento atempado e seguro de vítimas de acidentes, nos diferentes níveis de atendimento do SNS;
7. Elaboração de um protocolo de atendimento das principais doenças ortopédicas;
8. Estabelecimento de protocolos de parcerias com entidades nacionais com influencia na problemática dos traumatismos e com outros Centros Hospitalares estrangeiros;
9. Estabelecer parcerias com o setor da Educação para elaboração de um plano intersetorial de controlo das violências por causas externas.
10. Integração nas reuniões técnicas (de programação e outras) por cluster.

Metas

1. Até fim de 2013, ter criado uma instância nacional de coordenação técnica dos serviços de orto-traumatologia;
2. Contribuir para a criação de um serviço nacional de emergência pré-hospitalar até finais de 2013;
3. Até finais de 2014, ter os meios (equipamentos, materiais, recursos humanos qualificados) para o atendimento de traumatizados nos diferentes escalões da pirâmide sanitária;
4. Até fim de 2013 iniciar a formação de 1 neurocirurgião;
5. Até finais de 2013 estabelecer protocolos de parcerias com Centros Hospitalatres de Orto-Traumatologia estrangeiros de referência;
6. Até finais de 2014 elaborar protocolos nacionais de atendimento de doenças de foro ortopédico e de atendimento às vitimas de traumatismos;
7. Até fim de 2014 criar as condições técnicas para a realização de artroplastias totais (anca e joelho) no país;
8. A partir de 2013, os programas de promoção da saúde devem incluir sistematicamente a problemática da prevenção dos traumatismos mais frequentes;
9. A partir de 2014, parceria estabelecida com o setor da Educação para elaboração de um plano de controlo das violências por causas externas

Intervenções

1. Criar uma instância nacional de coordenação técnica dos serviços de orto-traumatologia;
2. Promover estudos epidemiológicos sobre traumatismos e seus condicionantes;

3. Realizar, com o apoio do CNDS/INSP, campanhas IEC sobre os acidentes principalmente os domésticos, rodoviários e de trabalho;
4. Elaborar e implementar um Protocolo Nacional de atendimento às vítimas de traumatismos;
5. Advogar e colaborar na criação, em cada município, de um serviço de resgate e transporte de vítimas de traumatismos graves;
6. Elaborar um protocolo nacional de atendimento para as doenças de foro ortopédico;
7. Formar/reciclar profissionais de saúde para o atendimento de vítimas de traumatismos graves (Paramédicos ou enfermeiros especializados, em cada município ou região [22];Cirurgiões com experiência em traumatologia [1 em cada Hospital central e regional] e enfermeiros especializados [2 em cada Hospital central e regional]; Neurocirurgião [pelo menos 1 para o país]);
8. Realizar cursos periódicos de ATLS para médicos e enfermeiros;
9. Dotar os serviços de saúde de recursos humanos, equipamentos e meios materiais para o atendimento das vítimas de traumatismos graves, adequado a cada nível de atendimento;
10. Participar no processo de criação de um serviço nacional de emergência pré-hospitalar;
11. Estabelecer protocolos de parcerias com Centros Hospitalares de Orto-Traumatologia estrangeiros de referência;
12. Realizar cursos de actualização em artroplastias totais e artroscopias;
13. Criar as condições técnicas para a realização de artroplastias totais (anca e joelho) no país;
14. Criar através de parcerias as condições técnicas, materiais e humanas para a realização de artroscopias;
15. Desenvolver programas de despistagem, seguimento e tratamento de patologias ortopédicas congénitas (pé boto, displasia de anca) e apoio aos pacientes com paralisia cerebral;
16. Participar nas reuniões dos clusters técnicos relacionados com a Orto-Traumatologia;
17. Implementar em parceria com outros setores ações de prevenção da violência urbana, VBG e acidentes rodoviários;
18. Elaborar plano de controlo das violências por causas externas com o setor de Educação.

Resultados esperados

1. Existencia de uma instância nacional de coordenação técnica de orto-traumatologia;
2. Dados epidemiológicos sobre os traumatismos conhecidos;
3. População mais bem informada sobre a prevenção dos traumatismos e de patologias ortopédicas congenitas;
4. Existência de um guião/protocolo nacional de atendimento às vitimas de traumatismos;
5. Existência de um serviço nacional de emergência pré-hospitalar;
6. Profissionais capacitados no atendimento de traumatismos em exercício no país;
7. Melhoria da qualidade técnica das prestações dos cuidados de foro orto-traumatológicos;
8. Planos e parcerias estabelecidas com outros setores para prevenção da violência urbana, acidentes de trânsito e outros acidentes;
9. Plano e parceria estabelecida com o setor de Educação para controlo das violências por causas externas;
10. Evacuações específicas por traumatismos e doenças de foro ortopédico reduzidas.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS/Programa Doenças N. Transmissíveis; DGFM; DGPOG; Hospitais; Delegacias de Saúde, CNDS/INSP;
2. Parceiros Nacionais: Ministérios da Administração Interna, da Justiça, da Defesa, do Trabalho, sector da Educação, Instituto Cabo-verdiano da Criança e Adolescente (ICCA), Serviço Nacional de Protecção Civil e Bombeiros, Cruz Vermelha, TACV, Direcção Geral de Transportes Rodoviários, Aviação Civil, Instituto das Estradas, Câmaras Municipais, Ordem dos Médicos;
3. Parceiros Internacionais: OMS, formadores do ATLS, Centros hospitalares de referência.

Indicadores de Avaliação

1. Taxas de mortalidade por traumatismos e causas externas por sexo e idade;
2. Percentagem de casos do foro traumático/ortopédico evacuadospara o exterior;
3. Número de artroplastias realizadas;
4. Percentagem da população com conhecimentos sobre a prevenção dos acidentes;
5. Proporção de estruturas de saúde que utilizam o Protocolo Nacional de atendimento às vítimas de traumatismo;
6. Número de profissionais formados/reciclados no atendimento às vitimas de acidentes graves.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatorio de actividades da instância nacional de coordenação técnica dos serviços de orto-traumatologia;
2. Relatórios de estudos sobre conhecimentos da população;
3. Relatorios Estatísticos do Ministerio da Saúde;
4. Relatórios de actividades do serviço nacional de emergência pré-hospitalar;
5. Relatórios de actividades dos hospitais e outras estruturas de saúde.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Existência do Serviço Nacional de Protecção Civil e Bombeiros e da Cruz Vermelha;
3. Existência de profissionais capacitados nos hospitais centrais, embora em número reduzido.

Pontos fracos

1. Inexistencia de uma instância nacional de coordenação dos serviços de orto-traumatologia;
2. Deficiente coordenação de politicas e medidas intersectoriais em matéria de traumatismos;
3. Dificuldades financeiras para fazer face às necessidades;
4. Fraca fiscalização do cumprimento das regras de segurança rodoviária e no trabalho.

Condicionantes ambientais

1. Relevo acidentado do país;
2. Imperativos da insularidade dificultando as evacuações de urgência;
3. Insuficiência da rede de estradas de penetração para zonas de difícil acesso;

4. Pobreza de uma franja importante da população;
5. Trabalho infantil como factor de exposição a traumatismos.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Reforço das medidas de prevenção e tratamento das doenças ortopédicas e dos traumatismos

Total de custos (ECV) – OneHealthCabo Verde

	2012		2013	2014	2015	2016	Total
Custos de Intervenção	0	0	0	0	0		0
Custos do programa	12 000 000	12 850 000	14 612 500	15 470 000	13 350 000		68 282 500
Custo Total	**12 000 000**	**12 850 000**	**14 612 500**	**15 470 000**	**13 350 000**		**68 282 500**

Componente 13: Saúde Mental

Situação actual

A Politica Nacional da Saúde dispõe que as perturbações mentais, pela sua natureza subjectiva, contextual e complexa e pelas suas características próprias, com destaque pela carga social, exigem a programação de actividades específicas, integradas nas restantes actividades de saúde e estabelece directrizes no sentido de:

- Assegurar o acesso equitativo aos cuidados de saúde mental, incluindo os usuários de drogas e de álcool;
- Integrar no conjunto de cuidados essenciais de atenção primária, actividades de promoção da saúde mental, junto das famílias e da comunidade, da prevenção, de diagnóstico precoce, de acompanhamento e garantia do tratamento;
- Definir o conjunto de cuidados secundários a ser prestado no nível regional;
- Garantir, pelo nível central do programa de saúde mental,a coordenação, supervisão e apoio técnico aos outros níveis, duma forma regular e programada.

Esse destaque atribuído à Saúde Mental encontra o seu esteio na importância da Saúde mental enquanto componente essencial do bem-estar do indivíduo e da comunidade e que tem sido sublinhada em diversas resoluções da Assembleia Mundial da Saúde, e do Comité Regional da OMS para a África, do Programa das Nações Unidas de Luta contra as Drogas [40] e da Assembleia Geral das Nações Unidas.

Com efeito, os Transtornos Mentais representam cinco das principais causas de morbilidade no mundo e prevê-se até ao ano 2020 um aumento significativo da frequência dos mesmos, nos países em desenvolvimento.

Em Cabo Verde, não se dispõe de dados regulares sobre a questão. O último levantamento estatístico e estudo epidemiológico dos transtornos mentais, data dos anos 1988/89,em que se estimava a sua prevalência em 4,3/1 000 habitantes quando o país tinha pouco mais de 337 000 habitantes [41].

Os dados disponíveis a nível do Relatório Estatístico do Ministério da Saúde, demonstram que em 2006 e 2007 as doenças mentais e os distúrbios de comportamento estiveram entre as 10 principais causas de morte no país, tendo em 2008 baixado para a 12ª posição para logo voltar a integrar as 10 primeiras causas de óbito nos anos de 2009 e 2010.

Na vigência do PNDS 2008-2011 foram realizadas diversas intervenções designadamente recrutamento de profissionais da área de psicologia para Delegacias de Saude, afectação de enfermeiros para actividades na área de Saúde Mental, formação em exercício, a nível dos Centros de Saúde e dos Hospitais Regionais, sobre métodos e técnicas de detecção e tratamento de casos de utilização de substâncias psicoactivas, com especial realce para uso abusivo do álcool que afigura-se ser um sério problema de saúde pública no país.

A supervisão e a análise e recolha de informações sobre a organização do atendimento da demanda em Saúde Mental tiveram lugar e deu-se início à elaboração de documentos normativos

77

[40]– Estratégia regional para a saúde mental 2000-2010, OMS, AFR/RC49/9
[41] – Catherine Barreau, Psicóloga clínica, José Barba, Psiquiatra. Dezembro 1990

que se encontram em fase avançada de preparação, como sejam Protocolos Terapêuticos e a Lei que estabelece os princípios gerais da Saúde Mental..

Pese embora os esforços já efectuados no sentido de fazer face aos desafios identificados no quadro do Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental, preocupações de relevo persistem, destacando-se deficiências em várias áreas, nomeadamente:

- Insuficiência de quadros treinados para intervenção na área da Saúde Mental;
- Fraca participação das famílias e das comunidades nos processos de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social;
- Fraca adequação do quadro legislativo;
- Rotura de stock de medicamentos essenciais;
- Abordagem deficiente a grupos populacionais específicos, como sejam jovens adolescentes e idosos;
- Fracas condições das infraestruturas para o atendimento ao paciente;
- Pouca integração dos dados sobre a situação epidemiológica dos distrúrbios mentais e comportamentais no Sistema de Informação e inexistência de estudos actuais sobre a problemática da Saúde Mental no país.

Face à natureza dos desafios ainda persistentes, são retomadas as estratégias definidas no Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental e que constituirão as principais referências na condução da acção no domínio da Saúde Mental, no período 2012-2016, salvaguardadas as devidas adequações que a avaliação do processo de implementação desse documento vier a ditar.

Estratégias operacionais

1. Reforço da qualificação e valorização dos recursos humanos através da formação especializada bem como da capacitação em exercício de profissionais da Saúde, sobretudo a nível da Atenção Primária;
2. Integração dos cuidados de Saúde Mental em todos os níveis do sistema de Saúde, com especial relevo para a Atenção Primária, que terá que ser de facto a *porta de entrada* para o Sistema de Saúde;
3. Reforço da cooperação intersectorial, visando a construção de uma atitude compreensiva da Saúde Mental e o necessário envolvimento das comunidades e famílias numa acção conjunta em prol da Saúde Mental;
4. Adopção de um quadro legislativo que favoreça a promoção da Saúde Mental bem como a protecção dos direitos das pessoas vivenciando transtornos mentais e comportamentais;
5. Desenvolvimento do subsistema de informação para a saúde mental e a investigação neste domínio

Metas

1. Até fim de 2016 formar/recrutar psiquiatras (4) pedopsiquiatra (1), neuropsiquiatra (1) , especialistas em Saúde Mental (2), psicólogo (a) clínico (2), psicólogo (a) infanto-juvenil (2), e especializar 16 enfermeiros em Saúde Mental;
2. Até fim do primeiro semestre de 2014 capacitar 50 agentes de saúde em matéria de abordagem através de métodos e técnicas de Terapia Ocupacional;

3. Até fim de 2013 capacitar 108 médicos das Delegacias de Saúde e hospitais para a utilização dos Protocolos terapêuticos em Saúde Mental e 75 agentes de intervenção comunitária para o encaminhamento adequado das pessoas com perturbações mentais;
4. Até fim de 2013 ter integrado os cuidados de Saúde Mental em todos os níveis do sistema de saúde incluindo a revisão da lista de medicamentos, a elaboração do Protocolo de atendimento com normas e procedimentos, a implementação dos protocolos terapêuticos e a reorganização e adequação dos programas funcionais das estruturas para a melhoria do atendimento aos pacientes e respectivos familiares;
5. Até fim de 2013 eliminar a ruptura de stock de medicamentos essenciais para a Saúde Mental;
6. Até fim de 2014 ter validado o pacote de diplomas legais prioritários para o domínio da Saúde Mental e a partir deste ano iniciado uma avaliação anual sobre o grau de cumprimento do respeito pelos direitos humanos nos Serviços de internamento em Saúde Mental;
7. Até fim de 2014 ter assinado protocolos de parcerias com os sectores, Câmaras e ONGs
8. Até fim de 2016 realizar seis campanhas sobre promoção da Saúde Mental e de sensibilização das populações sobre a sua importância para o bem-estar dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
9. Até fim de 2012 ter a matriz de indicadores para relatórios de morbilidade, sobre as doenças mentais e do comportamento;
10. Até fim do primeiro semestre de 2013 ter realizada a avaliação do Programa de Saúde Mental.

Intervenções

1. Formar/recrutar médicos especialistas em psiquiatria (4) 1 por cada região sanitária e 1 para S. Vicente, pedopsiquiatria (1) e neuropsiquiatria (1) para o Hospital de Trindade;
2. Formar médicos das Delegacias de Saúde e hospitais (108) na utilização dos Protocolos terapêuticos;
3. Formar/recrutar especialistas em Saúde Mental (2) e em psicologia clínica (2) incluindo psicologia infanto – juvenil (2) para a atenção primária;
4. Realizar acções de formação de curta duração, em matéria de abordagem através de métodos e técnicas de Terapia Ocupacional para agentes de saúde (50), afetos ao sector primário, aos hospitais Centrais e ao Centro de terapia ocupacional,;
5. Realizar acções de curta duração, para o encaminhamento adequado das pessoas com perturbações mentais para agentes de intervenção comunitária (75 Voluntários da Cruz Vermelha e Agentes Sanitários), nos diferentes concelhos do país;
6. Formar/recrutar enfermeiros (16) para Hospitais regionais e centrais em Saúde Mental;
7. Elaborar e implementar o pacote de cuidados de Saúde Mental a integrar em todos os níveis do sistema de Saúde, com especial relevo para a Atenção Primária;
8. Estabelecer ou reforçar protocolos de parceria com outros sectores da Administração Pública, Câmaras Municipais e Associações de cariz comunitário;
9. Rever e adequar a legislação a favor da promoção da Saúde Mental bem como da protecção dos direitos das pessoas que sofrem de Transtornos Mentais e Comportamentais;
10. Criar as bases para a recolha, tratamento e análise sistematizada e integrada no SIS, dos dados sobre a situação da Saúde Mental;
11. Desenvolver a investigação em Saúde Mental e mapear determinantes sociais, económicos e culturais associados aos principais transtornos que acometem a população

12. Integrar açoes para redução do estigma às pessoas com transtornos mentais e comportamentais.
13. Envolver associações de base comunitária nas intervenções de promoção da Saúde Mental desenvolver estratégias intersectoriais que contribuem para reduzir o estigma.

Resultados Esperados

1. SNS reforçado em matéria de recursos humanos para a área da Saúde Mental;
2. Normas e procedimentos de cuidados de Saúde Mental revistos ou elaborados;
3. Manual de protocolos terapêuticos elaborado e a lista de medicamentos essenciais revista e adaptada;
4. Visitas de supervisão realizadas com regularidade;
5. Estruturas de saúde reorganizadas para o atendimento aos pacientes e respectivos familiares;
6. População mais informada e sensibilizada sobre a importância da saúde mental para o bem-estar dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
7. Parcerias reforçadas com outros sectores (Ministério da Solidariedade Social, Câmaras Municipais, Ministério da Educação) e ONGs;
8. Lei sobre Saúde Mental e outros diplomas validados/publicados
9. Direitos humanos nos Serviços de internamento em Saúde Mental avaliados regularmente;
10. Informações sobre a situação sanitária no domínio da Saúde Mental integradas no Sistema de Informação Sanitária do Ministério da Saúde;
11. Programa de Saúde Mental avaliado.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: Direcção Nacional da Saúde, Serviços Centrais do Ministério **d**a Saúde; Delegacias de Saúde, Hospitais Centrais e Regionais; CNDS/INSP;
2. Parceiros nacionais : organizações de profissionais da Saúde, Câmaras Municipais, sector da Educação, sector da Solidariedade Social, Juventude, ICIEG, Ministério da Justiça/CCCD (Comissão de Coordenação do Combate à Droga), Comissão Nacional Direitos Humanos e ONGs (A Ponte, Associação Zé Moniz, Tenda El Shadai, Plataforma ONG);
3. Parceiros internacionais: OMS.

Indicadores de avaliação

1. Número de profissionais formados e em exercício;
2. Número de voluntários formados e activos;
3. Proporção de estruturas que dispensam cuidados, segundo as normas estipuladas no pacote de cuidados essenciais para respectivo escalão na pirâmide sanitária;
4. Percentagem da população que conhece pelo menos 3 factores condicionantes da Saúde Mental;
5. Número de associações envolvidas na problemática da Saúde Mental;
6. Estruturas de saúde com zero ruptura de medicamentos essências para Saúde Mental.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatório de fiscalização dos Serviços de Saúde Mental;
2. Relatórios de actividades do PNSM;
3. Resultados de inquéritos sobre a percepção da população relativamente aos Transtornos Mentais e do Comportamento;
4. Relatórios de supervisão sobre actividades de Saúde Mental;
5. Relatório Estatístico do Ministério da Saúde.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Vontade política para Institucionalização e implementação de actividades de saúde mental;
2. Existência duma equipa técnica nacional, embora insuficiente;
3. Reconhecimento por parte das Delegacias da Saúde do papel de relevo que devem desempenhar no quadro do processo na integração dos cuidados de Saúde Mental na Atenção Primária da Saúde;
4. Existência de estruturas prestadoras de cuidados a nível de Cuidados Primários de Saúde em todos os concelhos do país;
5. Existência de estruturas de referência especializadas.

Pontos fracos

1. Deficiente estruturação e enquadramento do programa;
2. Insuficiência de recursos de saúde, com especial relevo para os humanos especializados;
3. Insuficiente integração da Saúde Mental nas estruturas de Atenção Primária;
4. Recursos financeiros insuficientes;
5. Insuficiente implicação das famílias e das comunidades no processo de tratamento das pessoas com Transtornos Mentais mentais e de comportamento, sobretudo em situação de doença prolongada e de deficiência psicossocial.

Condicionantes ambientais

1. Estigmatização “social” de pessoas com Transtornos mentais e Comportamentais;
2. Altos índices de pobreza.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma 2012-2016

Prevenção e Tratamento das Perturbações da Saúde Mental

Total de custos (ECV) – OneHealthCabo Verde

	2012		2013	2014	2015	2016	Total
Custos de Intervenção	0	0	0	0	0		0
Custos do programa	0	16.721.000	14.602.000	4.665.000	2.140.000		38.128.000
Custo Total	**0**	**16.721.000**	**14.602.000**	**4.665.000**	**2.140.000**		**38.128.000**

Componente 14: Luta contra os efeitos nefastos resultantes do consumo abusivo do álcool

Situação actual

O consumo abusivo do álcool, para além de ser um factor de risco para várias doenças crónicas, acarreta pelas consequências conhecidas embora não suficientemente quantificadas: i) distúrbios mentais e comportamentais ii) mortes violentas e incapacidades por acidentes de trânsito ou por agressões; iii) violência doméstica; iv) absentismo e incapacidade para o trabalho, v) consumo de avultados recursos de saúde para a reparação em regime de internamento de agravos à saúde, entre outras.

Dados do Inquérito sobre as Despesas Familiares em 2001/02 mostram que em Cabo Verde, as famílias reservam igual percentagem (2%) do seu orçamento quer para o consumo de bebidas alcoólicas como para as despesas para a saúde e que, comparativamente com as despesas da educação, a parte do orçamento familiar dedicado para as bebidas alcoólicas é mais do que o dobro.

Segundo o IDNT (2007-2008) o consumo perigoso (40-60 mg/dia para homens e 20-40 mg/dia para mulheres) de álcool é de 6,35% entre os homens e 2,4% nas mulheres na faixa etária dos 25 a 64 anos de idade. O consumo nocivo, com valores > 60 mg/dia para homens e > 40mg/dia para as mulheres, é de 2,9% entre os homens e 0,2% nas mulheres.

Não existem dados sistematizados através de um sistema de recolha estatística e administrativa, tanto a nível loca das unidades de saúde, como também a nível central, expressa através dos Relatórios Estatísticos do MS que não contemplam informações estatísticas sobre a matéria. Esta situação reflecte a constatação de casos de alcoolismo, mas não contempla os casos decorrentes de acções praticadas sob o efeito de álcool de que resultam intervenções dos serviços de saúde para reparação de agravos, nomeadamente as situações de violência doméstica, acidentes de viação, lesões relacionadas, lesões sobre terceiros, acidentes de trabalho, entre outros. Estas situações acarretam custos elevados que não são imputados ou relacionados ao consumo directo do álcool, por inexistência de um instrumento adequado para o registo.

O Hospital Regional João Morais (Santo Antão) registou no período 2010-2011 um total de 1295 atendimentos no Banco de Urgências por alcoolismo, dos quais 325 (25%) resultaram em internamento. Do total dos 2523 internamentos registados nesses dois anos, os devidos ao consumo de álcool correspondem a cerca de 13% e a um total de 2 201 dias de hospitalização. A faixa etária mais acometida é a de maiores de 35 anos de idade com 72% de todos os casos atendidos. As mulheres representam 6% dos consumidores que recorrem ao HRJM. Paralelamente foram registados 28 óbitos resultantes de causa directa do consumo de álcool, todos de sexo masculino.

Na Delegacia de Saúde de Santa Cruz (Santiago) registou-se no primeiro semestre de 2012, uma taxa de 13% de internamentos por alcoolismo em relação ao total dos internamentos.

Inquéritos realizados entre adolescentes [42] no ensino secundário, em 1998 em S. Vicente e outro em 2005, indicam, por um lado, que as drogas lícitas mais consumidas são o álcool, o ta-

83

[42] – A Saúde e estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos frequentando o ensino secundário" de parceria entre o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, a Faculdade da Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa e a Associação para a solidariedade e Desenvolvimento Zé Moniz

baco e os tranquilizantes e por outro, que os alunos têm o primeiro contacto com o álcool em idades muito precoces [43]. Além disso, os internamentos relacionados com o consumo do álcool no Hospital Psiquiátrico da Trindade, têm representado, nos últimos anos, mais de um terço dos doentes aí hospitalizados. [44] Os serviços de urgência dos diferentes hospitais do país também atendem um grande número de pessoas intoxicadas pelo álcool, assim como as vítimas de seus actos de diversas formas: agressão, violência doméstica, acidentes de viação, abuso de menores.

Assim, para se enfrentar o consumo abusivo do álcool, com início na adolescência, vão ser necessárias medidas de prevenção e diagnóstico precoce, ainda na idade escolar, que poderiam traduzir-se, entre outras:

- Na aplicação rigorosa da lei que proíbe a venda, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas entre os menores e a publicidade das mesmas [Lei nº. 271/V/97];
- Na implementação do Plano de acção contra os efeitos nefastos resultantes do consumo abusivo do álcool, já formulado;
- Na implementação de instrumentos de eficácia comprovada, a nível da atenção primária para o diagnóstico precoce do risco de dependência (ASSIST[45]);
- Na informação da sociedade sobre a gravidade do risco e sobre a necessidade e formas de combate aos efeitos nefastos resultantes do consumo excessivo do álcool.

É nesse contexto que se orientam as medidas preconizadas no PNDS, baseadas num melhor conhecimento da situação e com tónica na mobilização para adopção de comportamentos saudáveis, na exigência por parte dos profissionais de saúde de imprimir maior rigor na abordagem da problemática do consumo excessivo de bebidas alcoólicas e alcoolismo e no desenvolvimento de parcerias para o reforço das medidas de fiscalização e controlo da aplicação efectiva dos dispositivos legais relacionados com a produção, comercialização e consumo do álcool. Serão encorajadas acções conjuntas intrassectoriais nomeadamente com promoção da saúde, saúde mental e saúde escolar, para uma abordagem integrada aos problemas relacionados com uso abusivo do álcool e o alcoolismo.

Estratégias

1. Reconstituição e reactivação da Comissão Interministerial de Luta contra o Alcoolismo (CILCA);
2. Indigitação de um coordenador do MS para as actividades de luta contra o consumo abusivo de bebidas alcoólicas (poderá também coordenar a CILCA);
3. Mobilização dos recursos financeiros necessários e estabelecimento de um orçamento exclusivo para financiar as actividades constantes do plano de acção;
4. Avaliação anual do grau de implementação (quantitativo e qualitativo) do plano de acção e adequação das actividades;
5. Integração nas reuniões técnicas (de programação e outras), por cluster;
6. Incentivo à criação de grupos de inter-ajuda (AA) para a recuperação de dependentes do álcool;
7. Sistematização da recolha e análise de dados sobre consumo abusivo e de álcool desagregados por sexo, faixa etária, escolaridade e renda, integrado no SIS;

[43] – Projecto realizado pelo PNSM e CNDS, com apoio da OMS

[44] – Ano 2004: 191/385 casos, 49%; 2006: 119/318 casos – 37%

[45] - ASSIST/Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

8. Promoção de estudos sobre o consumo abusivo e álcool e associação com mortes por causas violentas, violência doméstica, transtornos mentais e comportamentais.

Metas

1. Ter até Junho de 2013 um Plano de Acção para a Luta contra o consumo excessivo de bebidas alcoólicas revisto e pronto a implementar;
2. Ter disponível até finais de I semestre de 2014 dados do Estudo sobre consumo de álcool por região, sexo, faixa etária, escolaridade e renda na população Cabo-verdiano;
3. Ter até finais de 2014 criado Grupos de AA em 100% dos municípios do país;
4. Ter elaborado e aprovado em finais de 2013 e implementado a partir de 2014 o instrumento de colecta de dados sobre o consumo abusivo do álcool e alcoolismo no SIS;
5. Ter generalizado a utilização de ASSIST a todas as estruturas de atenção primária a partir de 2013.

Intervenções

1. Rever e implementar o Plano de acção para o controlo do consumo excessivo do álcool;
2. Realizar um Estudo sobre o o consumo de álcool por região, sexo, faixa etária, escolaridade e renda na população Cabo-verdiano;
3. Realizar um Estudo epidemiológico do uso abusivo do álcool;
4. Elaborar e implementar instrumentos para a colecta de informações dos casos que acorrem aos serviços de saúde e constituição de um banco de dados;
5. Elaborar e implementar um amplo programa de formação sobre a abordagem dos problemas ligados ao uso abusivo de bebidas alcoólicas para os principais intervenientes na problemática: professores, treinadores desportivos, agentes policiais, profissionais de saúde, fiscais das Câmaras Municipais, donos e gerentes de pontos de venda, servidores de mesa de bares e serviços afins, departamentos de recursos humanos de empresas e serviços públicos e privados, produtores caseiros/artesanais de bebidas alcoólicas;
6. Participar na elaboração da legislação sobre a produção, comercialização e consumo de bebidas alcoólicas;
7. Participar na elaboração e aplicação de medidas de fiscalização e controlo de qualidade de bebidas alcoólicas importadas e/ou produzidas no país;
8. Melhorar as condições de atendimento das vítimas e dos consumidores do álcool nos estabelecimentos de saúde;
9. Incentivar a criação de grupos de alcoólicos anónimos com a participação de profissionais de saúde (na fase inicial) e familiares de dependentes do álcool;
10. Colaborar com o Ministério da Educação na elaboração de conteúdos sobre a problemática do consumo do álcool para os compêndios do EBI e do secundário;
11. Elaborar e implementar em concertação com CNDS/INSP, programas de informação da população e grupos específicos sobre matérias alusivas à problemática do consumo excessivo do álcool em especial ações voltadas para a população de jovens e adultos do sexo masculino;
12. Incentivar a concepção e confecção de um selo indicativo de qualidade a ser colocado nas embalagens de bebidas alcoólicas produzidas no país (incluindo a produção caseira) antes da sua colocação no mercado;
13. Promover junto da ARFA o controlo da qualidade das bebidas alcoólicas produzidas no país e importadas e do controlo da publicidade de bebidas alcoólicas;

14. Contribuir para a elaboração e implementação de um dispositivo legal que permite a realização de contra-provas para a dosagem de alcoolemia nas estruturas de saúde a indivíduos encaminhados pelos agentes de trânsito após a realização de alcooteste para averiguar o teor de álcool no ar expirado;
15. Implementar o instrumento ASSIST em todas as Delegacias de Saúde;
16. Participar nas reuniões técnicas dos cluster relacionados com esta área de intervenção.

Resultados esperados

1. Epidemiologia do alcoolismo e perfil do consumidor conhecidos;
2. Comissão Inter-ministerial reactivada e funcional;
3. Grupos de AA aumentados;
4. Dados das unidades de saúde sobre o uso abusivo do álcool integrados no SIS;
5. População melhor informada sobre os malefícios do uso abusivo do álcool ASSIST implementado em todas as estruturas de atenção primária;
6. Legislação revista e publicada.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS/DNT, DGPOG, DGFM, CNDS/INSP, Hospitais, Delegacias de Saúde;
2. Parceiros Nacionais: Sector da Educação, OMC, ARFA, CCCD, Comissão Interministerial de luta contra o alcoolismo, Direcção Geral das Alfandegas, DG da Agricultura, DG do Comércio, DG das Finanças e Contribuição, Comunicação sócia, Polícia Nacional, Câmaras Municipais;
3. Parceiros Internacionais: OMS, UNICEF, Cooperação bilateral; OOAS.

Indicadores de avaliação

1. Número de reuniões da Comissão interministerial e de ações implementadas;
2. Proporção de casos de consumo abusivo de álcool no internamento ;
3. Percentagem de estruturas de atenção primária que implementam ASSIST;
4. Existência de legislação actualizada sobre o consumo do álcool;
5. Percentagem da população informada sobre os efeitos nefastos do uso abusivo do álcool;
6. Percentagem de concelhos com Grupos de AA.

Meios de Verificação e Seguimento

1. Relatórios anuais da Comissão Interministerial;
2. Actas das reuniões;
3. Relatórios estatísticos anuais do Ministério de Saúde;
4. Relatório de estudos;
5. Relatório da implementação do Plano de Acção.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Pontos Fracos

Pontos Fortes

1. Vontade política;
2. Legislação existente;
3. Existência de estruturas, serviços e pessoal qualificado para a execução do Plano de Acção.

Pontos Fracos

1. Publicidade agressiva que apela ao consumo de bebidas alcoólicas e pouco controlada;
2. Fácil e não controlado acesso às bebidas alcoólicas;
3. Ampla produção caseira de bebidas alcoólicas sem qualquer controlo e taxação;
4. Frequentes patrocínios de actividades culturais e desportivas por marcas de bebidas alcoólicas.

Condicionantes ambientais

1. Tolerância cultural e social que estimula o consumo de bebidas alcoólicas;
2. Pobreza.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Participação na Luta contra os efeitos nefastos resultantes do consumo excessivo do álcool e do alcoolismo

Total de custos (ECV) – OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	0	0	0	0	0	0
Custos do programa	7,822,000	17,145,000	10,535,000	5,145,000	8,325,000	48,972,000
Total de custos	**7,822,000**	**17,145,000**	**10,535,000**	**5,145,000**	**8,325,000**	**48,972,000**

Componente 15: Luta contra o Tabagismo

Situação actual

O consumo do tabaco constitui a segunda mais frequente causa de morte no mundo, cerca de um em cada dez adultos de ambos sexos, representando 5 milhões de mortes cada ano, segundo a OMS. Se os hábitos do consumo de tabaco continuarem sem alteração, a partir de 2025 as mortes imputadas ao tabaco ascenderão a 10 milhões cada ano. Metade dos actuais fumadores, estimados em 650 milhões, terá falecido nessa altura.

Segundo dados do IDNT/2007 a prevalência do tabagismo, em Cabo Verde, é de 9,9% mais elevada nos homens (15,9%) que nas mulheres (4,0%). A idade média do início do consumo situa-se em 19,4 anos (19,1 anos homens e 20,9 anos mulheres).

Presume-se que há uma tendência para o aumento do número de fumadores em ambos os géneros. Sabe-se também, e sem possibilidade de se quantificar, que no meio urbano se consome mais o cigarro tipo ocidental que no meio rural. Existe a prática de uso de tabaco de produção local principalmente no meio rural, quer sob forma de cigarro, quer de charuto enrolado com as folhas da própria planta, quer ainda sob a forma de pó de tabaco puído, para cheirar ou pôr debaixo da língua ou no espaço gengivo-jugal.

Foram realizados, em 2005, dois inquéritos transversais entre adolescentes no ensino secundário [46] em que se revela que o consumo de tabaco entre os jovens rondava os 8,4%.

Na luta contra o tabagismo destaca-se uma lei de 1995 [47] em que se listam as condições de dissuasão e restrição do consumo de tabaco mas que não é suficientemente conhecida e cuja aplicação é de baixa eficácia. É de se assinalar também que Cabo Verde ratificou, em 2006, a Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco, da OMS, que apresenta um conjunto de medidas e imposições legais, tendentes a reduzir o consumo do tabaco e também a exposição dos não fumadores aos seus efeitos.

Dessas medidas de protecção e de prevenção, segundo a OMS constam:

- A criação de zonas 100% não fumadoras, como a única estratégia eficaz para reduzir a exposição ao fumo do tabaco;
- A elaboração e aplicação rigorosa de uma legislação exigindo que todos os espaços públicos, incluindo os locais de trabalho sejam "100% não fumadores";
- A implementação de programas de educação e sensibilização com vista a reduzir a exposição ao tabagismo passivo no seio da família.

Nessa base, seria possível i) proteger os jovens proibindo a venda de cigarros a menores como previsto na Lei já mencionada; ii) proteger os não fumadores do tabagismo passivo, sobretudo as crianças, jovens e grávidas; iii) informar e educar as comunidades para participar/adoptar as medidas contra o consumo do tabaco.

O PNDS propõe, nesta componente, a criação de condições necessárias para promover essas directrizes assim como a aplicação efectiva das leis vigentes contra o tabagismo e ajustadas aos resultados do inquérito IDNT 2007-2008.

89

[46] – "A Saúde e estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos frequentando o Ensino secundário" de parceria entre a Associação Zé Moniz e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa e Faculdade da Motricidade humana da Universidade Técnica de Lisboa. 2005

[47] – Lei n.º119/IV/95 de 13 de Março, sobre "As condições de dissuasão e restrição do uso do tabaco em estabelecimentos e transportes públicos"

Estratégias

1. Criação de uma Comissão para o seguimento e avaliação das actividades no âmbito da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco;
2. Programação de um amplo estudo sobre a situação do país no concernente ao consumo do tabaco para a extracção de ilações que venham a suportar novas actividades para o Plano de Acção estabelecido;
3. Mobilização de recursos financeiros necessários e criação de um fundo exclusivo para financiar as actividades constantes do Plano de Acção;
4. Revisão da legislação existente visando incorporar novas medidas e de maior rigor no concernente à fiscalização de sua aplicação;
5. Melhoria do nível de conhecimento e engajamento de profissionais de diversas áreas na prevenção ao tabagismo através de acções de formação.

Metas

1. Ter realizado até Dezembro de 2014, o estudo sobre o consumo do tabaco no país;
2. Ter realizado até Junho de 2015, o levantamento dos gastos realizados com doenças resultantes do consumo do tabaco;
3. Ter elaborado até fim de 2013 um plano de acção plurianual contra o tabagismo no âmbito da luta contra as Doenças não Transmissíveis;
4. Ter criado até Junho de 2013, uma Comissão e indigitado o respectivo coordenador para o seguimento e avaliação das actividades no âmbito da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco;
5. Ter pronta, até fim de 2013, a proposta para a revisão da legislação existente;
6. Ter realizado até 31 de Dezembro de 2013, acções de formação sobre prevenção ao tabagismo para profissionais de diversas áreas.

Intervenções

1. Realizar um estudo sobre o consumo do tabaco no país cujos resultados servirão de base para redefinição da estratégia e inscrição de novas actividades no Plano de Acção;
2. Elaborar e implementar um plano de acção contra o tabagismo no âmbito da luta contra as Doenças não Transmissíveis;
3. Criar uma Comissão para o seguimento e avaliação das actividades no âmbito da Convenção Quadro sobre o Controlo do Tabaco e indigitar um coordenador;
4. Divulgar as leis vigentes no país sobre o tabaco e os conteúdos da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco;
5. Participar na revisão da legislação existente e, de forma activa e contínua, na fiscalização de sua aplicação;
6. Mobilizar recursos financeiros para a criação de um fundo exclusivo para financiar as actividades constantes do Plano de Acção;
7. Realizar acções de formação sobre prevenção ao tabagismo para profissionais de diversas áreas visando o seu engajamento na luta contra esse flagelo;
8. Identificar, com o apoio da OMS, as melhores alternativas terapêuticas praticadas nos diferentes países para implementação em Cabo Verde;
9. Formar profissionais de saúde de diferentes categorias para a abordagem do problema visando alcançar a desabituação;
10. Implementar uma ampla campanha de combate ao tabaco nomeadamente;

i. Criar e divulgar com frequência um spot televisivo sobre esta temática;
ii. Produzir desdobráveis e cartazesacessíveis e inclusivos relacionados com a prevenção do tabagismo sobre os malefícios do tabaco;
iii. Organizar, patrocinar ou promover actividades desportivas diversas com atribuição de prémios individuais e colectivos também com foco nas pessoas com deficiência;
iv. Realizar concursos públicos para a selecção das melhores propostas prevenção ao tabagismo;
v. Criar a categoria de serviços públicos sem fumo e atribuição de incentivos para a sua efectivação.

Resultados esperados

1. Ter criada e operacional, a Comissão para seguimento da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco;
2. Alternativas terapêuticas para combate à dependência de tabaco introduzidas na pratica assistencial;
3. Legislação actualizada e revista;
4. Profissionais da saúde e de outras áreas formados para uma melhor abordagem do problema relacionado com o consumo do tabaco;
5. População informada e sensibilizada para os riscos relacionados com o consumo do tabaco;
6. Espaços não fumadores aumentados.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS/DNT, Programa Nacional de Saúde Mental, Delegacias de Saúde, CNDS/INSP;
2. Parceiros nacionais: Ministérios da Administração Interna, Educação, DG. Indústria e Comércio. Ministério Público
3. Parceiros internacionais: OMS

Indicadores de avaliação

1. Número de profissionais do sector saúde com formação;
2. Número de profissionais de outros sectores com formação;
3. Número de reuniões da Comissão de seguimento da Convenção Quadro da Luta contra o Tabaco;
4. Percentagem da população informada sobre os efeitos nefastos do consumo do tabaco;
5. Número de espaços não fumadores;
6. Prevalência do consumo do tabaco por sexo e faixa etária.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatório Estatístico do Ministério da Saúde;
2. Relatórios de estudos realizados sobre consumo do tabaco;
3. Relatórios de produção da indústria do tabaco nacional;
4. Relatórios das Direcções Regionais do Comércio;
5. Informações das entidades judiciais e policiais sobre as contra-ordenações registadas;
6. Relatórios da Comissão para seguimento da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco.

Sustentabilidade: Pontos fortes e Pontos fracos

Pontos fortes

1. Existência de uma lei sobre dissuasão, restrição do consumo de tabaco e de proibição de fumar em espaços públicos;
2. Convenção Quadro sobre o Controlo do Tabaco ratificada.

Pontos fracos

1. Falta de fiscalização da aplicação da legislação relacionada com o consumo do tabaco;
2. Propaganda permitida das indústrias de tabaco;
3. Insuficiente controlo do comércio clandestino do tabaco.

Condicionantes ambientais

1. Importância económica da indústria do tabaco;
2. Aceitação do acto de fumar como uma opção e um direito.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Participação na luta contra o tabagismo

Total de custos (ECV) – OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	0	0	0	0	0	0
Custos do programa	9 850 000	15 345 000	10 265 000	4 975 000	8 225 000	48 660 000
Total de custos	**9 850 000**	**15 345 000**	**10 265 000**	**4 975 000**	**8 225 000**	**48 660 000**

-

Componente 16: Prevenção e Tratamento das Doenças Alérgicas

Situação actual

As doenças alérgicas causam quatro milhões de óbitos por ano em todo o mundo e prevê-se que dentro de 15 anos as doenças crónicas respiratórias sejam a quinta causa de morte.

O diagnóstico precoce e o início atempado dos cuidados adequados são imprescindíveis na redução da gravidade da doença, estando ainda o sucesso terapêutico directamente relacionado com a continuidade dos cuidados.

Estima-se que cerca de 10% da população geral apresenta uma patologia alérgica.

As doenças alérgicas, nomeadamente a asma brônquica, alergia nasosinusal, a urticária aguda e crónica, a conjuntivite alérgica, a alergia alimentar, a alergia medicamentosa e as dermatites atópicas, têm vindo a aumentar no país, tanto em termos da incidência e da prevalência como da gravidade,. Não existem dados sistematizados sobre estas patologias mas dos dados do Relatorio Estatistico do MS de 2010, as afecções respiratórias representam a terceira causa de óbitos, excluídos os óbitos por causas mal definidas, com 48,6 por cem mil habitantes. Entre este conjunto de patologias respiratórias, a asma brônquica ocupa um lugar de destaque.

Um estudo realizado em 1993 [48] revelou a prevalência da atopia entre 6% a 11,9% e de asma em torno de 11%, entre crianças de idade escolar, nas ilhas de Sal e São Vicente. Em 2006 foi realizado nas ilhas de S. Vicente e Santiago, um estudo sobre a prevalência das doenças respiratórias crónicas, entre as quais a asma, cujos resultados, ainda não publicados, permitirão uma visão mais completa e actual desta matéria.

Existem duas consultas de imunoalergologia no país, no HAN e HBS, mediante a referenciação, com uma média de 900 e 150 consultas/ano, respectivamente. O atendimento das patologias alérgicas é tambem assegurado por outras especialidades nomeadamente de pneumologia, dermatologia, otorinolaringologia, oftalmologia e gastroenterologia. Entretanto a primeira abordagem é feita habitualmente pelos clínicos gerais.

Na vigência do PNDS 2008-2011 as intervenções programadas não foram realizadas, com excepção de acções pontuais de sensibilização da população sobre as doenças alérgicas. Uma das principais razões desta constatação prende-se com a não existência de um quadro institucional de coordenação técnica e de acompanhamento das intervenções programadas.

No âmbito do PNDS 2012-2016 devem ser previstos estudos sobre a situação epidemiológica das doenças alérgicas, de modo a definir um Plano Operacional para a abordagem das Doenças Alérgicas. Propõem-se ainda acções de formação continua e especializada para os profissionais de saúde. Será criado um quadro institucional de coordenação técnica e de acompanhamento da implementação das intervençoes com vista a uma abordagem integrada das patologias alérgicas. Deverão ser também previstas medidas de reforço das condições técnicas e materiais, incluindo a criação de serviços específicos, para o diagnóstico, tratamento e seguimento das doenças alérgicas nos hospitais centrais e regionais. Tratando-se de doenças crónicas de curso prolongado que em grande número se inicia na infância, deverão ser propostos mecanismos institucionais que melhorem o acesso aos medicamentos essenciais, tendo em conta os grupos mais vulneráveis.

Dever-se-á prever também, uma maior sensibilização das populações sobre esta matéria assim como a realização regular de rastreios sobre a doença e seus principais factores de risco.

[48] – Epidemiologia das doenças alérgicas em Cabo Verde. Maria do Céu Teixeira. Maio 2005.

Estratégias operacionais

1. Criação de uma instância de coordenação técnica nacional para as doenças alérgicas;
2. Realização de estudos epidemiológicos sobre as doenças alérgicas e seus factores condicionantes;
3. Elaboração e implementação de um Plano Operacional para a abordagem das Doenças Alergicas;
4. Integração nos cuidados essenciais de atenção primária e secundária de actividades preventivas e terapêuticas das doenças alérgicas;
5. Formação/recrutamento de especialistas em alergologia;
6. Sensibilização da população em especial famílias e cuidadores sobre a problemática das doenças alérgicas utilizando material acessível e inclusivo;
7. Criação de macanismos legais de facilitação do acesso aos medicamentos a grupos vulneráveis;
8. Missões periódicas de especialistas às estruturas periféricas.

Metas

1. A partir de 2013, nomear uma coordenação técnica para as Doenças Alérgicas;
2. Até finais de 2013, realizar o estudo epidemiológico sobre as Doenças Alérgicas;
3. Em 2014, elaborar o Plano operacional para a abordagem das Doenças Alérgicas;
4. Ter todas as estruturas de saúde capacitadas no atendimento de pessoas com doenças alérgicas agudas e crónicas, até finais de 2015;
5. Formar/recrutar até 2016 mais dois alergologistas;
6. A partir de 2014 regulamentar o aceso dos grupos vulneráveis, aos medicamentos específicos;
7. Implementar, a partir de 2013, programas de sensibilização da população sobre as doenças alérgicas.

Intervenções

1. Nomear a coordenação nacional para as Doenças Alérgicas;
2. Realizar estudos epidemiológicos sobre as doenças alérgicas no país;
3. Elaborar o Plano operacional para a abordagem às Doenças Alérgicas;
4. Formar/reciclar os profissionais de saúde sobre a conduta a seguir no atendimento de pessoas com doenças alérgicas e de risco;
5. Criar condições técnicas e materiais para o atendimento das doenças alérgicas nos diferentes níveis de atenção;
6. Formar/recrutar pelo menos dois médicos especialistas em alergologia;
7. Realizar deslocações periódicas de especialistas às estruturas periféricas para supervisão e avaliação de doentes que requeiram cuidados específicos;
8. Criar um Banco de Dados das Doenças Alérgicas incluído no SIS;
9. Adaptar a tabela de cuidados para garantir o acesso à medicação [preventiva e de crises da agudização] de grupos vulneráveis;
10. Realizar reuniões/encontros técnicos, de forma regular, sobre a abordagem integrada das doenças alérgicas;
11. Realizar parcerias com centros hospitalares e instituições de pesquisa estrangeiros;
12. Contribuir na actualização da Lista Nacional de Medicamentos;

13. Elaborar e implementar, com o apoio do CNDS/INSP, de forma sistemática, programas de sensibilização da população sobre as doenças alérgicas.

Resultados esperados

1. Coordenador das doenças alérgicas nomeado;
2. Perfil epidemiológico das doenças alérgicas conhecido;
3. Plano operacional para a abordagem das doenças alérgicas elaborado;
4. Maior número de profissionais de saúde capacitados na abordagem de doentes alérgicos;
5. Serviços de saúde com melhores condições técnicas e materiais para o atendimento das doenças alérgicas;
6. Novos especialistas formados;
7. Melhor controlo dos casos de doenças alérgicas, com redução dos episódios de agudização, dos internamentos e das complicações;
8. Acesso a medicamentos específicos garantido aos doentes necessitados;
9. População mais bem informada sobre as doenças alérgicas.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS/PNDNT, DGFM, DGPOG, CNDS/INSP, Hospitais, Delegacias de Saúde
2. Parceiros nacionais: INE, Ordem Médicos, INPS;
3. Parceiros internacionais: OMS, OOAS, Cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Proporção de estruturas com capacidade de atendimento em doenças alérgicas segundo o escalão;
2. Número de profissionais capacitados no atendimento de doentes alérgicos;
3. Número de especialistas em alergologia;
4. Número de visitas itinerantes de especialistas às estruturas sanitárias;
5. Taxa de prevalência das doenças alérgicas;
6. Despacho sobre acesso da população vulnerável a medicamentos específicos.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatório de actividades da coordenação técnica nacional das doenças alérgicas;
2. Relatórios de actividades das Delegacias de Saúde e dos Hospitais;
3. Relatório Estatístico do Ministério da Saúde;
4. Relatório de estudos epidemiológicos;
5. Relatórios de visitas itinerantes de especialistas nas estruturas sanitárias periféricas;
6. Relatórios anuais da DGFM.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Empenho de profissionais de saúde vocacionados para as doenças alérgicas, embora ainda em escasso número;
2. Lista Nacional de Medicamentos regularmente revista.

Pontos fracos

1. Inexistencia de uma coordenação técnica nacional das doenças alérgicas;
2. Inexistencia de um plano para a abordagem das doenças alérgicas;
3. Número insuficiente de profissionais com conhecimento na abordagem integrada de doenças alérgicas;
4. Dificuldades financeiras para responder às necessidades.

Condicionantes ambientais

1. Poluição ambiental incluindo a bruma seca;
2. Utilização de lenha dentro de casa.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Prevenção e tratamento das doenças alérgicas

Total de custos (ECV) – OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	116 780 635	129 087 825	137 990 137	150 014 982	158 554 475	692 428 054
Custos do programa	0	0	0	0	0	0
Total de custos	**116 780 635**	**129 087 825**	**137 990 137**	**150 014 982**	**158 554 475**	**692 428 054**

Componente 17: Saúde Ocular

Situação actual

A saúde ocular é definida operacionalmente, neste componente, como as acções preventivas e curativas que garantam a diminuição do número de casos de cegueira e baixa visão com destaque para as intervenções sobre os factores de risco, nomeadamente a diabetes mellitus, glaucoma e ametropias não corrigidas.

Embora não existam estudos e inquéritos recentes, a percepção nos serviços de oftamologia é de que apesar de persistir o peso relativo das cataratas, as retinopatias vasculares particularmente a diabética e as degenerescências maculares ligadas à idade constituem os maiores desafios para a saúde ocular, pelo seu carácter incapacitante. Problema já reconhecido pelas autoridades sanitárias internacionais e da sub-região em que Cabo Verde está inserido, a OMS e a OOAS.

O último estudo disponível data de 1998 e é considerado desfasado da situação actual mas apontava a catarata como a principal causa de cegueira curável (2,5% de incidência na população geral) e as ametropias como responsáveis *major* de baixa visão. Este estudo ainda mostrou o peso significativamente baixo de doenças como o tracoma, a queratite pelo sarampo e a hipovitaminose A. Contudo segundo o Censo de 2010 existem em cabo Verde 1.115 pessoas cegas ou seja 0,23% que não conseguem ver de modo algum; 12.529 pessoas com muita dificuldade em ver (2,55%) e 51.377 pessoas com alguma dificuldade em ver (10,45%).

Nos dois hospitais centrais (HAN e HBS) foram realizadas em 2010 um total de 5.258 consultas de oftalmologia e 607 intervenções cirúrgicas. Entre as evacuações para o exterior as causas devidas às doenças do olho e anexos representaram 3% de todas as evacuações em 2010. No sector público da saúde existem serviços de oftalmologia nos dois Hospitais Centrais e três gabinetes de consultas de oftalmologia nos Hospitais Regionais de Santiago Norte e de Ribeira Grande de Santo Antão e na Policlínica de Sal. No Hospital São Francisco Xavier, em S. Filipe/Fogo existe um Gabinete de Oftalmologia com capacidade instalada para cirurgia diferenciada e laserterapia mas ainda por ser definida a sua utilização. Estes serviços e gabinetes não funcionam em rede.

No sector privado existem 11 consultórios com maior concentração nas cidades de Mindelo e Praia. Existe um gabinete de consulta, com sede na Associação dos Deficientes Visuais de Cabo Verde (ADVIC) e que funciona com o apoio técnico do HAN.

Os recursos humanos disponíveis para os serviços e gabinetes de oftalmologia são constituídos por oito oftalmologistas com competências cirúrgicas, seis optometristas, dois ortoptistas e um técnico auxiliar de oftalmologia.

Na vigência do PNDS 2008-2011 foram recrutados quatro oftalmologistas e um optometrista para o SNS. Nesse período foram instalados dois gabinetes de oftalmologia (HRSN e Policlínica do Sal) e o serviço de oftalmologia do HAN foi beneficiado com novas instalações e equipamentos.

É de se esperar que os casos de cegueira prevenível e curável diminuam significativamente com uma melhor capacidade de intervenções cirúrgicas nomeadamente sobre a catarata e o glaucoma; com capacitação técnica e material para o tratamento da retinopatia diabética; o reforço da formação de técnicos; melhor equipamento dos centros de Mindelo, de Praia e de Santiago Norte; e maior sensibilização da população para a procura dos cuidados oftalmológicos, particularmente em grupos específicos, crianças e diabéticos.

Assim, os esforços do PNDS 2012-2016 devem centrar-se na definição dos mecanismos de coordenação técnica e na criação da rede nacional de saúde ocular visando garantir a equidade no acesso aos cuidados de saúde ocular e a melhoria da qualidade da prestação. Serão também priorizados, o ras-

treio e tratamento da catarata, o tratamento do maior número possível de casos diagnosticados de glaucoma e o tratamento das retinopatias vasculares, particularmente de origem diabética. Um esforço particular deverá ser dirigido ao atendimento dos casos de baixa visão, apoiado em medidas de compensação e educativas.

A resposta, além da prevenção e cura, também deve incluir o encaminhamento e integração das pessoas com deficiência visual a programas reabilitação, orientação e mobilidade, aprendizado braille etc. que lhes permitram viver com o máximo de autonomia e qualidade de vida. Assim como o acompanhamento para previnir o agravamento e o aparecimento de deficiências secundárias.

Estratégias operacionais

1. Elaboração/actualização do Plano operacional de Saúde Ocular;
2. Funcionamento em rede dos serviços de saúde ocular;
3. Integração em todos os níveis da rede sanitária das condições para o diagnóstico atempado de doenças oftalmológicas e seu tratamento, reabilitação e acompanhamento e ou encaminhamento para níveis pertinentes;
4. Sensibilização sistemática da população para a prevenção da cegueira evitável;
5. Sensibilização sobre a questão da acessibilidade para pessoas com deficiência visual;
6. Reforço do rastreio precoce nas escolas do EBI de casos de baixa visão incluindo os erros de refracção;
7. Colaboração com os parceiros pertinentes na criação das condições humanas, técnicas e materiais para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiências visuais;
8. Advocacia para a inclusão das pessoas diagnosticadas com glaucoma entre os doentes crónicos com acesso aos benefícios previstos para outras doenças crónicas;
9. Formação/recrutamento de médicos oftalmologistas, enfermeiros especializados e técnicos de baixa visão.

Metas

1. Ter até 2013 o Plano operacional de Saúde Ocular;
2. Até fim de 2013 criar as bases para o funcionamento em rede dos serviços e gabinetes de oftalmolgia;
3. Criar até finais de 2013 e manter operacional, uma base de dados integrada no SIS sobre as deficiências visuais prevalecentes;
4. A partir de 2012 realizar regularmente rastreio e tratamento de casos de baixa visão, nas escolas do EBI;
5. Até fim de 2015 formar/recrutar seis médicos oftalmologistas, quatro técnicos para baixa visão e seis enfermeiros especialistas em oftalmologia;
6. Garantir a partir de 2014, em todos os níveis da pirâmide sanitária, as condições necessárias para o diagnóstico atempado das doenças do foro oftalmológico por níveis de atenção;
7. Organizar e operacionalizar, a partir de 2014, o tratamento, de pelo menos 80 % dos casos de catarata diagnosticados;
8. Organizar e operacionalizar até 2014, o diagnostico sistemático da retinopatia diabética e de glaucoma, e tratar, pelo menos 50% das pessoas que vivem com essas doenças;

9. Realizar um inquérito por amostragem sobre as principais causas de cegueira e de baixa visão até fim de 2013.

Intervenções

1. Realizar anualmente reuniões técnicas de coordenação de actividades de saúde ocular;
2. Definir termos de referência precisos para a coordenação técnica;
3. Elaborar e implementar protocolos para o atendimento das doenças oculares prioritárias;
4. Criar uma base de dados da rede, integrada no SIS, sobre as doenças oftalmológicas prevalecentes no País;
5. Fornecer apoio técnico especializado às estruturas de saúde de acordo com área/região de cobertura estabelecida (visitas itinerantes/consultas, intervenções cirúrgicas programadas, supervisão) ;
6. Capacitar os profissionais de saúde em saúde ocular por níveis de atenção;
7. Criar em todos os níveis da rede sanitária as condições (equipamentos e materiais de apoio) para o diagnóstico atempado de doenças oftalmológicas e seu tratamento ou encaminhamento para níveis pertinentes;
8. Colaborar com o Programa de Saúde Escolar, para o rastreio sistemático e o tratamento atempado das deficiências visuais entre os alunos do Ensino Básico Integrado;
9. Formar/Recrutar seis médicos oftalmologistas: um HR de Santo Antão, dois HBS, um Santiago Norte, três HAN e quatro técnicos para baixa visão;
10. Formar/recrutar seis enfermeiros especialistas em oftalmologia;
11. Adquirir equipamentos adequados para o diagnóstico e tratamento do glaucoma e das retinopatias vasculares [laser e angiógrafo,] e material de rastreio (autorefratómetro, tonómetros automáticos);
12. Promover parcerias com ONGs e autoridades autárquicas para a aquisição de medicamentos, óculos e outros dispositivos de compensação;
13. Criar um quadro legal para o acesso dos doentes com glaucoma aos medicamentos específicos;
14. Realizar um inquérito sobre a prevalência das causas de cegueira e de baixa visão;
15. Elaborar/actualizar um Plano operacional de Saúde Ocular;
16. Institucionalizar protocolos de seguimento de diabetes ocular;
17. Realizar com o apoio do CNDS/INSP acções de sensibilização sistemática da população para a prevenção da cegueira e de cuidados de saúde ocular.

Resultados esperados

1. Plano operacional de Saúde Ocular actualizado;
2. Conhecimento actualizado das doenças oftalmológicas mais frequentes em Cabo Verde;
3. Rastreio e tratamento de deficiências visuais garantidos entre as crianças do EBI;
4. Garantidos atendimento correcto, diagnóstico, tratamento e a referência de situações de doenças do foro oftalmológico nos diferentes escalões da pirâmide sanitária;
5. Quadro técnico dos Serviços de Oftalmologia reforçado;
6. Pelo menos 80% dos casos de catarata diagnosticados, operados;
7. Rede dos serviços e gabinetes de oftalmologia criada e funcional.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS/PNSO, DGFM, Hospitais, Delegacias de Saúde;
2. Parceiros nacionais: OMC, Sector da Educação; INPS, Lions Club, ADVIC, Igreja Jesus Cristo do 7º Dia;

3. Parceiros internacionais. OMS, OOAS; Lions Club Internacional.

Indicadores de avaliação

1. Número de técnicos formados;
2. Percentagem de casos de catarata, glaucoma e retinopatias vasculares diagnosticados, tratados;
3. Número de doentes com glaucoma beneficiários de assistência médica e medicamentosa privilegiada (vulneráveis);
4. Número de doentes evacuados para o exterior;
5. Número de Escolas do EBI beneficiárias de actividades de rastreio oftalmológico;
6. Frequência das visitas de especialistas às estruturas da respectiva área/região de cobertura;
7. Taxa de prevalência das causas de cegueira e baixa visão.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios anuais do Programa Saúde Ocular;
2. Relatórios anuais dos serviços de oftalmologia;
3. Relatórios de actividades das Delegacias de Saúde e dos Hospitais;
4. Relatório Estatístico do Ministério da Saúde;
5. Relatórios de visitas itinerantes de especialistas às estruturas sanitárias;
6. Relatório de estudos epidemiológicos;
7. Relatórios anuais do Programa de Saúde escolar.

Sustentabilidade: Pontos forte e fracos

Pontos fortes

1. Sensibilização crescente da população e frequente busca dos serviços de oftalmologia;
2. Número satisfatório de Oftalmologistas e outros profissionais do ramo, nos grandes Centros Urbanos [49];
3. Cobertura do INPS (37%);
4. Cooperação com o Lion's Club de Cabo Verde.

Pontos fracos

1. Acesso insatisfatório das pessoas com doenças oculares aos estabelecimentos de nível secundário e primário da rede sanitária;
2. Dificuldades financeiras para fazer face às necessidades;
3. Ausência de condições para o exercício em exclusividade dos especialistas nos estabelecimentos públicos.

Condicionantes ambientais

1. Condicionantes geográficos;
2. Nível de pobreza.

[49] -Superior a 1/500.000 segundo OMS

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Saúde Ocular

Total de custos (ECV) – OneHealth Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de Intervenção	6 836 583	6 898 054	6 960 345	7 023 180	7 086 434	34 804 596
Custos do programa	3 973 276	8 339 776	7 073 276	5 373 276	13 717 276	38 476 880
Total de custos	**10 809 859**	**15 237 830**	**14 033 621**	**12 396 456**	**20 803 710**	**73 281 476**

Componente 18: Saúde Oral

Situação actual

A Saúde Oral reflecte uma cavidade oral saudável, incluindo a dentição e as suas estruturas e tecidos de suporte. Traduz-se na ausência de doenças e por um óptimo estado da boca e de todo o sistema estomatognático (dentes, gengivas, osso alveolar, ligamentos periodontais, bochecha), garantindo assim um nível máximo de auto-estima.

Embora nem sempre impliquem perigo iminente à vida, muitas das doenças orais tais como cáries dentárias, doenças periodontais e cancro bucal, constituem importantes problemas de saúde pública devido à sua elevada prevalência nas populações (em adultos, jovens e crianças), influenciando directamente os níveis de saúde e a qualidade de vida. Têm além disso um impacto financeiro nos indivíduos e nos sistemas nacionais de saúde. De notar ainda que a saúde bucal de muitas pessoas com deficiência é precária e seu acesso a cuidados odontológicos é limitado.

Em Cabo Verde as despesas de saúde das famílias com a saúde oral representaram em 2002 cerca de 2% das despesas totais com a saúde (INE, IDRF, 2001/2002).

Um estudo do ICASE (1996) relativo ao estado de saúde dos alunos de Ensino Básico da primeira à quarta classe nos concelhos da Praia, São Vicente, Santa Cruz e Porto N

ovo, indicou que 59,3% dos alunos apresentavam cárie dentária.

Outro estudo realizado em 2009 no município de Tarrafal de Santiago envolvendo 2088 alunos do ensino básico de 22 escolas, constatou uma taxa de 62,7% de cárie dentária, sendo esta percentagem mais acentuada entre os alunos do meio rural com 85,7%. A doença periodontal foi observada em 60,9% dos casos. Do total dos alunos avaliados 80,9% relataram nunca ter visitado um dentista.

Conforme constatações da prática clínica, para além da cárie dentária e das periodontopatias outras afecções orais, constituem importantes problemas de saúde oral em Cabo Verde:

- As manifestações orais das doenças sistémicas incluindo as infecções pelo VIH;
- Lesões pré-cancerosas e cancro da boca;
- Traumatismos maxilofaciais decorrentes dos acidentes de viação e de lesões físicas;
- Fluorose muito comum em pacientes da ilha Brava e algumas regiões de S. Nicolau, Boavista e S. Antão.

Os profissionais de saúde oral, hoje em número significativo, estão principalmente em clínicas e consultórios privados em grande parte devido a causas financeiras e ao fraco investimento do sector público na saúde oral. O sector privado integra 47 consultórios odontológicos, distribuídos nos principais municípios do país.

Foram, entretanto, recrutados alguns dentistas para os Centros de Saúde da Praia, São Filipe e para a RSSN. Exceptuando as ilhas de Boavista, Maio, São Nicolau e Brava em todas as restantes existem profissionais de saúde oral. O Relatório Estatístico de 2010 aponta para a existência, em 2009, de um técnico de prótese e um estomatologista para cada HC e nove para os Centros de Saúde e HR.

Os equipamentos odontológicos existentes, alguns resultados de doações e importados de países mais desenvolvidos, frequentemente apresentam problemas de funcionamento por falta de manutenção local adequada. Os instrumentos dentários são insuficientes e carecem de uma renovação frequente.

Nos últimos anos foram instalados em alguns Centros de Saúde, consultórios odontológicos, nomeadamente em Tarrafal de Santiago, Calheta, Assomada e em São Filipe (Fogo). Está prevista a instala-

ção de novos consultórios odontológicos nas Delegacias de Santa Cruz, Mosteiros, Maio, Boavista e Praia. Outros CS deverão ser contemplados para reforçar a rede de cuidados odontológicos.

O abastecimento de materiais de consumo e medicamentos é irregular devido a questões sobretudo de foro organizacional e estrutural desta área de intervenção.

O atendimento odontológico tem-se mostrado essencialmente emergencial e paliativo, proporcionando sobretudo alívio da dor e da sepsia, e só ocasionalmente outras formas de cuidados curativos em detrimento da promoção e a sensibilização da população para os bons hábitos de higiene oral.

A insuficiência de materiais e equipamentos condiciona a prestação de cuidados curativos que se resumem essencialmente em actividades de exodôntia e por outro lado a demanda da população ocorre preferencialmente em situações de difícil recuperação e restauração da unidade dentária. Esta realidade advém da escassez da informação da população sobre a higiene oral, das questões culturais e também de ordem financeira.

Dado que a saúde oral é tão profundamente influenciada por muitos dos factores ambientais que afectam a saúde em geral, uma política de saúde oral, para ser eficaz, deve ter em conta tanto as influências genéricas como as específicas. Assim deve privilegiar estratégias que:

- Contribuam para a redução da pobreza e promoção da equidade;
- Melhorem efectivamente o abastecimento de água potável, o saneamento adequado e habitações para todos;
- Promovam a educação para a saúde, o combate ao consumo de tabaco e álcool e a promoção de práticas nutricionais correctas, incluindo o uso moderado do açúcar.

Estratégias operacionais

1. Reorientação dos serviços odontológicos para enfatizar na promoção da saúde oral e na prevenção das doenças orais nas comunidades e particularmente nas escolas e junto ás famílias de crianças com deficiência;
2. Reforço da coordenação e da capacidade de resposta (humana, técnica e material) dos serviços odontológicos a nível do país;
3. Integração da saúde oral noutros programas (nutrição, reabilitação de crianças com deficência, saúde mental, saúde reprodutiva, curricula de formação de professores, educadores de infância e de profissionais de saúde) com responsabilidade na promoção de saúde;
4. Criação de sistemas eficazes de informação e de investigação sobre a saúde oral e avaliação do impacto das acções em saúde oral;
5. Integração nas reuniões técnicas (de programação e outras) por cluster.

Metas

1. A partir de 2013 criar o Programa de Saúde Oral e nomear uma coordenação técnica;
2. Até fim de 2013 elaborar e iniciar a implementação do Plano operacional de Saúde Oral;
3. A partir de 2013, os programas de saúde (DCNT, saúde reprodutiva, saúde escolar, saúde mental, reabilitação de pessoas com deficência e nutrição) devem integrar nas suas acções actividades de saúde oral;
4. A partir de 2012 e até 2015 os Centros de Saúde estarão equipados e com recursos humanos adequados à prestação dos cuidados básicos de saúde oral (tratamentos periodontais, dentística restauradora, prótese dentária);
5. Até fim de 2015 ter em todas as Delegacias de saúde um estomatolgista;

6. A partir de 2013, o sistema de informação sanitária deve incluir a informação sobre a saúde oral;
7. Ate fim de 2014 integrar a valência saúde oral nas visitas às escolas e jardins;
8. Ate 2014 ter um estudo epidemiológico sobre as doenças orais no país;
9. Ate 2016 ter a fluoretação de agua para consumo humano e ou do sal como medidas preventivas;

Intervenções

1. Elaborar e implementar normas para a integração da saúde oral nos programas de saúde pública (Nutrição, Saúde Reprodutiva, Saúde Escolar);
2. Colaborar com as escolas, jardins-de-infância, creches na realização de actividades de promoção da saúde oral e acções de prevenção;
3. Promover o fornecimento de níveis adequados de flúor através do abastecimento de água ou sal;
4. Introduzir o sistema de desfluorização da água nas áreas onde a fluorose seja endémica;
5. Dotar os Centros de Saúde com equipamentos e materiais odontológicos adequados para o diagnóstico e tratamento das doenças orais mais comuns;
6. Recrutar estomatologistas de forma a completar o quadro para as delegacias de saúde;
7. Dotar as estruturas de saúde com recursos humanos especializados: dez estomatologistas (delegacias e centros de saúde), dois cirurgiões maxilo-facial (hospitais centrais), cinco técnicos de próteses (hospitais centrais e regionais);
8. Criar e implementar um sistema de informação necessário ao planeamento, monitorização e avaliação das actividades de saúde oral, incluindo a sua divulgação no Relatório Estatístico do MS;
9. Criar parcerias com outros departamentos governamentais, autarquias, organizações internacionais e ONGS, incluindo organizações de pessoas com defici~enciapara facilitar a implementação das estratégias e a mobilização de recursos;
10. Elaborar e implementar o Plano operacional de Saúde Oral;
11. Criar o Programa Nacional de Saúde Oral e oficializar a respectiva coordenação técnica;
12. Realizar um estudo epidemiológico sobre as doenças orais e práticas de saúde oral na população;
13. Elaborar e implementar, com o apoio do CNDS/INSP e outros parceiros (ONG´s, associações comunitárias) acções de educação para a promoção da saúde oral nas comunidades;
14. Realizar acções de formação em matéria de saúde oral dirigidas aos profissionais de saúde, às associações comunitárias e outros parceiros;
15. Promover acções de formação continuada para os profissionais de saúde oral, atendendo às necessidades da população incluindo as das pessoas com deficência;
16. Promover a sustentabilidade financeira e material dos serviços odontológicos nos CS;
17. Desenvolver acções de supervisão e acompanhamento da execução do plano operacional;
18. Participar nas reuniões dos clusters técnicos relacionados com a Saúde Oral.

Resultados esperados

1. Plano operacional, validado e em processo de implementação;
2. Programa de Saúde Oral criado e funcional;
3. Existência de serviços de saúde oral adequados, acessíveis e operacionais nos Centros de Saúde em todas as Delegacias de Saúde;
4. População informada e consciencializada sobre a importância da saúde oral;
5. Escolas, jardins-de-infância e Centros de Saúde com acções de saúde oral integradas nas suas actividades;
6. Conhecimento actualizado sobre as doenças orais em Cabo Verde, assim como as necessidades em termos de serviços curativos.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério de Saúde: DNS, Programas Saúde Oral, Nutrição, SR, Saúde escolar, CNDS/INSP, Hospitais e Delegacias de Saúde;
2. Parceiros Nacionais: Ministério do Ambiente e Agricultura, Sector da Educação (FICASE) e Instituto pedagógico, Universidades que formam profissionais de saúde, Autarquias; ONG;
3. Parceiros Internacionais: OMS, UNICEF, Lux-Development, bilaterais.

Indicadores de Avaliação

1. Percentagem das actividades do Plano operacional, implementadas;
2. Taxa da incidência das doenças orais, Índice CPOD e ceod (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) desagregada por deficiência, sexo e idade;
3. Percentagem dos Centros de Saúde, com serviços odontológicos adequados e acessíveis;
4. Percentagem de Centros de Saúde e de escolas e jardins-de-infância com saúde oral inscritos nos seus planos de actividades;
5. Nível de CAP de população relativamente à saúde oral.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatório de execução do Plano Operacional;
2. Relatório actividades das Delegacias de Saúde;
3. Relatório Estatístico do MS;
4. Relatório de supervisão das actividades a nível dos centros de saúde e delegacias;
5. Relatório de estudos sobre saúde oral.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Pontos Fracos

Pontos fortes

1. Consciencialização da população sobre a importância da saúde oral;
2. Vontade política para implementação de um programa nacional de saúde oral;
3. Existência de parcerias nacionais sobre a saúde oral (FICASE);
4. Estratégias regionais e mundiais que favorecem a implementação do programa de saúde oral.

Pontos fracos

1. Doentes vulneráveis não incluídos na previdência social;
2. Inexistência de um Plano Estratégico Nacional de Saúde Oral;
3. Reduzido número de profissionais da saúde oral no serviço público;
4. Serviços de Saúde com fraca capacidade de acções de restauração dentária;
5. Deficientes condições nos Centros de Saúde para executarem as actividades da saúde oral;
6. Fraca participação dos profissionais da área nas acções de promoção e prevenção da saúde oral;

Condicionantes Ambientais

1. Nível acentuado de pobreza;
2. Fraca literacia em saúde.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Saúde oral

Total de custos (ECV) – OneHealthCabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	16 461 472	32 812 439	40 543 969	45 609 585	50 348 189	185 775 654
Custos do programa	22 999 558	22 999 558	22 999 558	22 999 558	22 999 558	114 997 790
Total de custos	**39 461 030**	**55 811 997**	**63 543 527**	**68 609 143**	**73 347 747**	**300 773 444**

I..2 SUBPROGRAMA: ATENÇÃO DE SAÚDE PARA GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Com este subprograma pretende-se equacionar os cuidados de saúde específicos a prestar a grupos alvos particulares da população como as crianças, os adolescentes, os adultos e os idosos de ambos os sexos a acrescentar aos cuidados gerais disponibilizados a todos os cidadãos, de maneira a responder a demandas que lhes tocam em especial. Neste particular o PNDS deve estabelecer estratégias que abranjam grupos com necessidades específicas nomeadamente referentes às pessoas com deficiência.

O subprograma abrange muitos aspectos transversais, nomeadamente as questões relativas à equidade do género, já previstos e equacionados em outros programas e subprogramas do PNDS, que não serão retomados aqui, para evitar duplicações. A análise em relação a cada grupo terá assim que separar, entre as intervenções em curso, aquelas com bons resultados e para os quais o esforço é de manter ou melhorar o nível de respostas atingido, das intervenções que não têm sucesso e que serão objecto de inovação em função das causas identificadas.

Uma outra dimensão da questão diz respeito à identificação de novas intervenções prioritárias para a melhoria significativa da saúde desses grupos, e que constituem o cerne deste subprograma para os próximos cinco anos de implementação do PNDS.

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, que desde 2001 substitui o da Protecção Materno-infantil/Planeamento familiar [PMI/PF] implantado desde 1977, constitui o suporte organizacional para a prestação de cuidados de saúde, sobretudo preventivos, às crianças e às mulheres em idade fértil e em menor grau aos adolescentes e adultos masculinos. A articulação entre as estruturas prestadoras de cuidados curativos e reabilitativos não é, contudo, suficiente para garantir a coordenação, a qualidade e a continuidade dos cuidados, apesar dos esforços envidados para se regulamentar as competências nessa matéria, e utiliza-las nos diferentes níveis de prestação de cuidados. Ampliar abordagem para atender vulnerabilidades actuais de jovens e adultos no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva

A nível da atenção primária, dos Centros de Saúde em particular, é evidente a integração dos cuidados assumidos anteriormente, em exclusividade, pelos antigos serviços de PMI/PF. Já a nível do atendimento secundário a situação é mais problemática na medida em que persiste uma separação nítida entre os Centros Regionais da Saúde Reprodutiva e os Hospitais Regionais. É uma questão a resolver no âmbito das Regiões Sanitárias.

Se as questões relativas às crianças menores de 5 anos de idade estão cobertas, (ver as car~encias na oferta para crianças com deficiência) para as crianças em idade escolar e antes da adolescência resta um hiato de cuidados específicos por preencher. Entretanto, nos últimos anos, estas lacunas vêm sendo colmatadas com o estabelecimento de parcerias locais entre as Delegacias de Saúde e as instituições que trabalham com crianças nessas faixas etárias (FICASE, ICCA, ACRIDES, ACARINHAR e outras associações e iniciativas da sociedade civil). De notar a grande vulnerabilidade de crianças com deficiência sendo necessário fortalecer os sistemas de protecção à criança e identificar e abordar as normas que causam a discriminação destas crianças.

O Ministério da Educação, através da FICASE e o Ministério da Saúde desenvolvem, em parceria, o programa de saúde escolar com as valências de promoção da saúde, rastreio de problemas relacionados com patologias de audição, visão, buco-dentária, acções de desparasitação nas escolas, a suple-

mentação de micronutrientes (Ferro e Vit C), promoção de práticas alimentares saudáveis e segurança alimentar (hortas escolares) e cantinas escolares.

A saúde dos adolescentes e jovens inclui várias dimensões ligadas ao processo de formação, de transição e de afirmação a que estão sujeitos. Será necessário definir uma estratégia nacional abrangente, multissectorial, incluindo as próprias famílias.

Em 2008 foi feita uma análise da situação da saúde reprodutiva dos Adolescentes e Jovens. Em 2010 foi feito um *atelier* nacional sobre a definição dos eixos estratégicos para a elaboração de uma estratégia de saúde reprodutiva para os adolescentes e jovens com consultores da OMS e FNUAP.

Foram criados nos últimos anos quatro centros de atendimento específico para adolescentes e jovens (Praia CSR de Fazenda, CSR de Assomada, CSR de Bela Vista, CSR de Ribeira Grande de Santo Antão).

Em relação aos adultos há a distinguir **i)** As mulheres em idade de fértil para quem as intervenções feitas têm dado bons resultados e que devem ser mantidos; **ii)** Os homens na mesma faixa etária, para os quais não tem havido intervenções específicas e que devem beneficiar entre outros dum programa sistemático de rastreio do cancro da próstata e de saúde sexual e reprodutiva, prevenção da violência; **iii)** Os jovens e adultos (18--59 anos) dos dois sexos para quem é urgente dirigir informações sistemáticas e regulares sobre a prevenção dos factores de risco para as doenças degenerativas como as cardiovasculares (obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo), a infecção pelo VIH/SIDA, a insuficiência renal crónica, o rastreio dos cancros do tubo digestivo a violência baseada no género e, **iv)** Ainda, para idosas e idosos (> 60 anos) para quem será necessário continuar a dirigir as medidas preventivas mas, sobretudo, prever cuidados diferenciados e especiais para certas doenças identificadas e previsíveis. Algumas acções não sistematizadas de promoção da saúde e prevenção de complicações, associadas às doenças existentes, são desenvolvidas principalmente nos centros urbanos e incluem actividades recreativas e ocupacionais promovidas pelos centros-dia para os idosos.

Aumento deficiência com a idade importância de políticas voltadas para pessoas com deficiência sensitivas ao género e idade

Objectivo Geral

Contribuir para a melhoria da atenção de saúde a cada um dos grupos específicos da população.

Objectivos específicos

1. Contribuir com cuidados específicos de saúde para o desenvolvimento das crianças caboverdianas;
2. Contribuir com cuidados específicos para a saúde dos adolescentes;
3. Garantir cuidados de saúde reprodutiva às populações em idade fértil e no processo de procriação;
4. Garantir cuidados específicos de saúde aos idosos (> 60 anos);
5. Garantir cuidados específicos de saúde aos homens.

Estratégias

1. Reforço da planificação e integração de prestações específicas de saúde, de qualidade, para grupos alvos particulares da população nos estabelecimentos dos diferentes níveis de atenção da pirâmide sanitária;
2. Desenvolvimento da acção intersectorial na promoção da saúde aos grupos específicos.

Factores favorecedores

1. A existência e a implementação com sucesso de actividades referentes à saúde de menores de cinco anos e de mulheres em idade fértil;
2. Disponibilidade de apoio, a nível internacional para o desenvolvimento das componentes de saúde infantil, materna e da mulher em idade fértil;
3. Vontade política para assegurar cuidados específicos a grupos alvos particulares.
4. Empoderamento da sociedade civil sobre as questões de género;
5. A criação do Conselho Nacional de Família;
6. A aprovação da lei sobre a Violência Baseada no Género.

Factores de risco

1. Deficit gestionário na integração e operacionalização das actividades nos diferentes níveis;
2. Falta de estratégias relativas à saúde dos adolescentes, homens e idosos;
3. Fraca coordenação da acção intersectorial;

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Prestação de cuidados específicos à saúde das mulheres e dos homenspara	54 569 517	56 506 583	60 805 482	61 736 195	64 011 211	297 628 988
Prestação de cuidados de saúde para a proteção e o desenvolvimento da criança	15 318 470	15 734 271	15 527 547	14 941 739	14 677 215	76 199 243
Prestação de cuidados específicos àde saúde dos adolescentes e jovens	6 504 000	4 112 000	5 700 000	268 027 070	502 837 614	787 180 684
Prestação de cuidados específicos à saúde dos idosos	0	885 000	1 050 000	1 145 000	300 000	3 380 000
Total	**76.391.987**	**77.237.854**	**83.083.029**	**345.850.004**	**581.826.040**	**1.164.388.915**

Componente 1: Prestação de cuidados de saúde para a proteção e o desenvolvimento da criança

Situação actual

Garantir o desenvolvimento da criança em Cabo Verde é ainda um desafio. Apesar dos ganhos conseguidos nos últimos 35 anos no que respeita à assistência aos menores de cinco anos, deve reconhecer-se que os desafios persistem sobretudo relativamente à protecção e à promoção da saúde das crianças em idade escolar.

Os dados do Relatório Estatístico do Ministério da Saúde de 2009 indicam uma taxa de mortalidade infantil ainda elevada, de 20,1‰ nados vivos, com uma contribuição importante da mortalidade neonatal precoce de 11,2‰ nados vivos. A mortalidade perinatal é igualmente elevada, atingindo 24,8‰ nascimentos. A taxa de mortalidade entre menores de 5 anos era de 23,7‰ nados vivos, prevalecendo como principais causas de mortalidade neste grupo etário as afecções perinatais (52,4% em 2010), as doenças infecciosas e parasitárias (17,6% em 2010), as afecções respiratórias (8,2% em 2010), as anomalias congénitas (9,4% em 2010 decorrentes da epidemia da rubéola) e os traumatismos e envenenamentos (1,7% em 2010).

De destacar no quadro da morbilidade hospitalar, a frequência dos acidentes domésticos em crianças, primeira causa de atendimento na urgência pediátrica do HAN nomeadamente, quedas, violência, queimaduras. Na vigência do PNDS deve-se procurar através de um quadro multissectorial de concertação, promover intervenções no sentido da prevenção dos acidentes e da detecção precoce e protecção das crianças em risco.
Em relação ao aleitamento materno, os resultados dos inquéritos demográficos e de saúde reprodutiva [IDSR I em 1998, e IDSR II em 2005], indicam que a percentagem de crianças até 6 meses de idade sob amamentação exclusiva passou de 39% para 60%, com a duração mediana de 4,3 meses, em 2005. Tomando o aleitamento materno, na globalidade, a duração mediana passou de 13 meses em 1998 para 15,9 meses em 2005. Entretanto os dados do IPAC-2009[50] revelam que mais de 60% das crianças consomem algum alimento que não seja o leite materno antes de completar seis meses de vida, o que indicia uma diminuição da prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses em relação a 2005.

O Programa Alargado de Vacinação [PAV] tem sido uma componente importante para a sobrevivência da criança. Começou em Cabo Verde em 1977 integrado no programa PMI/PF, o qual foi substituído, a partir de 2001, pelo Programa Nacional de Saúde Reprodutiva [PNSR]. Tem como objectivo alcançar uma cobertura vacinal de, pelo menos, 95% das crianças menores de um ano protegendo-as contra a tuberculose, difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite, hepatite B, hemophilus influenzae B, rubéola, parotidite e sarampo.

Cabo Verde subscreve as iniciativas de erradicação da poliomielite, da eliminação do sarampo e do tétano neonatal. A vacina contra a hepatite B foi introduzida em 2002. Em 2010 foi alterado o calendário vacinal, com introdução da vacina contra o Hemophilus influenzae B, sob a forma combinada Pentavalente (D. T. P- Hib – Hep. B) que substitui a tripla (D. T. P) e as vacinas combinadas contra a Parotidite, Rubéola e Sarampo (tríplice viral / PRS).

De acordo com os dados de rotina referentes ao ano 2010 a proporção de menores de 1 ano vacinados contra DTP3 foi 96,2%, Sarampo 97,8% e completamente vacinadas 95,8%. Também, os dados obtidos a partir do Inquérito Nacional de Cobertura Vacinal realizado em 2011 sobre o ano 2010, mostra-

114

[50] Inquérito sobre Prevalência da Anemia e Factores Associados em Crianças Menores de 10 anos

ram taxas de coberturas vacinais, em média, superiores a 95%, sendo a taxa da DTP3 99,6% e do Sarampo 96,8%.

De destacar que depois da última epidemia de Sarampo em 1997-1998 e de Poliomielite em 2000, têm-se desenvolvido Jornadas Nacionais de Vacinação suplementares contra as mesmas com uma periodicidade definida.

A monitorização do crescimento e do desenvolvimento da criança é bem desempenhada pelos serviços de SR nos diversos níveis da pirâmide sanitária. Na PNS preconiza-se a efectivação duma estratégia de atendimento integral às doenças da infância [AIDI], incluído no pacote de cuidados essenciais, [51] em todas as estruturas de saúde.

Não está estabelecido um programa integrado de actividades promocionais, preventivas, curativas ou de outra natureza para com as crianças de 5 anos ou mais, para além do Programa de Saúde Escolar implementado pelo Ministério da Educação em parceria com o Minsitério da Saúde e cuja abordagem está contemplada no programa de Promoção da Saúde.

No contexto da implementação do PNDS 2012-2016, devem ser feitos esforços no sentido de melhorar o acompanhamento da gravidez, da assistência ao parto e pós-parto, com vista a reduzir o peso das afecções perinatais na mortalidade infantil; implementar estratégias de rastreio e intervenção precoce para detectar reforçar o PAV para manter os níveis elevados de cobertura; generalizar a estratégia de AIDI adaptada ao contexto do país e dinamizar a parceria com o Ministério da Educação no que toca à implementação do Programa de Saúde Escolar. As estratégias devem buscar a promoção dos conhecimentos das famílias e das comunidades para cuidar de crianças com deficência.

É importante enfatizar estratégias de rastreamento e diagnóstico precoce que devem ser vinculadas à prestação de apoio oportuno e adequado e aconselhamento às famílias, juntamente com a concepção e orientação de um plano de intervenção correspondente para problemas mais complexos e para atrasos de desenvolvimento.

Estratégias operacionais

1. Reforço de condições humanas, técnicas e materiais, em cada estrutura de saúde, para a prática duma *"atenção integrada às doenças da infância",* AIDI adoptada pelo país;
2. Definição de uma estratégia em concertação com parceiros nacionais (Educação, Associação Acarinhar, Solidariedade Social, entre outros) e internacionais (Handicap entre outros) para o desenvolvimento de um programa de vigilância de crianças e jovens com paralisia cerebral;
3. Definição de uma estratégia nacional para redução da mortalidade perinatal, incluindo a melhoria dos cuidados neo-natais, o reforço institucional e a capacitação dos técnicos nos diferentes níveis de atenção;
4. Reforço da capacidade de resposta (gerencial, financeira, técnica) do PAV incluindo a introdução de novas vacinas;
5. Garantia do mecanismo eficaz de vigilância e resposta das doenças preveníveis por vacina, no quadro da vigilância integrada das doenças com potencial epidémico;
6. Reforço das actividades de IECMC e da colaboração com outros sectores do Governo, privados e organizações da sociedade civil, orientadas para a sobrevivência e o desenvolvimento da criança incluindo a atenção à criança com deficiência;
7. Reforço das actividades de informação, formação e orientação de profissionais, pais e comunidades para detectar atrasos de desenvolvimento no início, melhorar o desenvolvimento das crianças, prevenir o abuso e negligência e garantir o apoio (sensibilização) na inclusão escolar;

115

[51] - Incluir no pacote essencial, como cuidados à criança: a vacinação; a vigilância ao crescimento e ao desenvolvimento; o aconselhamento nutricional; a promoção do aleitamento materno e o diagnóstico e tratamento adequado dos problemas de saúde.

8. Participação activa no programa de saúde escolar em parceria com o Ministério da Educação.

Metas

1. Alargar a todos os níveis da pirâmide sanitária até 2015 a atenção integrada às doenças da infância (AIDI);
2. Ter até 2015 um programa de vigilância de crianças e jovens com paralisia cerebral;
3. Reduzir em 25% a mortalidade infantil e em 50% a mortalidade perinatal até 2016;
4. Atingir e manter uma cobertura vacinal anual superior a 95%, a nível nacional, a partir de 2012;
5. Até fim de 2016 ter introduzido a vacina contra o *Papilomavírus* humano (HPV);
6. A partir de 2012 ter uma participação efectiva do sector da saúde na implementação do Programa de Saúde Escolar (nutrição, saúde oral, desparasitação, vacinação em idade escolar);
7. Atingir, em 2014, 75% de aleitamento materno exclusivo até os 6 meses;
8. Diminuir de 30% a proporção dos acidentes domésticos em crianças, na morbilidade das urgências pediátricas, até fim de 2015;
9. Ter até 2016 introduzido a vacina contra o HPV;
10. Ter realizado em 2013 uma avaliação externa do PAV;
11. Ter realizado em 2013 e 2015 inquéritos de avaliaçaõ da cobertura vacinal;
12. Ter 100% dos profissionais de saúde que fazem parto, formados até fim de 2013;
13. Até final de 2013 ter um plano de formação e sensibilização dirigido aos profissionais de saúde e de outras instituições afins, famílias e comunidades;
14. Até fins de 2014 realizar 100% das formações e campanhas planificadas para profissionais, famílias e comunidades identificadas.

Intervenções

1. Avaliar a estratégia de atenção integrada às doenças da infância (AIDI) e definir a sua expansão com base no contexto sanitário do país a todas as Delegacias de Saúde e Hospitais Centrais e Regionais com enfoque particular na componente dos 0-2 meses (rastreio e diagnóstico precoce de deficências e atraso de desenvolvimento);
2. Estabelecer e implementar protocolos de parceria para o desenvolvimento do programa de vigilância de crianças e jovens com paralisia cerebral;
3. Capacitar os técnicos de saúde que trabalham nas maternidades e serviços de neonatologia dos HC, HR e CS do país em cuidados neonatais de urgências de base e completo assim como para crianças com deficiência e a sua reabilitação para a inclusão social;
4. Dotar os HC e HR em equipamentos e materiais para o atendimento de qualidade aos neonatos;
5. Reforçar a capacidade em matéria de gestão, dos responsáveis pela saúde infantil a todos os níveis incluindo o PAV;
6. Reforçar a capacidade de recolha, tratamento e circulação dos dados relativos à saúde infantil e vacinação;
7. Actualizar o Plano estratégico e plurianual do PAV para 2012-2016 incluindo a introdução e aquisição das novas vacinas e consumíveis, a logística de vacinação, a manutenção e actualização da cadeia de frio, a revisão das normas e procedimentos no PAV;
8. Realizar de dois em dois anos (2013, 2015), inquéritos de avaliação da cobertura vacinal;
9. Reforçar a vigilância activa das doenças alvo do PAV com ênfase no Sarampo, PFAs e Tétano Neo-natal, integradas no SNIS;

10. Criar as condições necessárias para a introdução da vacina HPV e de outras vacinas (rotavírus, antipneumocócica);
11. Contribuir para o reforço do Laboratorio Nacional de Referência na aquisição de equipamentos e capacitação de técnicos para dar respostas no processo de vigilância e confirmação laboratorial de casos suspeitos de sarampo e de rubéola;
12. Realizar uma avaliação externa do PAV em 2013;
13. Realizar actividades de promoção do aleitamento materno conducentes à expansão da amamentação exclusiva até aos 6 meses;
14. Participar na consolidação e integração de valências de promoção da saúde e prevenção das doenças no Programa da Saúde Escolar;
15. Participar na actualização do caderno de Saúde Escolar em parceria com o Ministério da Educação;
16. Dinamizar as actividades de IECMC orientadas para a sobrevivência e o desenvolvimento da criança em parceria com as instituições públicas, privadas e comunitárias;
17. Criar a Comissão de revisão de óbitos neo-natais e a sua operacionalização;
18. Promover um quadro de concertação multissectorial para a implementação de acções tendentes à prevenção dos acidentes domésticos em crianças, à detecção precoce e protecção;
19. Elaborar e implementar planos e programas de formação e sensibilização dirigidos a profissionais, pais, comunidades sobre direitos e atenção a crianças com deficiência;

Resultados esperados

1. Cobertura vacinal mantida acima dos 95% nos menores de 1 ano;
2. Diminuição da mortalidade perinatal e infantil;
3. Comissão de auditoria de óbitos neonatais criada e operacional;
4. Uma "AIDI" incluindo os cuidados neo-natais, implementada em todas as estruturas de saúde;
5. Vigilância activa do Sarampo, PFAs e Tétano Neo-natal reforçada e inscrita no SNIS;
6. Amamentação exclusiva até aos seis meses de idade praticada pela maioria das mães;
7. Quadro de concertação multissectorial para a prevenção dos acidentes domésticos em crianças, operacional;
8. Profissionais de saúde que fazem parto nas estruturas de saúde, formados;
9. Redução dos casos relacionados com acidentes domésticos em crianças nas urgências pediátricas;
10. Base de dados sobre paralisia cerebral
11. Profissionais da saúde e instituições afins sensibilizados e formados sobre os direitos e a atenção a crianças com deficiência;
12. Pais e comunidades sensibilizados e formados sobre os direitos e a atenção a crianças com deficiência;
13. Vacina contra o HPV introduzida.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde**:** DNS/ /PNSR, DGFM, DGPOC, Serviço de Vigilância Epidemiológica, Delegacias de Saúde, Hospitais,CNDS/INSP;
2. Parceiros nacionais**:** Sector de Educação [FICASE], INE, Autarquias; sector privado, ACARINHAR e outras ONGs;
3. Parceiros internacionais**:** OMS, Escritório Comum Cabo Verde/UNICEF/ UNFPA.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de CS que implementam a AIDI incluindo cuidados neo-natais;
2. Taxa de mortalidade infantil;
3. Taxa de mortalidade perinatal;
4. Prevalência de paralisia cerebral
5. Percentagem dos profissionais das estruturas de saúde que fazem parto, formados;
6. Percentagem dos óbitos neo-natais revisados e auditados;
7. Taxas de cobertura vacinal de crianças com menos de 1 ano;
8. Percentagem das mães que amamentam exclusivamente até aos 6 meses da idade da criança;
9. Número e audiência de programas de IEC desenvolvidos para a sobrevivência e desenvolvimento da criança ;
10. Proporção de casos de acidentes domésticos nas admissões das urgências pediátricas dos hospitais;
11. Número de profissionais formados sobre direitos e atenção a crianças com deficiência;
12. Número de estruturas de saúde com técnicos formados sobre direitos de crianças com deficiência;
13. Taxa de cobertura por vacina HPV.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de supervisão da implementação da AIDI incluindo cuidados neo-natais;
2. Relatórios Estatísticos do MS, do PAV e dos hospitais;
3. Relatórios de inquéritos de cobertura vacinal;
4. Inquéritos sobre a amamentação exclusiva;
5. Relatórios das actividades de informação, educação e comunicação para mudança de comportamentos (IECMC).

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva com experiência de intervenção na saúde da criança;
2. Existência de normas técnicas de vacinação editadas e difundidas;
3. Aquisição de vacinas, e outros consumíveis, assegurada pelo Orçamento Geral do Estado;
4. Vigilância das doenças alvo do PAV integrada no sistema nacional de vigilância das doenças;
5. Combinação das estratégias fixa, avançada e móvel;
6. Existência do Roteiro Nacional para a Redução das Mortalidades Materna e Neonatal/Infantil.

Pontos fracos

1. Número insuficiente, ainda, de quadros formados em cuidados neo-natais e AIDI;
2. Fraca cultura de revisão de óbitos;
3. Insuficiências do sistema de informação sanitária;
4. Mobilidade frequente dos recursos humanos.

Condicionantes ambientais

1. Dependência de contribuição externa para o financiamento do Programa de Saúde Reprodutiva;
2. Nível de literacia em saúde das famílias em geral ainda relativamente baixo.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma 2012-2016

Prestação de Cuidados de Saúde para a proteção e desenvolvimento da criança

Total de custos (ECV) – OneHealt Cabo Verde

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	15 318 470	15 734 271	15 527 547	14 941 739	14 677 215	76 199 243
Custos do programa	0	0	0	0	0	0
Total de custos	**15 318 470**	**15 734 271**	**15 527 547**	**14 941 739**	**14 677 215**	**76 199 243**

Componente 2: Prestação de cuidados específicos à saúde dos adolescentes e jovens

Situação actual

Os cuidados específicos de saúde respeitantes aos adolescentes e jovens são pouco desenvolvidos em Cabo Verde, incidindo sobretudo na vertente reprodutiva. Este grupo compreende as faixas etárias de 10-19 anos (114.285 adolescentes), e de 20-24 anos (52.905 jovens) correspondendo a cerca de 34% da população geral[52]. Segundo o Censo 2010 12,5% desses adolescentes e 13,1% desses jovens possuem uma deficiência ou seja respectivamente 14.312 adolescentes e 6.921 jovens.

A morbilidade e mortalidade, nesta faixa etária, estão relacionadas com as causas externas derivadas de comportamentos de risco e estilos de vida. As principais causas de mortalidade nas idades entre 15 e 24 anos situam-se no grupo dos "traumatismos e envenenamentos" tendo representado, em média, 50% dos óbitos no período de 2005 a 2010, com predominância nos adolescentes e jovens do sexo masculino.

O Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva [IDSR II] de 2005 aponta que "em cada 100 meninas dos 15 aos 19 anos de idade, 19 já engravidaram pelo menos uma vez". O Relatório Estatístico do Ministério da Saúde de 2010 indica uma percentagem elevada de gravidez na adolescência, nas faixas etária das menores de 15 anos (0,6% em 2009 vs 0,5 em 2010) e de 15 a 19 anos (22,5 % em 2009 vs 26,2 em 2010), constituindo uma preocupação acrescida e que merece uma abordagem intra e intersectorial.

Preconiza-se para a saúde reprodutiva dos adolescentes e jovens de ambos os sexos as seguintes componentes: **i)** A promoção de estilos de vida saudável para a redução dos factores de risco das doenças crónicas não transmissíveis; **ii)** A maternidade sem risco; **iii)** A prevenção e atendimento do aborto e suas complicações; **iv)** A contracepção e prevenção da gravidez na adolescência e não desejada; **v)** A prevenção e tratamento da infertilidade; **vi)** A prevenção e tratamento dos cancros de mama, do colo do útero e da disfunção sexual; **vii)** A prevenção da violência física e sexual e o tratamento dos seus efeitos; **viii)** A prevenção e tratamento das IST incluindo o VIH/SIDA**; ix)** A luta contra a violência baseada no género e a delinquência juvenil.

A Política Nacional de Saúde [PNS] preconiza o estabelecimento duma relação privilegiada com outros sectores estatais (ICIEG, Desportos entre outros) e organizações sociais da juventude, para uma programação conjunta de intervenções, através dos Centros da Juventude [53].Entretanto, devemos destacar o Ministério da Juventude, Emprego e Desenvolvimento dos Recursos Humanos, que elaborou uma Estratégia para a Juventude onde define objectivos e acções para fazer face às questões acima referidas É assim que o PNDS oferece a oportunidade para se elaborar uma "estratégia da saúde dos adolescentes e jovens", privilegiando a promoção da educação para adopção de comportamentos saudáveis e a criação de serviços para cuidados de saúde específicos a nível das estruturas, na sequência das orientações da PNS. Esta estratégia deve visar i**)** O alargamento da gama de acções de protecção e promoção da saúde do adolescente tendo em conta os riscos a que está sujeito; **ii)** A promoção e garantia dos direitos dos adolescentes em matéria de informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva; **iii)** Garantia ao acesso constante e pleno aos serviços específicos criados, e **iv)** A Integração da promoção da saúde nos programas de formação dos vários níveis escolares.

Estratégias operacionais

1. Definição e implementação de uma Estratégia Nacional para a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens;

120

[52] - Censo 2010

[53] – Ver Documento estratégico: Sessão do Conselho de Ministros dedicada à Juventude, Praia 12/Fev. /2002

2. Reforço da integração de cuidados específicos e diferenciados segundo sexo, para os adolescentes e jovens com ênfase na promoção de uma vida sexual e reprodutiva responsável;
3. Reforço dos programas de apoio aos adolescentes e jovens para a adopção de comportamentos saudáveis, em estreita articulação com os parceiros (educação, juventude, trabalho, Federação Cabo-verdiana das Associações para a Deficiência/FECAD, ONG, etc);
4. Desenvolvimento de parcerias, nomeadamente com o sector da juventudepara uma abordagem multissectorial das questões de saúde dos adolescentes e jovens.
5. Reforço das acções de sensibilização para combater a exploração, violência e abuso sexual nomeadamente no âmbito doméstico e institucional.

Metas

1. Ter até finais de 2013, uma Estratégia Nacional para a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens;
2. Ter até fim de 2014 em todas Delegacias de Saúde serviços com cuidados específicos de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens;
3. A partir de 2013 ter implementado programas de IECMC para a adopção de comportamentos saudáveis para adolescentes em colaboração com o CNDS/INSP, Sector da Educação, da Juventude, ICIEG, agindo sobre determinantes e factores de risco: violência baseada no género, uso abusivo do álcool e outras substâncias psicoactivas e causas externas da morbimortalidade, transtornos mentais e comportamentais;
4. Até finais de 2013, ter assinado e em implementação, protocolos de parceria para abordagem multissectorial das questões de saúde/saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens;
5. A partir de 2015 reduzir em 50%, com relação ao ano de 2011, o número de grávidas, com menos de 15 anos, atendidas nos serviços de saúde reprodutiva;
6. Até 2016 reduzir em 30% a taxa de gravidez na adolescência, com relação ao ano de 2011.

Intervenções

1. Formar os técnicos de saúde em IECMC;
2. Promover em conjunto com os parceiros acções comunitárias sobre a cidadania para a saúde combatendo os factores de risco como a violência urbana, domestica e a baseada em género acessíveis, inclusivas e sensitivas às especificidades das pessoas com deficiência;
3. Elaborar e implementar uma Estratégia Nacional para a Saúde Sexual e reprodutiva dos Adolescentes e Jovens [54],em colaboração com as instâncias governamentais responsáveis pela Juventude e, Educação, ICIEG e instituições pertinentes da sociedade civil;
4. Contribuir junto do Ministério da Educação, na formulação de conteúdos didácticos sobre saúde/saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, a incluir nos compêndios para o ensino primário e secundário;
5. Expandir nos estabelecimentos de saúde dos diferentes escalões, condições adequadas para responder a demandas específicas de saúde/saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens (serviços amigos dos adolescentes e jovens);
6. Assinar e implementar protocolos de parceria para a abordagem das questões da saúde/saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens;

121

[54] – "A adolescência abrange pessoas de idade compreendida entre os 10 e 19 anos; jovens como sendo as pessoas de idade compreendida entre 15 e24 anos; o termo juventude abrange os dois grupos etários. A adolescência propriamente dita é o período de maturidade física e social que se desenvolve entre a infância e a idade adulta" in [A saúde dos Adolescentes um desafio e uma esperança para África]. Escritório regional da OMS para África.

7. Elaborar em conjunto com os parceiros programas de comunicação acessíveis, inclusivos e diferenciados, direccionados especificamente aos adolescentes e jovens;
8. Realizar estudos sobre a saúde e estilos de vida e comportamentais dos adolescentes e jovens (dos dois sexos);
9. Realizar em conjunto com os parceiros acções de formações dirigidas aos adolescentes e jovens;
10. Promover em conjunto com os parceiros a abordagem de formações a realizar pelos pares;
11. Promover junto das associações juvenis espaços de debates temáticos sobre a saúde dos adolescentes e jovens tendo em conta as especificidades e diferenças de género, orientação sexual, pessoas com deficiência, contextos etc;
12. Promover junto do Ministério da Educação a expansão para todos os estabelecimentos do ensino secundário dos Espaços de Informação e Orientação (EIO) dos adolescentes e jovens.

Resultados esperados

1. Estratégia Nacional para a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens elaborada, aprovada e implementada;
2. Compêndios escolares de ensino primário e secundário com conteúdos referentes à saúde dos adolescentes;
3. Condições de atendimento a problemas específicos de saúde/saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens dos dois sexos disponíveis nos diferentes estabelecimentos sanitários;
4. Protocolos de parceria sobre saúde/saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens dos dois sexos assinados e em implementação;
5. Espaços EIO expandidos no ensino secundário;
6. Adolescentes e jovens, dos dois sexos, com mais conhecimento e utilizando os métodos de prevenção das IST e da gravidez.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS/PNSR; DGPOG; DGFM; Delegacias de Saúde; Hospitais Centrais e Regionais; CNDS/INSP;
2. Parceiros nacionais: Departamento estatal da JuventudeSector da Educação, ICIEG, ICCA; Organismos da Sociedade civil implicados nas actividades respeitantes aos adolescentes e Jovens;
3. Parceiros Internacionais: Cooperação bilateral, OMS; Escritório Comum/UNICEF/UNFPA.

Indicadores de avaliação

1. Existência do documento da Estratégia Nacional para a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens;
2. Curricula e compêndios escolares do ensino primário e secundário com conteúdos sobre a saúde dos adolescentes;
3. Número de estabelecimentos de saúde com cuidados específicos para adolescentes e jovens acessíveis, inclusivos e sensíveis ás questões do género e deficiência;
4. Número e tipo de programas de IECMC para a saúde/saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens divulgados;
5. Número de protocolos de parceria assinados;
6. Número de formadores de pares identificados e formados;
7. Percentagemde escolas do ensino secundário com EIO criado;
8. Percentagem de jovens dos 15-19 anos que se protegeu durante uma relação sexual;

9. Percentagem de uso de preservativos masculinos/femininos segundo faixa etária e segundo relação estável ou eventual;
10. Taxa de gravidez na adolescência;
11. Percentagem de grávidas com menos de 15 anos atendidas nos serviços de SR;
12. Percentagem de óbitos por causas externas nos adolescentes e jovens.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios (intermédio e final) de implementação da Estratégia Nacional para a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens pelos diferentes sectores responsáveis;
2. Compêndios escolares com conteúdos temáticos sobre a saúde/saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes publicados;
3. Relatórios dos estabelecimentos de saúde/saúde sexual e reprodutiva com referência sobre a saúde dos adolescentes e jovens (SR);
4. Relatórios de actividades IECMC;
5. Relatórios estatísticos do MS;
6. Relatórios das actividades desenvolvidas em parceria com outros sectores;
7. Relatórios de estudos e inquéritos realizados.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. Vontade política para a inclusão das questões da adolescência e juventude na reforma do Estado e do sector da saúde em particular;
2. Existência de uma instância estatal para a juventude e adolescência;
3. Existência de Casas de Juventude/Centros multi-uso nos diversos municípios;
4. Existência de escolas secundárias com espaços Espaços de Informação e Orientação criados;
5. Número crescente de organizações/associações de jovens;
6. Espaços e mecanismos de acesso à informação disponíveis (praças digitais, revistas e jornais).

Pontos fracos

1. Insuficiências no processo de concertação multissectorial para a adolescência e a juventude;
2. Fraca competência dos adolescentes e jovens para gerir situações de risco;
3. Fraco envolvimento das famílias nas questões da violência urbana, gravidez na adolescência.

Condicionantes ambientais

1. Sociedade cabo-verdiana em processo de transformação rápida;
2. Desigualdades sócio-economicas;
3. Desestruturação das redes sociais de apoio e fraco envolvimento dos homens na assunção da responsabilidade parental.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Prestação de cuidados específicos à saúde dos adolescentes e jovens

Total custos (ECV)	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	0	0	0	266 359 070	502 837 614	769 196 684
Custos do programa	6 504 000	4 112 000	5 700 000	1 668 000	0	17 984 000
Total de custos	**6 504 000**	**4 112 000**	**5 700 000**	**268 027 070**	**502 837 614**	**787 180 684**

Componente 3: Prestação de cuidados específicos à saúde das mulheres e dos homens

Situação actual

A saúde da mulher tem sido uma prioridade ao longo dos anos nas políticas e nos programas dos sucessivos governos. Como estratégia para materialização desta política, foi criado o Programa Materno Infantil e Planeamento Familiar em 1977, tendo como principais objectivos reduzir as elevadas taxas de morbi-mortalidade materna e dos riscos que advêm durante a fase de procriação. Em 2001, no intuito de garantir uma abordagem mais ampla à saúde reprodutiva da população, o PMI/PF foi substituído pelo Programa Nacional de Saúde Reprodutiva.

Na área da saúde os principais componentes para a promoção da saúde das mulheres e dos homens em idade de procriação estão relacionados com a saúde sexual e reprodutiva. Proporcionar o acesso universal ao planeamento familiar e serviços de saúde sexual e reprodutiva e direitos reprodutivos

A saúde sexual e reprodutiva da mulher e do homem compreende um vasto leque de vertentes, designadamente: **i)** A maternidade sem risco; **ii)** A prevenção e atendimento do aborto e suas complicações**; iii)** A contracepção e prevenção da gravidez não desejada; **iv)** A prevenção e tratamento da infertilidade, disfunção e impotência sexual e patologias associadas tanto no homem como na mulher; **v)** A prevenção e tratamento dos cancros da mama e do foro genital (colo do útero e próstata); **vi)** A prevenção da violência física e sexual e tratamento dos seus efeitos **vii)** A prevenção e tratamento das IST incluindo VIH/SIDA e a prevenção da transmissão vertical.

Os dados dos inquéritos demográficos e de saúde reprodutiva [IDSR I em 1998 e IDSR II em 2005] revelam uma melhoria significativa dos indicadores, embora se reconheça serem necessários esforços adicionais para se cumprir os objectivos da Conferência Internacional para a População e o Desenvolvimento do Cairo, em 1994 [CIPD], e para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio em 2015.

Entre 2005 e 2010 a percentagem de mulheres que tiveram pelo menos quatro atendimentos na consulta pré-natal passou de 73% para 87,4%; em 2009 a percentagem de grávidas que tiveram o parto assistido nas estruturas de saúde evoluiu de 55% para 75,9%. A prevalência do uso de métodos contraceptivos nas mulheres em idade fértil aumentou de 29,3% em 2006 para 34% em 2010,mais elevada nas zonas urbanas. enquanto a taxa de fecundidade total ou índice sintético de fecundidade, passou de 4 no ano de 2000 para 2.9 filhos por mulher em 2005.

A mortalidade materna constitui uma preocupação pois que, apesar da melhoria de seus indicadores na última década, ainda persistem oscilações de ano para ano, tendo passado de 5 casos para 1 de 2001 a 2002, de 5 casos para 2 de 2004 a 2005 e de 7 casos para 5 de 2009 a 2010.

Em 2010, do total dos óbitos por tumores malignos 48,2% ocorreram na população feminina sendo que deste total os tumores de útero representam 21,9%, os tumores de estômago 11,6%, os de brônquios e pulmões 11%, os tumores das mamas 8,9%. Por outro lado nos homens, os tumores malignos da próstata representaram 17,8% dos óbitos desta entidade nosológica, os tumores de esófago 14,6%, os tumores de estômago 12,7%, e os de brônquios e pulmões com 8,9%.

Os dados do Ministério da Saúde mostram em 2009, que dos 114 óbitos por traumatismos e envenamentos, 155 (84,2%) foram homens e 29 (15,8%) mulheres. Por causas externas segundo o género, os homens são mais expostos à violência, verificando-se neste grupo uma proporção mais elevada das mortes por homicídios (83%) e agressão por arma branca (71%). Ainda nas causas externas, 96% dos óbitos por suicídio ocorreram no sexo masculino.

Não existem dados estatísticos obtidos em estudos ou inquéritos sobre a infertilidade e a disfunção sexual no país.

Na esteira das orientações da PNS, uma estratégia de atenção integrada à saúde da mulher [AISM] foi implementada desde 2006 com base nas recomendações do estudo [55] realizado entre 2001 e 2002, cujo objectivo visava adequar as estruturas de saúde, a capacidade técnica e a produção de instrumentos para a melhoria da prestação de cuidados integrados da saúde da mulher.

Segundo os dados do IDSRII de 2005, em Cabo Verde, cerca de 16% das mulheres foram confrontadas com actos de violência física, 14% sofreram de violência emocional e 4% foram submetidas a violência sexual. Cerca de uma mulher em cada cinco foi vítima de pelo menos uma destas formas de violência. O IDSR II também constatou que 17% de mulheres estavam de acordo com alguma razão que justifica que o homem bata na sua companheira. Campanhas que empoderem a mulher e a pessoa com deficiência e que combatam os estereotipos, mitos e concepções equivocadas e inferiorizantes relativas ao gênero e à deficiência devem ser postas em ação para sensibilizar a sociedade.

O envolvimento dos homens nos serviços de saúde reprodutiva ainda é fraco e constitui um desafio. Falta, ainda, uma estratégia para a integração efectiva de actividades dirigidas aos homens no Programa de Saúde Reprodutiva, como consultas sobre IST, PF, disfunção sexual, infertilidade e rastreio do cancro da próstata e outras patologias associadas de foro genital. As desenvolvidas até agora têm-se baseado em campanhas de IECMC e na oferta do preservativo masculino.

A melhoria da atenção à saúde reprodutiva das populaçõese e o rastreio sistemático dos cancros do foro genital [da mama, do colo do útero e da próstata], constituirão portanto um dos grandes desafios no âmbito da implementação do PNDS.

Propõe-se, ainda o reforço da valência "maternidade segura" para uma melhoria da qualidade das respostas, oferecendo uma gama completa de serviços [56] integrada no pacote de cuidados essenciais e a utilização de tecnologias apropriadas na prestação dos cuidados, por pessoal competente.

Uma contribuição particular deverá ser dada à educação para a adopção de comportamentos saudáveis a desenvolver em parceria com outros sectores intervenientes.

Estratégias operacionais

1. Reforço da inclusão da atenção integrada à saúde da mulher (AISM) nos pacotes de cuidados essenciais dos diversos escalões da pirâmide sanitária;
2. Reforço em matéria de organização e atendimento nos serviços ligados ao seguimento da gravidez, do parto e do pós-parto nos Centros de Saúde, e nos Hospitais Regionais e Centrais;
3. Reforço em matéria de organização e atendimento nos serviços de atenção aos homens e mulheres para a integração efectiva de consultas sobre IST, PF e rastreio do cancro da próstata, da mama e do colo;
4. Reforço da capacidade de mobilização para a mudança de comportamentos (IECMC);
5. Criação de condições (técnicas, materiais e de recursos humanos) em cada nível da pirâmide sanitária, segundo a sua complexidade, para o atendimento especifico dos problemas de saúde dos homens e mulhres, para a realização descentralizada de rastreio de factores de risco e de situações de doença em geral;

126

[55] -«*Aumento da qualidade de sistemas de saúde perante a gravidez e o parto baseado em evidência local e intervenções adaptadas* »

[56] - Incluir no pacote essencial: consulta pré-natal, vacinação, cuidados obstétricos de urgência, assistência a partos, consulta pós-parto, cuidados ao recém-nascido; planeamento familiar; diagnóstico e tratamento precoce de problemas do foro ginecológico, nomeadamente a despistagem do cancro do colo do útero e da mama.

6. Capacitação técnica continua sobre os cuidados específicos e diferenciados, dispensados aos homens e mulheres;
7. Supervisão formativa e integrada sobre a prestação de cuidados de saúde com enfoque nas questões do género;
8. Fomento de acções de parceria para a promoção da saúde da mulher e do homem;
9. Mobilização de recursos para apoiar a realização do IDSR III.

Metas

1. Até 2014, oferecer uma atenção integrada à saúde da mulher (AISM) no pacote de cuidados essenciais em todas as estruturas de prestação de cuidados;
2. Promover, a partir de 2013, a implementação dos protocolos dos Cuidados obstétricos e neo-natais de Urgência [CONU]**,** em todas as estruturas vocacionadas para a prestação de cuidados de parto, conforme os níveis;
3. A partir de 2012, desenvolver actividades regulares de promoção da saúde e de prevenção e luta contra os cancros da mama e do foro genital, incluindo um sistema nacional de rastreio em articulação com componentes afins tais como Promoção da Saúde, Prevenção, Diagnóstico precoce e Tratamento dos Tumores Malignos e ainda organizações da sociedade civil;
4. Ter padronizado a partir de 2013, nas consultas dos homens, a atenção sobre as IST, o planeamento familiar e o rastreio do cancro da próstata;
5. Desenvolver a partir de 2013, com o sector do ensino, conteúdos educacionais sobre a prevenção dos cancros da mama e do foro genital integrado às questões de saúde sexual e reprodutiva;
6. Até finais de 2013 ter todos os profissionais que trabalham nos serviços de SR formados em AISM e CONU;
7. Até finais de 2016 ter formado/recrutado pelo menos três especialistas em urologia;
8. Até finais de 2016 ter iniciado a formação de oito gineco-obstetras para os HR, HC e CS de maior cobertura populacional;
9. A partir de 2013 auditar todos os óbitos maternos;
10. A partir de 2015 reduzir óbitos maternos a zero;
11. Até fim de 2013 ter contribuído para a preparação e realização do IDSR III;
12. Até fim de 2014 implementar açoes estratégicas, com a participação de outros setores, voltadas para saúde integral do homem.

Intervenções

1. Reforçar a implementação da AISM em todas as estruturas de prestação de cuidados;
2. Criar, as condições humanas, técnicas e materiais, necessárias à prestação dos CONU, adequados a cada nível, incluindo a elaboração dos respectivos protocolos;
3. Criar as condições humanas, técnicas e materiais necessárias à atenção aos homens incluindo a elaboração e implementação de protocolos relativos às IST, planeamento familiar e rastreio do cancro da próstata;
4. Organizar com o CNDS/INSP e os parceiros programas e campanhas de informação sobre a atenção integrada à saúde da mulher, sobre a promoção integral da saúde do homem, sobre planeamento familiar e sobre o rastreio e o diagnóstico precoce de cancros da mama e do foro genital;
5. Formar/recrutar e reciclar profissionais de saúde, para a implementação da AISM [caderno AISM, registo obstétrico e partograma], incluindo os CONU;

6. Formar/recrutar e reciclar profissionais de saúde, para a implementação dos protocolos de atenção aos homens, relativos às IST, planeamento familiar e sobre a prevenção e rastreio dos cancros da mama e do foro genital;
7. Formar em conjunto com os parceiros núcleos de formadores ao nível comunitário para a comunicação de proximidade sobre o rastreio e o diagnóstico precoce dos cancros da mama e do foro genital;
8. Contribuir na organização e realização regular do rastreio dos cancros da mama e do foro genital;
9. Realizar supervisões técnicas regulares às estruturas de saúde nos diferentes níveis da pirâmide;
10. Realizar auditorias a todas as mortes maternas;
11. Participar na mobilização de recursos para o IDSR III;
12. Participar nas actividades preparatórias para a realização do IDSR III.

Resultados esperados

1. Estratégia da AISM/Maternidade segura reforçada e operacional a nível nacional;
2. Protocolo dos CONU implementado em todas as estruturas de atendimento à gravidez e ao parto;
3. População mobilizada e mais bem informada sobre a estratégia da AISM, sobre a prevenção e rastreio dos cancros da mama e do foro genital e sobre aspectos específicos da saúde do homem;
4. Profissionais da saúde capacitados sobre CONU, a AISM, sobre a prevenção e rastreio dos cancros da mama e do foro genital e sobre aspectos específicos da saúde do homem;
5. Mortalidade materna reduzida a zero;
6. Os homens utilizando mais os serviços de SR;
7. Programa de rastreio dos cancros da mama e do foro genital iniciado;
8. Estruturas de saúde da atenção primária com condições criadas para a CONU e prestação de cuidados específicos aos homens;
9. Conhecimento da situação sobre a SR e seus determinantes, no país.

Organismos, instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS/PNSR; DGPOG; DGFM; Delegacias de Saúde; Hospitais Centrais e Regionais; CNDS;
2. Parceiros nacionais: ICIEG, sector Educação, departamento que tutela a família, ONGs ; Comunicação social; Comissões municipais de Saúde;
3. Parceiros Internacionais: Cooperação bilateral, OMS, UNFPA.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de estruturas de saúde com a estratégia de AISM;
2. Percentagem de estruturas com prestação do parto que implementa CONU;
3. Percentagem de estruturas de saúde que implementam os protocolos de promoção e atenção integral à saúde dos homens e em especial os relativos às IST, planeamento familiar e sobre a prevenção e rastreio das doenças crónicas não transmissíveisl;
4. Número de profissionais de saúde formados/reciclados e em função;
5. Percentagem da população que conhece os factores de risco e meios de prevenção dos cancros da mama e do foro genital;
6. Número de óbitos maternos;
7. Taxa da prevalência contraceptiva;

8. Percentagem da população rastreada para cancro (mama, colo de útero e próstata) nos grupos alvo estabelecidos.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de implementação/avaliação da AISM;
2. Relatório de implementação/avaliação dos CONU;
3. Relatórios de actividades do PNSR e dos serviços;
4. Relatórios de auditorias;
5. Relatórios de estudos e inquéritos sobre conhecimentos da população na matéria;
6. Relatórios Estatísticos do Ministério da Saúde;
7. Relatórios de supervisões técnicas às estruturas de saúde;
8. Relatório do IDSR III.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. Existência do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva implementado e com boa cobertura nacional;
2. Boa demanda dos serviços de saúde;
3. Técnicos de saúde formados;
4. Experiência na realização de inquéritos sobre SR.

Pontos fracos:

1. Mobilidade frequente dos gestores dos serviços e prestadores de serviço, em geral;
2. Deficiente capacidade de gestão dos serviços;
3. Insuficiente integração ainda, das actividades de AISM, nos serviços de assistência à grávida, ao parto e pós parto;
4. Fraca procura dos serviços de saúde e particularmente de SR pelos homens.

Condicionantes ambientais

1. Resistência dos homens em frequentar serviços de saúde reprodutiva;
2. Custos relacionados com cuidados específicos de saúde.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Prestação de cuidados específicos à saúde das mulheres e dos homens

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	50 801 517	54 026 583	56 617 482	58 612 195	61 157 211	281 214 988
Custos do programa	3 768 000	2 480 000	4 188 000	3 124 000	2 854 000	16 414 000
Total de custos	**54 569 517**	**56 506 583**	**60 805 482**	**61 736 195**	**64 011 211**	**297 628 988**

Componente 4: Prestação de cuidados específicos à saúde dos idosos

Situação actual

A transição demográfica em curso aponta para uma frequência cada vez maior de pessoas com idades superiores aos 65 anos estimada em 7,7% da população residente. A população com mais de 65 anos de idade no ano de 2000 era de 37 116 e em 2010 era de 37 815 pessoas (INE, 2010). O censo de 2010 indica que em cada cem idosos, 31% apresenta algum tipo de deficiência que dificulta a mobilidade, 43,3% apresentava problemas de visão, 23,3% são pessoas com deficiência auditiva e 11% encontram-se em situação de dependência. A esperança de vida à nascença em Cabo Verde é hoje de 72 anos para os homens e 76 anos para as mulheres.

Esta tendência obriga a prever a organização meticulosa e a oferta generalizada de cuidados de saúde específicos para as necessidades dessas pessoas e contribuir para se manterem saudáveis e com qualidade de vida e ainda autónomas e produtivas para a sociedade, na medida do possível.

Em 2010 a taxa de mortalidade na população com mais de 65 anos situou-se em 41,5 por mil. Em média, as doenças do aparelho circulatório representaram cerca de 40% de óbitos e os tumores em ascensão com cerca de 15%. Embora em tendência decrescente, os sintomas clínicos não classificados ainda representam uma percentagem importante, cerca de 20%.

As demandas específicas dos idosos em matéria de saúde têm a ver com a prevenção ou a redução dos efeitos de doenças crónicas e degenerativas próprias da longevidade, por um lado, assim como garantir, por outro, o máximo bem-estar possível à medida que a idade avança. Isso implica informar e educar as famílias e as comunidades, relativamente às actividades de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações e também garantir o controlo das mesmas nas instituições sanitárias, de preferência no nível primário de atendimento.

É essencial informar e convencer os indivíduos e respectivas famílias que as medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença devem ser integradas ao longo dos ciclos de vida do indivíduo, num *"processo destinado a optimizar oportunidades para a saúde, a participação e a segurança de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece"*[57]. É que as doenças da velhice podem conduzir à invalidez que, além do desconforto para os pacientes, torna-se onerosa, difícil de gerir para a família e a sociedade.

Não esquecer que "*o risco de ter uma doença crónica aumenta com a idade, não apenas por razões cronológicas em si, mas como resultado do acumular, ao longo da vida, dos factores de risco de doença, o que reforça a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença durante toda a vida*".

Daí portanto a oportunidade do PNDS para se prever, organizar e oferecer cuidados de saúde específicos para o grupo etário em consideração, baseados essencialmente em medidas de prevenção atempada, pelo menos desde as idades produtivas e de tratamento oportuno e adequado no nível de atenção mais próximo do local de residência dos pacientes.

131

[57] – Towards Age-friendly Primary Health Care.[Active ageing series]. WHO 2004

Estratégias operacionais

1. Definição de uma estratégia nacional para a saúde do idoso articulada com os setores do trabalho, solidariedade social e previdência social;
2. Criação, a nível primário, das condições físicas, humanas e técnicas para o atendimento dos idosos com tónica na promoção da saúde,na prevenção e tratamento precoce da doença evitando complicações próprias do envelhecimento e a manutenção ao máximo de suas capacidades físicas, mentais, sociais, buscando assegurar qualidade de vida, autonomia e a plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida;
3. Promoção da constituição de equipas multidisciplinares incluindo a vertente social nos Centros de Saúde e em instituições vocacionadas para os cuidados continuados (lar de idosos, casas de saúde) para o atendimento dos idosos;
4. Sensibilização e mobilização da sociedade civil para assumir, a nível da família, da comunidade e do país em geral, a responsabilidade de contribuir para melhorar a qualidade de vida dos idosos;
5. Promoção de acções de multisectorialidade para a melhoria da saúde do idoso com Solidariedade Social/ INPS/Centro Nacional de Pensões.

Metas

1. Ter, a partir de 2013 um programa de capacitação de profissionais de saúde, para o atendimento dos idosos;
2. Ter a partir de 2013, pelo menos nos Centros de saúde urbanos, equipas multidisciplinares incluindo a vertente social para o atendimento aos idosos;
3. Ter a partir de 2013 programas e acções regulares de sensibilização a nível nacional, municipal e comunitário sobre a problemática do idoso, em geral, e no domínio da sua saúde em particular;
4. Até primeiro semestre de 2014 ter elaborada a Estratégia Nacional da Saúde dos Idosos;
5. Ter a partir de 2014 uma resposta estruturada na maior parte das estruturas de atenção primária com meios humanos, técnicos, materiais e organizacionais para o atendimento adequado dos idosos.

Intervenções

1. Elaborar em conjunto com os parceiros a Estratégia Nacional da Saúde do Idoso e o quadro multissectorial de sua implementação;
2. Integrar estratégias voltadas para a população idosa no PNIEG e na estratégia nacional para prevenção e controlo das DCNT
3. Elaborar e implementar protocolos sobre os cuidados de saúde aos idosos;
4. Formar/reciclar profissionais de saúde sobre os protocolos de cuidados de saúde aos idosos;
5. Mobilizar parcerias para a constituição de equipas integradas e multidisciplinares de técnicos de saúde e sociais, em cada Centro de Saúde, para a assistência sanitária/social ao idoso;
6. Mobilizar os recursos financeiros e técnicos necessários para a adequação dos Centros de Saúde a atender pacientes da terceira idade;
7. Organizar e implementar programas de sensibilização sobre a problemática do idoso e a promoção do seu bem-estar.
8. Promover e desenvolver acções de intersectorialidade com as instituições públicas que intervêm nas questões do idoso (Solidariedade Social, Trabalho e Previdência Social/INPS))
9. Promover e desenvolver em conjunto com as instituições que trabalham com os idosos, acções comunitárias para reforçar a inclusão dos mesmos na sociedade;

10. Adquirir os meios técnicos e organizar a prestação dos cuidados de saúde aos idosos nos hospitais.

Resultados esperados

1. Condições físicas, humanas, técnicas criadas para a prevenção das doenças do idoso e para e para manutenção ao máximo das capacidades físicas, mentais, sociais com vistas à promoção da qualidade de vida, autonomia e plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida.;
2. Assistência sócio-sanitária especifica ao idoso adequada e garantida pelo menos nos Centros de Saúde e pelas instituições que trabalham com o idoso;
3. Sociedade civil, a nível nacional, municipal e comunitário sensibilizada e envolvida em actividades para a melhoria da qualidade de vida do idoso;
4. Estratégia Nacional de saúde do idoso definida e em implementação.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

Ministério da Saúde: DNS/DNT, DGFM, DGPOG, CNDS/INSP; Delegacias de Saúde; Hospitais;

Parceiros nacionais: Consultórios privados; Sector de Educação, de Solidariedade Social, INPS; CNPS; ONGs; Autarquias;

Parceiros internacionais: Bilateral, OMS e Escritório Comum das Nações Unidas/Cabo Verde.

Indicadores de avaliação

1. Número de profissionais de saúde capacitados para o atendimento integral à saúde dos idosos;
2. Número de Centros de Saúde condicionados para o atendimento de idosos;
3. Número de equipas multidisciplinares criadas;
4. Comissões municipais de saúde, organizações da sociedade civil, de associações comunitárias com a problemática do idoso nas respectivas agendas de acção;
5. Existência do documento de Estratégia Nacional.

Meios de verificação e seguimento

1. Programas de formação de profissionais de saúde sobre a problemática do idoso;
2. Relatórios de actividade das Delegacias de Saúde;
3. Relatórios de actividades das organizações da sociedade civil;
4. Relatório estatístico do Ministério da Saúde;
5. Relatório de avaliação da estratégia.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes:

1. Existência da Política Nacional de Saúde e vontade política;
2. Existência de uma rede de atendimento primário suficientemente larga com boa cobertura;
3. Existência de instituições que trabalham com o idoso.

Pontos fracos:

1. Deficientes condições físicas, humanas e organizacionais na rede de estabelecimentos sanitários para o atendimento de pacientes da terceira idade;
2. Insuficiente sensibilidade ainda, na população e entre os profissionais de saúde, sobre as reais necessidades dos idosos em matéria de assistência sanitária específica.

Condicionantes ambientais

1. Nível de pobreza elevada na franja de idade em consideração;
2. Estrutura familiar condicionada pela crescente urbanização e modificação dos padrões de estilo de vida.

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Prestação de cuidados específicos à saúde dos idosos

	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Custos de intervenção	0	0	0	0	0	0
Custos do programa	0	885 000	1 050 000	1 145 000	300 000	3 380 000
Total de custos	**0**	**885 000**	**1 050 000**	**1 145 000**	**300 000**	**3 380 000**

I.3 SUBPROGRAMA: OPERACIONALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS EM CADA UM DOS NÍVEIS DA PIRÂMIDE SANITÁRIA

A missão primeira do Ministério da Saúde é gerir o Serviço Nacional de Saúde [SNS] para que este possa responder às necessidades de assistência sanitária dos cabo-verdianos, disponibilizada em cuidados de saúde prestados em todos os níveis da rede, escalonados segundo o grau de complexidade das situações de doença.

O SNS cresceu ao longo dos anos pós-independência, assegurou a disponibilidade de cuidados de saúde e atingiu um patamar razoável de qualidade. Entretanto o sector privado, vocacionado para constituir um complemento do serviço público, reduzido inicialmente a consultórios de clínica geral na sua maior parte, conheceu um crescimento importante nos últimos anos em termos de investimento e diversificação do leque de serviços prestados que deve ser capitalizado como possibilidades de escolhas na prestação de cuidados às mais frequentes situações de doença no país.

As orientações estratégicas da Política Nacional de Saúde, em matéria de prestação de cuidados e oferta de serviços, prevêem três níveis de complexidade em que o terciário representa o mais diferenciado em capacidade técnica, dotação de tecnologia e possibilidades de intervenção.

A essência deste subprograma é definir e reter o conjunto "de cuidados essenciais", por níveis, a serem reforçados e reorganizados no país nos próximos anos, para se traduzirem em melhorias significativas na qualidade e diversidade de cuidados a prestar.

O desenvolvimento harmonioso e complementar dos três níveis assenta numa rede de cuidados primários a cobrir todo o país, numa rede de hospitais para aproximar os cuidados secundários das populações nos seus locais de residência num quadro de regionalização da saúde e pela organização e diferenciação dos cuidados terciários para uma melhor resolução no país, dos problemas complexos de saúde, nomeadamente daqueles na origem das evacuações sanitárias. De referir o reforço da rede de atenção primária à saúde nas cidades de Praia e Mindelo, que aglomeram cerca de 45% dos cabo-verdianos residentes e que têm nos hospitais centrais as estruturas de referência directa para o atendimento de situações de maior complexidade. Este reforço compreende a entrada em funcionamento de novos centros de saúde, a afectação de recursos humanos e o processo de reorganização do atendimento à população que inclui o alragamento do horário de atendimento até às 18 horas, redireccionamento do fluxo dos utentes e o foco sobre a extensão da prestação de cuidados na comunidade.

No entanto, ainda persistem distorções que diminuem a qualidade das respostas, condicionando a confiança da população em certas instituições de saúde e que carecem de ser resolvidas para melhorar o desempenho do SNS e tornar mais eficiente a utilização dos recursos. Contata-se também a ausência frequente dos equipamentos-tipo nos estabelecimentos duma mesma categoria da rede constituem outros tantos constrangimentos.

Os actuais hospitais regionais, por insuficiência de recursos, não têm capacidade para a prestação da gama de cuidados secundários desejada a esse nível, cuidados esses que são, assim, muitas vezes procurados nos hospitais centrais.

No estado actual,os hospitais regionais estaõ em processo de reorganização tendo sido construído e encontrando-se em funcionamento desde 2008 o HRSN, devendo o HR RGrande ser transformado em hospital de S. Antão no quadro da criação da futura região sanitária de S. Antão. Na vigência deste PNDS ainda está prevista a construção de um hospital regional de Fogo Brava bno quadro da criação dessa região sanitária.

O PNDS deverá por isso estabelecer as orientações estratégicas para a diferenciação e consolidação da atenção secundária nas diferentes regiões sanitárias do país.

Os HC têm ainda muitos desafios a enfrentar para prestar cuidados terciáriosde qualidade devendo-se também, na vigência deste PNDS, desenvolver e consolidar capacidades de intervenção terciária particularmente nos domínios de: saúde materno-infantil com destaque para a neonatologia; ortotraumatologia; oncologia; nefrologia e em particular a hemodiálise; oftalmologia cirúrgica; cardiologia de intervenção.

O Sistema enfrenta ainda o desafio de melhorar a qualidade e de adequar as respostas às necessidades expressas e sentidas pelos cabo-verdianos e por uma população flutuante ligada ao turismo, particularmente, e à imigração. Isso exige um desenvolvimento consequente do SNS de maneira a oferecer um leque mais vasto e diversificado de cuidados em resposta às mais frequentes situações de doença.

Objectivo geral

Alargar a acessibilidade e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados nos diferentes níveis da pirâmide sanitária.

Objectivos específicos

1. Pôr a funcionar uma rede de Centros de Saúde, para uma resposta contínua, global e integral aos episódios de doença ou de risco, que assegure a cobertura da atenção primária a toda a população;
2. Criarnovas regiões sanitárias para aproximar das populações a prestação de cuidados secundários;
3. Reforçar e alargar o leque de cuidados terciários para responder às necessidades complexas de saúde, nomeadamente as que são objecto de evacuações sanitárias;
4. Desenvolver a rede nacional de apoio aos exames complementares e ao tratamento.

Estratégias

1. Consolidação do processo de reorganização da prestação de cuidados de saúde nos concelhos sede de hospitais, particularmente nas cidades da Praia e do Mindelo, para uma atenção primária de qualidade;
2. Reorganização da prestação de cuidados de saúde nos concelhos sede dos hospitais regionais para uma atenção primária de qualidade;
3. Integração no conjunto de cuidados de saúde de acções de vigilância sanitária, nutricional e do meio ambiente; de protecção e promoção da saúde; da assistência específica a grupos vulneráveis e da atenção à demanda espontânea;
4. Aumento da capacidade técnica e tecnológica dos hospitais;
5. Desenvolvimento de serviços nacionais prestadores de cuidados diferenciados para resposta aos agravos de saúde mais complexos;
6. Organização em rede do funcionamento e interligação dos níveis e estruturas.

Factores favorecedores

1. Vontade política;
2. Empenho dos profissionais de saúde;
3. Melhoria progressiva das comunicações e dos transportes;
4. Melhoria progressiva das infra-estruturas, equipamentos e recursos humanos;
5. Experiência da criação da RSSN ;
6. Experiência do processo de reorganização da atenção primária de aúde nas cidades de Praia e

Mindelo.

Factores de risco

1. Recursos humanos, materiais e financeiros ainda insuficientes;
2. Resistência à mudança;
3. Insuficiência de normas e procedimentos e cumprimento inadequado dos mesmos;
4. Existência de programas verticais;
5. Hábitos de Administração centralizada e não partilhada;
6. Deficiente articulação com os parceiros nacionais do desenvolvimento sanitário;
7. Deficiente capacidade de mobilização das comunidades no envolvimento nas questões de saúde.

Componente 1: Prestação da atenção primária, de base municipal

Situação actual

A Política Nacional de Saúde [PNS 2020], identifica como intervenção prioritária o reforço da atenção primária e define o nível municipal como a porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde, onde o Estado deverá implementar os princípios da cobertura universal e da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

A Delegacia de Saúde, instituição sanitária de âmbito municipal, é o órgão encarregue da organização e gestão dos recursos e da prestação de cuidados a esse nível. Dispõe de, pelo menos, um Centro de Saúde [CS] e de estruturas de nível infra municipal, o Posto Sanitário [PS] e a Unidade Sanitária de Base [USB], extensões dos CS, onde é prestado um conjunto de "cuidados essenciais e integrados" de atenção primária. Estes incluem a protecção e a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, e a recuperação da saúde, quer nas próprias instalações, quer através de deslocações de equipas às diversas comunidades e estruturas infra municipais ou, ainda, por referência aos outros níveis da pirâmide sanitária.

De notar, no entanto, a excessiva mobilidade do quadro dirigente das Delegacias de Saúde que impede a consolidação e continuidade do processo de gestão dos Serviços a esse nível com as consequências previsíveis. De registar ainda a imposição de um número fixo de pacientes na consulta externa numa boa parte dos estabelecimentos de saúde do país e o horário único de serviço, entre as 08.00 e as 15.00 horas. A operacionalidade e eficácia deste nível, constituem a essência da reforma do sector, em termos de respostas básicas às necessidades de saúde da população.

As intervenções e acções, no quadro do PNDS, para tornar funcional uma atenção primária de prestação de cuidados de qualidade, incidirão sobre **i)** A reestruturação da rede de Centros de Saúde e a revisão das normas de funcionamento; **ii)** A actualização regular da Carta Sanitária; **iii)** A definição do conjunto de "cuidados primários essenciais"; **iv)** A dotação de recursos humanos, materiais e financeiros suficientes. A dotação de recursos humanos deve prever i) a formação específica em áreas como saúde familiar, administração/gestão e, entre outros, epidemiologia, assistência social, nutrição, psicologia clínica, reabilitação ii) a formação contínua dos quadros e iii) a constituição de equipas multidisciplinares.

A operacionalidade dos Centros de Saúde será orientada para a implementação de actividades de protecção e promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença e reabilitação, incluindo o conjunto de cuidados primários essenciais, destacando-se os seguintes:

1. Atendimento geral incluindo a demanda espontânea;
2. Atendimento integral das doenças da infância [AIDI] e ao PAV;
3. Atenção integral à saúde da mulher [AISM], à saúde do homem e à saúde sexual e reprodutiva;
4. Organização para assistência à saúde do adolescente e jovem;
5. Organização para assistência à saúde do idoso
6. Organização para a Saúde do trabalhador;
7. Organização da assistência Buco-dentária;
8. Organização para a Saúde escolar;
9. Organização de Consultas itinerantes das especialidades de dermatologia, nutrição, ORL, oftalmologia, ginecologia, pediatria e psicologia;
10. Internamentos de curta duração nos centros de saúde não urbanos [58];
11. Prevenção, diagnostico, tratamentoe seguimento das doenças crónicas não transmissíveis;
12. Diagnostico, tratamento e seguimento das doenças transmissíveis;

140

[58] –Que não impliquem cuidados diferenciados.

13. Serviços de reabilitação física/auditiva/visual/ mental e defisioterapia;
14. Cuidados de enfermagem;
15. Meios complementares de diagnóstico de rotina;
16. Actividades de protecção e promoção da Saúde, e de informação, educação e comunicação [IEC]
17. Actividades de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária.

Por outro lado, as Delegacias de Saúde deverão assegurar os serviços de administração sanitária, designadamente de gestão de recursos humanos, financeiros e patrimoniais; de epidemiologia; de estatística; actividades de supervisão; valências de Medicina legal e de Farmácia.

Uma atenção particular será dada à organização e alargamento progressivo da rede de CS nos municípios ou ilhas que albergam os hospitais centrais ou regionais, para uma disponibilidade de atenção primária de qualidade, à semelhança dos restantes municípios.

Estratégias operacionais

1. Reforço de condições para a fixação dos quadros dirigentes das Delegacias de Saúde;
2. Dotação de recursos necessários, incluindo o quadro-tipo de Profissionais de saúde, de Equipamentos e aparelhos, e os meios financeiros para o desempenho útil das diferentes instituições;
3. Definição e implementação das normas, regras e procedimentos legais [59];
4. Definição e implementação do pacote de cuidados essenciais para este nível;
5. Reorganização do funcionamento das estruturas sanitárias incluindo horários de trabalho, o seu conteúdo funcional e sistema de referência e contra-referência;
6. Integração dos CS nas plataformas informáticas de apoio à gestão e de Telemedicina;
7. Envolvimento das entidades municipais, da sociedade civil e dos órgãos desconcentrados do Estado [Comissões municipais de Saúde e Comissões Locais de Saúde].

Metas

1. Até 2013, definir e publicar os incentivos de fixação dos profissionais de saúde nas DS;
2. Dotar o país, até 2016 de uma rede operacional de Centros de Saúde que assegure a cobertura da atenção primária a toda a população residente;
3. Até 2016 ter 1 médico de saúde famíliar em 50% das DS e um enfermeiro especialista em saúde comunitária/familiar por DS;
4. Até 2016 ter 100% dos Delegados de Saúde com formação em Saúde Pública;
5. Reorganizar até 2012 e consolidar, a partir de 2013, a prestação de cuidados de saúde às populações das cidades de Mindelo e da Praia;
6. Reorganizar a partir de 2014 a prestação de cuidados de saúde às populações dos concelhos sede dos hospitais regionais;
7. A partir de 2013 integrar os centros de saúde numa rede de apoio informático à gestão dos utentes;
8. A partir de 2013 integrar os centros de saúde na rede das tecnologias de apoio à prestação de cuidados de saúde/telemedicina;
9. Rever e publicar, até 2014, os termos de referência dos diferentes tipos de estabelecimentos sanitários e os conteúdos funcionais dos diversos profissionais de saúde e outros postos de trabalho;
10. A partir de 2013 ter todas as Comissões Municipais de Saúde operacionais;
11. Até fim de 2014 ter o pacote de cuidados essenciais integrados e implementados nos centros de saúde;

141

[59] – Respeito das Funções atribuídas a cada Estrutura sanitária, dos Conteúdos funcionais dos diferentes cargos e dos Protocolos de diagnóstico e tratamento das doenças

12. Ter operacional, até 2016, a rede de infraestruturas de atenção primária para Assomada, Ribeira Grande de S. Antão, S. Felipe, Santa Cruz e São Lourenço dos Órgãos.

Intervenções

1. Fazer advocacia e mobilizar recursos para a fixação dos profissionais de saúde nas Delegacias de Saúde;
2. Rever e fornecer o equipamento e consumíveis adequados dos Centros de Saúde e respectivas extensões;
3. Recrutar os elementos constituintes do quadro mínimo funcional de cada uma das estruturas de saúde de nível municipal;
4. Prever a dotar os Centros de Saúde e respectivas extensões duma verba orçamental para o seu funcionamento;
5. Integrar e implementar o pacote de cuidados essenciais dos componentes do Programa de prestação de cuidados e respectivos protocolos de diagnóstico e tratamento, para este nível de atenção;
6. Integrar e implementar as acções de formação contínua dos profissionais das DS e CS de acordo com a planificação anual;
7. Integrar os CS na rede de apoio informático à gestão: gestão do utente, gestão do stock, gestão financeira e gestão dos RH e do património;
8. Integrar os CS na rede das tecnologias de apoio à prestação de cuidados de saúde/Telemedicina;
9. Rever e publicar as competências técnicas e administrativas a transferir para as Delegacias de Saúde incluindo os TdR das estruturas de prestação de cuidados de saúde e conteúdos funcionais dos postos de trabalho;
10. Organizar reuniões regulares das Comissões Municipais de Saúde e implementar as respectivas recomendações;
11. Dotar a rede de atenção primária para Assomada, Ribeira Grande de S. Antão, S. Felipe, Santa Cruz, São Lourenço dos Órgãos dos meios necessários (humanos, técnicos e financeiros);
12. Realizar inquérito sobre a qualidade de prestação de cuidados de saúde nos CS conforme metodologia OMS/OOAS.

Resultados esperados

1. Incentivos para fixação de profissionais de saúde nas Delegacias de Saúde publicados e orçamentados;
2. Rede de estabelecimentos de atenção primária cobrindo mais de 80% da população, operacional;
3. Conjunto de cuidados essenciais implementado em todos os CS;
4. Qualidade de cuidados primários melhorada;
5. Normas, regras e procedimentos das estruturas de atenção primária publicados e implementados;
6. Comissões Municipais de Saúde funcionam regularmente;
7. Rede de infra-estruturas de atenção primária para os diferentes concelhos operacional.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde**:** DNS, DGPOG; DGFM; Regiões Sanitárias; Delegacias de Saúde;
2. Parceiros a nível nacional**:** Sector das Infraestruturas, Conselho Nacional de Saúde**,** Comissões municipais de Saúde; Câmaras municipais; Comissões deliberativas das Regiões sanitárias
3. Parceiros internacionais**:** OMS; OOAS

Indicadores de avaliação

1. Número de Centros de Saúde com as condições mínimas para dispensar com qualidade, o conjunto essencial de cuidados;
2. Número de especialistas (médico e enfermeiros) em saúde familiar/comunitária afectos às DS/CS;
3. Número de DS com Delegados de saúde com formação em saúde Pública;
4. Percentagem dos utentes da urgência dos hospitais com referência dos CS;
5. Percentagem de CS conectados à rede informática de apoio á gestão;
6. Percentagem de CS conectados à rede de telemedicina;
7. Número de Comissões Municipais de Saúde operacionais;
8. Percentagem de CS que cumprem 80% dos critérios de qualidade (OMS/OOAS).

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios das Regiões sanitárias e das Delegacias de Saúde;
2. Actas das reuniões das Comissões municipais de Saúde;
3. Actas das reuniões das Comissões deliberativas das Regiões sanitárias;
4. Diplomas referentes às normas, regras e procedimentos;
5. Relatório estatístico do MS;
6. Inquérito sobre a qualidade de cuidados.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos Fortes

1. Existência de orientações estratégicas [PNS];
2. Existência de uma rede de estabelecimentos vocacionados para os Cuidados Primários de Saúde, embora ainda incompleta;
3. Existência da RSSN;
4. Existência de Profissionais de saúde competentes, embora ainda em número insuficiente.

Pontos Fracos

1. Dificuldades financeiras para responder às necessidades;
2. Insuficiência de normas e procedimentos;
3. Deficiente aplicação das normas;
4. Défice de quadros com formação em saúde pública nos concelhos.

Condicionantes ambientais

1. Resistência à inovação organizacional;
2. Fraco poder de participação e controle social da sociedade civil sobre os serviços de saúde;;
3. Carreira não-hospitalar pouco atractiva.

Componente 2: Operacionalização da atenção secundária na Região Sanitária

Situação actual

A PNS prevê no processo de descentralização da gestão do SNS a criação de regiões sanitárias no país, de forma gradual, de acordo com os recursos e a dinâmica do sector da saúde. A operacionalização da atenção secundária baseia-se no hospital regional que assume o papel de centro de referência de cuidados de média complexidade em relação ao nível de atenção primária da sua área de cobertura:

Em 2006 foi criada a Região Sanitária de Santiago Norte, a primeira do país. Durante a vigência do PNDS 2008-2011 a RSSN foi implementada tendo o balanço desta implementação, realizado em finais de 2011, reconhecido os ganhos deste modelo de gestão e organização para a prestação de cuidados de saúde. Prevê-se, com base nessas evidências, passar da fase de experimentação da regionalização em saúde para o seu alargamento para outras regiões do país.

No entanto ainda persistem insuficiências na oferta de cuidados secundários, actualmente prestados nos 3 hospitais regionais e nos 2 hospitais centrais. Essa situação deve-se, designadamente a:

- Uma rede de atendimento de cuidados primários na Praia e Mindelo ainda insuficiente para as necessidades;
- Concentração de serviços complementares de diagnóstico nos HC e insuficiência de exames complementares de diagnóstico na maioria dos concelhos, obrigando o encaminhamento de número significativo de pacientes de cuidados primários para os hospitais centrais;
- Existência de uma significativa demanda espontânea;
- Estruturação deficiente do seguimento dos pacientes de doenças não transmissíveis nos diferentes níveis da pirâmide sanitária.

Segundo a PNS 2020, o nível regional agrupa e reorganiza estruturas sanitárias de municípios próximos ou localizados numa ilha, para reforçar o princípio da descentralização e prestar cuidados de atenção secundária e hospitalar a esse nível o que pressupõe a implementação de uma linha de intervenção voltada para a gestão e outra para a prestação de cuidados de saúde. Os cuidados prestados nos HR têm como retaguarda, serviços de maior complexidadade técnica dos hospitais centrais pelo que devem ser estabelecidos/reforçados os mecanismos de articulação, referência e contra-referência.

A função fundamental da região sanitária [RS] é, portanto, de oferta de cuidados hospitalares secundários numa gama maior e de melhor qualidade, em complementaridade à atenção primária. A Região Sanitária faz assim a coordenação de um conjunto de unidades de saúde constituído por Centros de Saúde, do nível municipal, e pelo Hospital Regional, supra municipal, hierarquizadas em função da complexidade dos cuidados a prestar.

A administração da região sanitária assegurada por um Gabinete Técnico tem, na linha de gestão, um carácter predominantemente de coordenação e de materialização da descentralização do sistema de saúde, de reorientação do modelo assistencial prevalecente e de busca de equilíbrio entre a atenção primária e a secundária.

Para a linha de prestação de cuidados na vigência do PNDS, o nível regional terá um patamar técnico suficiente para abordar com eficácia problemas de saúde mais complexos, do ponto de vista de diagnóstico, tratamento e seguimento, numa procura constante de equilíbrio entre recursos disponibilizados, racionalidade técnica e rentabilidade económica. Os Hospitais Regionais, reforçados nas suas capacidades técnica e tecnológica devem, tal como os Hospitais Centrais na sua vertente regional para os municípios onde estão instalados, garantir um conjunto de "cuidados secundários essenciais" nas seguintes áreas:

1. Atendimento de referência e de contra-referência nos diversos domínios;
2. Atendimento permanente de urgência, incluindo, no mínimo, Cirurgia, , Obstetrícia, Pediatria, e em regime de chamada Traumatologia, Oftalmologia e ORL e ;
3. Internamento em Medicina, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia;
4. Intervenções programadas de Cirurgia geral, de Ginecologia e Obstetrícia e de Traumatologia;
5. Cuidados de Saúde Buco-dentária; de Oftalmologia e de ORL;
6. Cuidados de Nutrição, Psicologia, Assistente Social, Fisioterapia;
7. Serviço de transfusão sanguínea;
8. Exames complementares de diagnóstico e terapêutica: Laboratório: - exames de rotina no local; recolha para exames diferenciados -; Imagiologia;
9. Referência para o nível terciário;
10. Dispensação de medicamentos para casos de urgência e de internamento;
11. Apoio técnico aos Centros de Saúde da Região Sanitária;
12. Organização de consultas itinerantes para os Centros de Saúde de sua área de cobertura;
13. Apoio em cuidados secundários e preventivos, aos programas de saúde da comunidade.

Os hospitais regionais devem ainda atender à demanda dos serviços de emergência pré-hospitalar da respectiva área de cobertura.

Em obediência à orientação estratégica estabelecida na PNS, a Rede Nacional de Laboratórios será reestruturada para comportar um ou mais laboratórios de referência, diferenciados, onde haverá concentração de recursos, para racionalização técnica e rendibilidade económica. Nesse quadro, os exames complementares de rotina, a realizar nos Hospitais regionais, e nos Centros de saúde, serão objecto de uma lista a estabelecer.

Foi iniciado em 2008, o processo de implementação da Região Sanitária de Santiago Norte, que compreende as Delegacias de Saúde de Santa Catarina, Santa Cruz, São Lourenço do Órgãos, São Miguel, São Salvador do Mundo e Tarrafal, tendo o Hospital Regional de Santiago Norte Dr Santa-Rita Vieira como estrutura hospitalar de referência.

A experiência ganha na implementação da RSSN servirá de base, considerando as especificidades regionais, para a criação de outras regiões, como apresentadas na proposta seguinte:

- RS de Santo Antão para servir as Delegacias de Saúde de Rª Grande, Paúl e Porto Novo, tendo como estrutura de referência o HR João Morais (2013/2014);
- RS Fogo/Brava para servir as Delegacias de Saúde da ilha do Fogo e da Brava, com o HR de S. Filipe como estrutura hospitalar de referência (2014/2015);
- RS de Santiago Sul, tendo o HC Agostinho Neto como estrutura de referência para servir as Delegacias de Saúde da Praia, São Domingos, Ribeira Grande de Santiago e Ilha do Maio (2016);
- RS de S. Vicente para servir as Delegacias de Saúde de S. Vicente, e de S. Nicolau, sendo o HC Baptista de Sousa a estrutura hospitalar de referência (2016).

Estratégias operacionais

1. Criação de condições para a fixação dos técnicos nas regiões sanitárias e hospitais regionais;
2. Criação de gabinetes técnicos para apoio à implementação das regiões sanitárias de S. Antão e Fogo/Brava;
3. Seguimento, avaliação e revisão dos instrumentos legais da RSSN para sua adaptação às regiões que se forem criando;

4. Dotação de recursos necessários, incluindo o quadro-tipo de profissionais de saúde e gestores, de equipamentos e aparelhos, e os meios financeiros para as Regiões sanitárias e os Hospitais Regionais;
5. Definição e implementação do conjunto de pacotes de "cuidados primários e secundários essenciais" de forma complementar;
6. Integração dos HR nas plataformas informáticas de apoio à gestão e de Telemedicina;
7. Definição e implementação duma estratégia de financiamento para as Regiões Sanitárias como Centro Único de Custo [60].

Metas

1. Até 2013, definir e publicar os incentivos de fixação dos profissionais de saúde das Regiões sanitárias e Hospitais regionais;
2. Até finais de 2014, ter os três Hospitais Regionais [Santiago Norte - HRSN, S. Antão - HRSA e Fogo/Brava - HRFB] dotados dos meios necessários [humanos, materiais, técnicos e financeiros] para o seu funcionamento;
3. Até finais de 2016 ter as regiões sanitárias de São Vicente e de Santiago Sul dotadas de recursos necessários (legais e materiais) e implementadas;
4. Em 2013, ter os diplomas legais dos hospitais e regiões sanitárias de Santo Antão e de Fogo/Brava elaborados e publicados;
5. Em 2013 ter os Gabinetes técnicos de apoio à implementação das RS de S. Antão e Fogo/Brava criados com recursos humanos, técnicos e financeiros;
6. Até fim de 2014 ter criado as regiões sanitárias de Santo Antão e de Fogo/Brava;
7. Em 2014 ter os orçamentos de funcionamento das RSSA e de RSFB aprovados e em execução;
8. A partir de 2013 integrar os Hospitais regionais numa rede de apoio informático à gestão dos utentes;
9. A partir de 2013 integrar os hospitais regionais na rede das tecnologias de apoio à prestação de cuidados de saúde/Telemedicina;
10. Até fim de 2014 ter definido e implementado em todos os HR criados, o pacote de cuidados secundários em complementaridade com o nível de atenção primária.

Intervenções

1. Dotar/Completar cada HR de equipas:
   - Cirúrgica [Cirurgião com experiência em traumatologia; Traumatologista em regime especial; Oftalmologista, ORL, Gineco-Obstetra, médico anestesista eTécnico médio de anestesista; Enfermeiro instrumentista,]
   - Médica (Clínico geral, Internista, Pediatra)
   - Enfermagem (geral, especializada em medicina, pediatria, ginecologia e cuidados cirúrgicos)
   - Farmacêutica (Farmacêutico, Técnicos de farmácia)
   - Laboratório/Banco de Sangue (Técnico superior, Técnico médio,Técnico profissional)
   - Radiologia/Ecografia (Médico radiologista, Técnico médio, Técnico profissional)
   - Administração (Administrador superior/médio, Gestor superior, Contabilista)

146

[60] – Definição e implementação de um sistema e circuito de financiamento que garanta a pontualidade e continuidade das acções de carácter promocional, preventivo, clínico ou de reabilitação, que permite e incentiva a comparticipação de todos conforme a sua condição financeira e sem a exclusão ou limitação do acesso aos usuários por questões exclusivamente económicas.

- Dotar /Completar cada HR de técnicos para áreas complementares nomeadamente: Psicologia, Epidemiologia, Estatística, Fisioterapia, Estomatologia, Nutrição, Assistente Social.

2. Dotar os HR de equipamentos tipo;
3. Dotar os HR de recursos financeiros;
4. Fazer advocacia e mobilizar recursos para a fixação de profissionais de saúde nas RS e nos Hospitais Regionais;
13. Integrar os HR na rede de apoio informático à gestão: gestão do utente, gestão do stock, gestão financeira e gestão dos RH e do património;
5. Integrar os HR na rede das tecnologias de apoio à prestação de cuidados de saúde/telemedicina;
6. Elaborar e implementar o orçamento de funcionamento das regiões sanitárias;
7. Monitorizar, avaliar e reajustar o processo de implementação da RSSN;
8. Rever/elaborar e publicar os diplomas legais relativos aos hospitais e regiões sanitárias a criar;
9. Estabelecer a separação orgânica entre as DS e os HR de S. Antão e de Fogo/Brava (recursos humanos, patrimoniais e financeiros);
10. Instalar os gabinetes técnicos das novas RS;
11. Nomear os directores das novas RS;
12. Implementar os órgãos das novas RS de acordo com os estatutos (Comissão Deliberativa e Conselho Consultivo);
13. Implementar o pacote de cuidados essenciais para a atenção secundária nomeadamente protocolos terapêuticos;
14. Implementar as acções de formação contínua de acordo com a planificação anual;
15. Fornecer apoio técnico especializado (médica, supervisão técnica e formativa, de manutenção, logística) aos CS da sua área de cobertura.

Resultados esperados

1. Incentivos para fixação dos profissionais de saúde das RS e dos Hospitais Regionais publicados e orçamentados;
2. Hospitais regionais dotados das equipas-tipo, mínimas;
3. Hospitais regionais equipados com os equipamentos adequados às funções a exercer;
4. Hospitais regionais providos dos recursos financeiros necessários ao seu funcionamento;
5. Hospitais regionais e Centros de Saúde funcionando em rede com referências e contra-referências claras;
6. Qualidade da atenção secundária melhorada segundo OMS/OOAS;
7. RSSN, RSSA e RSFB transformadas em Centro Único de Custo e dotadas de um orçamento de funcionamento suficiente;
8. HR integrados na oferta de cuidados da respectiva RS;
9. Novas Regiões Sanitárias criadas.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde**:** DNS; DGPOG; DGFM; RSSN, RSSA, RSFB e Hospitais; Delegacias de Saúde;
2. Parceiros nacionais**:** Comissões municipais de Saúde,Comissão Deliberativa e Conselho Consultivo das Regiões; Câmaras municipais;
3. Parceiros internacionais**:** OMS; OOAS

Indicadores de avaliação

1. Número de equipas-tipo constituídas e em função;
2. Percentagem de evacuações dos CS para os HR;
3. Percentagem de evacuações dos HR para os HC;
4. Percentagem de HR que cumprem 80% dos critérios de qualidade (OMS/OOAS);
5. Percentagem de HR que utilizam os protocolos terapêuticos instituídos;
6. Número de RS a funcionar como Centro Único de Custo;
7. Taxa de ocupação dos HR;
8. Taxa de mortalidade intra- hospitalar.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios estatísticos do Ministério da Saúde;
2. Relatórios dos diferentes serviços dos Hospitais regionais;
3. Relatórios da RSSN, RSSA e RSFB;
4. Actas das reuniões das Comissões deliberativas das RS;
5. Relatórios de inquéritos de qualidade (OMS/OOAS);
6. Diplomas publicados.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos Fortes

1. Vontade política na implementação da reforma do SNS;
2. Engajamento de parceiros internacionais do desenvolvimento sanitário;
3. Existência de uma rede satisfatória de infra-estruturas de saúde;
4. Profissionais de saúde competentes, embora ainda pouco numerosos;
5. Profissionais em especialização no exterior;
6. RSSN institucionalizada e em funcionamento.

Pontos Fracos

1. Carência de recursos humanos, materiais e equipamentos;
2. Dificuldades financeiras para responder às necessidades;
3. Acesso aos serviços e cuidados de saúde condicionado pela insularidade e orografia;
4. Política de fixação de profissionais fora dos dois principais centros urbanos do país ainda deficientemente implementada.

Condicionantes ambientais

1. Resistência à descentralização;
2. Limitações orçamentais;
3. Insularidade, orografia e dispersão da população.

Componente 3: Operacionalização da atenção terciária a nível nacional

Situação actual

Neste componente a atenção terciária compreende o atendimento aos doentes de maior complexidade clínico-cirúrgica e de diagnóstico.

A organização dos cuidados terciários de saúde é de âmbito nacional, baseada nos Hospitais Centrais Agostinho Neto [HAN], na cidade da Praia e Baptista de Sousa [HBS] no Mindelo, que têm assim uma função de referência nacional. A oferta dos cuidados terciários existentes e a existir na vigência da PNS, terá que evoluir em função do perfil epidemiológico e dos níveis de complexidade do agravo à saúde, dos níveis de exigência e expectativas da população caboverdiana e das soluções a adoptar tendo em conta a sustentabilidade do SNS.

O panorama da atenção terciária do país indica avanços, particularmente no reforço de recursos humanos, equipamentos e infra-estruturasnas seguintes áreas: oftalmologia, traumatologia, ginecoobstetrícia, pediatria, e ORL, onde as respostas dadas nos HC vêm permitindo soluções técnicas e atempadas. No entanto ainda persistem constrangimentos principalmente em áreas como a cardiologia de intervenção e cirurgia cardíaca, a cirurgia buco-maxilo-facial, a hemodiálise, a hemato-oncologia, a urologia, a patologia clínica, a imagiologia, a anatomia patológica, a ortopedia (artroplastia da anca, joelho e da coluna), a neurocirurgia, a neonatologia, a cirurgia plástica e reconstrutiva e a dos cuidados intensivos.

No conjunto destas respostas merece destacar a implantação de unidades de diálise para agudos nos dois hospitais centrais, o Hospital-Dia e Unidades de Cuidados Especiais.

Os Hospitais Centrais são institutos públicos de regime especial, dotados de órgãos, serviços e património próprios e gozam de autonomia administrativa e financeira [61]. Desenvolvem a sua actividade em articulação com os Serviços Centrais do Ministério da Saúde e desempenham as suas atribuições em harmonia com os hospitais regionais e as delegacias de saúde.

Os Hospitais Centrais são orgaizações complexas com impacto determinante na prestação de cuidados de saúde, implicando de forma marcante o desenvolvimento económico e social do país, daí a sua relevância na operacionalização da politica de saúde. Essa complexidade é também geradora de desafios para a sustentabilidade do sistema, ameaçada por custos de exploração crescentes, decorrentes de alteraçoes demográficas e sócio-culturais, pelo aumento de tratamentos e da incorporação de tecnologias sofisticados e caros e por uma gestão pouco estruturada, geradora de desperdícios.

Constitui, também, atribuição dos hospitais centrais a promoção de actividades de investigação cientifica, actividades estas fundamentais para uma boa prática médica. A formação continua dos profissionais de saúde é um pilar essencial na dinâmica de funcionamento dos hospitais para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Na vigência do PNDS 2008-2011 foram realizadas intervenções nas estruturas físicas dos dois hospitais, nomedamente a construção da nova maternidade e da Central de Consultas no HAN e a reabilitação do Banco de Urgencias do HBS. Os dois hospiatsi centrais foram reforçados com novos especialistas, particularmente nas áreas de medicina interna, de oftalmologia, anestesiologia, cardiologia, ginecoobstetrícia e de orto-traumatologia.

149

[61] – Decreto-Lei nº. 83/2005 de 19 de Dezembro

As evacuações médicas para tratamento no exterior constituem ainda um desafio, pese embora a sua diminuição em relação a algumas patologias de foro de traumatologia, oncologia, maxilo-facial e de insuficiência renal. No entanto persiste a necessidade de dar respostas designadamente a casos de insuficiência renal crónica, de oncologia, cardiologia de intervenção, de neurocirurgia e de cirurgia cardiovascular que abonam a favor da criação, no país, de serviços especializados nestas áreas.

Propõe-se na vigência do PNDS 2012-2016 a definição de uma estratégia para a atenção terciária, incluindo: a definição da missão dos hospitais centrais, a rede de referenciação, o modelo de governação e o desenvolvimento organizacional, a definição de programa de qualidade para os hospitais e identificação de áreas chave de desenvolvimento da atenção terciária considerando a densidade tecnológica, a necessidade de especialização e o volume de recursos financeiros relacionados. Para tal a estratégia de atenção terciária deverá definir em qual dos dois hospitais será desenvolvida uma determinada capacidade de resposta de modo a evitar duplicações e a diminuir os custos das intervenções.

O desenvolvimento dos cuidados terciários, pela abrangência nacional de que se revestem, terá que basear-se na complementaridade, entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, pensado e organizado de uma forma coerente, assente em princípios de racionalidade e eficiência. A cada hospital deve ser atribuída uma área geo-demográfica de influência e um papel específico na área assistencial de referência de âmbito nacional. Esta politica de complementaridade deve promover o surgimento no sector privado, de instituições de assistência hospitalar de cuidados terciários.

Para o desenvolvimento da atenção terciária deve-se priorizar a criação e o desenvolvimento das seguintes áreas: a orto-traumatologia, neucirurgia, neonatologia com UTI neonatal, oncologia, cardiologia de intervenção, cirurgia cardíaca, patologia clínica, anatomia patológica, imagiologia, unidades de terapia intensiva.

No processo de organização do Serviço Nacional de Emergências pré-Hospitalares os HC têm um papel importante no atendimento à demanda deste serviço enquanto estruturas de referência nacional.

Nos HC funcionam as Juntas de Saúde, estruturas responsáveis pela análise técnica dos processos submetidos à evacuação para o exterior e até aqui os processos relativos à atribuição de grau de invalidez e a ausências prolongadas, por doença ou acidente.

Para responder às crescentes necessidades de patologia traumática, nomeadamente resultantes de acidentes de viação, o esforço que se impõe é criar, nos hospitais, nomeadamente nos centrais, serviços de ortotraumatologia especializada em cirurgia da coluna e artroplastia. Estas situações traumáticas com lesões cranianas e da coluna, mas também outras condições de natureza congénita, obrigam ainda à criação de um serviço de neurocirurgia no país.

O desenvolvimento dum centro de cardiologia intervencionista e de cirurgia cardiotorácica justifica-se por as doenças cardiovasculares constituírem a principal causa de morbilidade e mortalidade no país e as cardiopatias congénitas e reumáticas constituírem a segunda causa da referência médica para o exterior.

A criação desses serviços, paralelamente ao reforço das medidas preventivas e de diagnóstico precoce das causas de doença, ampliará as capacidades do SNS na resposta e na qualidade da atenção prestada.

A investigação clínica no seio dos hospitais centrais é fundamental e deve ser estimulada.

Dada a autonomia dos HC deve-se garantir os meios para medicamentos e outros produtos farmaceuticos e outras tecnologias de saúde.

Estratégias operacionais

1. Definição de uma estratégia para a atenção terciária;

2. Melhoria/promoção da governação dos hospitais (organização interna, clínica, gestão de risco);
3. Desenvolvimento organizacional com base nas áreas chave de desenvolvimento da atenção terciária;
4. Desenvolvimento e treinamento dos profissionais dos Hospitais tendo em conta os desafios da atenção terciária;
5. Integração dos HC nas plataformas informáticas de apoio à gestão e de Telemedicina;
6. Promoção da investigação clínica e cientifica;
7. Contribuição para a resposta à demanda do Serviço Nacional de Emergências pré hospitalares.

Metas

1. Até fim de 2013, ter uma estratégia para a atenção terciária;
2. Até fim de 2013 elaborar o Plano de Desenvolvimento e organização dos Hospitais Centrais;
3. Até fim de 2013 ter o Programa de Qualidade do HAN;
4. Elaborar até fim de 2014 o Programa de Qualidade do HBS;
5. Até 2014 iniciar o processo de certificação com ISO para Banco de Sangue e Laboratorio dos Hospitas Centrais;
6. Em 2016 ter alguns serviços dos HC acreditados (área materno-infantil, Bloco Operatorio, processos de gestão).
7. A partir de 2º semestre de 2013 ter o Centro de Hemodiálise a funcionar no HAN;
8. Até Abril de 2013 criar e pôr a funcionar unidades de cuidados intensivos no HAN ;
9. Até fim de 2014 criar e pôr a funcionar unidades de cuidados intensivos no HBS ;
10. Dotar os serviços de ortotraumatologia dos hospitais centrais de meios para a cirurgia da coluna e artroplastia até 2014;
11. Organizar os serviços de cirurgia para o atendimento de casos de foro neurocirúrgico até finais de 2013;
12. Criar e pôr a funcionar um Serviço de Neurocirurgia num dos HC, até 2016;
13. Desenvolver um centro de cardiologia intervencionista num dos HC até finais de 2016;
14. Desenvolver a cirurgia cardiotorácica num dos HC até 2016;
15. Até 2014 ter todos os Protocolos Clinicos de patologias prioritárias elaborados e validados e a partir de 2015 iniciado a implementação;
16. Ter até finais de 2014, em funcionamento um laboratório de anatomia patológica em cada HC;
17. Ter a partir de 2015 em funcionamento serviços de oncologia nos HC;
18. Até fim de 2014 implementar a contabilidade analítica nos hospitais do país;
19. A partir de 2013 integrar os hospitais numa rede de apoio informático à gestão dos utentes;
20. A partir de 2013 integrar os hospitais centrais na rede das tecnologias de apoio à prestação de cuidados de saúde/Telemedicina;
21. Identificar e estabelecer protocolos de parcerias com Centros Hospitalares de referência com vista às evacuações médicas para o exterior até 2014;
22. Até fim 2013 estabelecer protocolos de colaboração com as entidades responsáveis pelo serviço nacional de emergências pré-hospitalares;
23. A partir de 2013 institucionalizar a investigação clínica nos Hospitais Centrais.

Intervenções

1. Nomear uma Comissão ad hoc (nível central, HAN, HBS) para liderar a elaboração de uma estratégia para a atenção terciária no país;
2. Definir a Estratégia para a atenção terciária;

3. Elaborar o Plano de Desenvolvimento e organização dos Hospitais Centrais;
4. Promover a criação e nomeação da Comissão de Qualidade dos hospitais ;
5. Elaborar o Programa de Qualidade dos Hospitais Centrais e Regionais;
6. Certificar (ISO) o Banco de Sangue e o Laboratorio dos Hospitais Centrais;
7. Acreditar a área materno-infantil, Bloco Operatorio e processos de gestão dos Hospitais Centrais;
8. Criar as condiçoes para o funcionamento do Centro de Hemodiálise do HAN;
9. Criar e pôr a funcionar os serviços de cuidados intensivos nos hospitais centrais;
10. Dotar os serviços de ortotraumatologia dos hospitais centrais de meios para a cirurgia da coluna e artroplastia;
11. Organizar os serviços de cirurgia dos HC para o atendimento de casos de foro neurocirúrgico;
12. Formar / recrutar1 neurocirurgião;
13. Criar e pôr a funcionar um Serviço de Neurocirurgia num dos HC;
14. Desenvolver um centro de cardiologia intervencionista num dos HC;
15. Desenvolver a cirurgia cardiotorácica num dos HC;
16. Elaborar, validar e implementar todos os Protocolos Clinicos de patologias consideradas prioritárias ;
17. Criar as condições humanas, técnicas e materiais para o funcionamento do laboratório de anatomia patológica nos HC;
18. Implementar a contabilidade analítica nos hospitais (centrais e regionais) do país;
19. Identificar e estabelecer protocolos de parcerias com Centros Hospitalares de referência com vista a intervenções sobre as patologias susceptíveis de evacuações médicas para o exterior;
20. Promover e institucionalizar a investigação clínica nos Hospitais Centrais;
21. Realizar acções de formação continua para os profissionais de saúde dos HC;
22. Criar as condições humanas, técnicas e financeiras para o funcionamento dos Serviços de Oncologia;
23. Reforçar com os recursos humanos, materiais e financeiros, os laboratórios de análises dos HC para responder às necessidades dos novos serviços;
24. Organizar cursos regulares de iniciação à investigação clínica;
25. Elaborar protocolos de investigação, promover e criar condições para a investigação clínica;
26. Identificar e assinar acordos de cooperação com equipas de cirurgia cardiovascular, estrangeiras;
27. Organizar visitas periódicas de especialistas estrangeiros aos 2 HC paa assegurar o atendimento nas especialidades criadas;
28. Integrar os HC na rede de apoio informático à gestão (gestão do utente, gestão do stock, gestão financeira e gestão dos RH e do património);
29. Integrar os HC na rede das tecnologias de apoio à prestação de cuidados de saúde/Telemedicina;
30. Participar na elaboração e implementação de protocolos com as entidades responsáveis pela criação do Serviço Nacional de Emergências Pré- hospitalares;
31. Fornecer apoio técnico especializado (médica, supervisão técnica e formativa, de manutenção, logística) às estruturas de prestação de cuidados da sua área de cobertura e do país.

Resultados esperados

1. Estratégia para atenção terciária definida e implementada;
2. Serviços hospitalres com programas de qualidade implementados;
3. Plano de desenvolvimento e organização dos hospitais definido e implementado;

4. Novos serviços criados e operacionais nos HC [Hemodiálise, Oncologia; UCI, Ortotraumatologia com Cirurgia da Coluna e Artroplastia, Neurocirurgia, Cardiologia de intervenção e Cirurgia Cardio-torácica];
5. Equipas mínimas de especialistas para os novos serviços, recrutados;
6. Laboratórios dos HC reforçados e operacionais;
7. Investigação clínica em implementação;
8. Protocolos clinicos elaborados e implementados;
9. Protocolos de evacuação médica revistos e implementados;
10. HC integrados na plataforma tecnológica/telemedicina;
11. HC integrados na rede informática de apoio à gestão;
12. Programas de visitas de especialistas às estruturas de saúde implementados;
13. Protocolos para as emergências pré hospitalares implementados.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde**:** HC; DNS; DGPOG; DGFM; Hospitais Regionais;
2. Parceiros nacionais**:** Ordem dos Médicos; Universidades; INPS; INPHARMA; EMPROFAC;
3. Parceiros internacionais**:** Cooperação bilateral; OMS; OOAS;

Indicadores de avaliação

1. Número de protocolos clinicos produzidos e implementados;
2. Número de evacuações para o exterior por áreas;
3. Número de intervenções realizadas por áreas novas criadas;
4. Número de serviços hospitalares certificados e acreditados;
5. Profissionais das diferentes categorias especializados e em função;
6. Número de visitas de equipas estrangeiras para intervenções clínico-cirúrgicas e por especialidades nos HC;
7. Número de parceiros e Centros Hospitalares de referência identificados e com cooperação estabelecida;
8. Número de artigos científicos publicados pelos profissionais de saúde dos HC;
9. Taxa de ocupação por áreas;
10. Taxa de mortalidade intra-hospitalar;
11. Número de evacuações das estruturas de média e baixa complexidade;
12. Número de visitas de especialistas para estruturas de saúde da respectiva área de cobertura.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatorios de actividades dos HC;
2. Relatórios respeitantes às evacuações para o exterior e internas;
3. Relatorios estatísticos do MS;
4. Relatórios de auditoria de qualidade;
5. Documento de estratégia de atenção terciária;
6. Investigação publicada.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos Fortes

1. Vontade política para diferenciar e consolidar a atenção terciária;
2. Crescimento e diversidade da capacidade de resposta do SNS;
3. Existência de serviços hospitalares diferenciados e com capacidade de resposta.

Pontos Fracos

1. Inexistencia de uma estratégia nacional de atenção terciária;
2. Reduzido nº de pessoal de saúde especializado nas diversas áreas prioritárias;
3. Inexistência de possibilidades de especialização no país;
4. Custos da formação de especialistas.

Condicionantes ambientais

1. Dificuldades financeiras para responder às necessidades de criação de novos serviços;
2. Perfil demográfico e epidemiológico do país em transição.

Componente 4: **Desenvolvimento da Rede de Serviços Complementares de Diagnóstico e Tratamento**

Situação actual

A rede de serviços complementares de diagnóstico e tratamento compreende neste componente, a rede Nacional de Laboratórios, a Rede Nacional de Imagiologia e outros serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento designadamente o serviço de Anatomia Patológica.

1. Desenvolvimento da Rede nacional de Laboratório:

A Rede Nacional de Laboratórios (RNL) é operacionalmente definida como o conjunto formado pelo Laboratório de Saúde Pública para a vigilância sanitária e epidemiológica e pelos Laboratórios de Análise Clínicas das estruturas de saúde para a assistência em saúde, podendo ainda incluir o Laboratório de Anatomia Patológica.

A rede de LAC - laboratórios de análises clínicas - das estruturas do sector público da saúde é formada por: dois laboratórios nos hospitais centrais, três nos HR e dez nas Delegacias de Saúde. O sector privado de LAC registou um desenvolvimento importante com uma rede de 16 laboratórios ao nível do país, porém com concentração nas cidades de Mindelo e da Praia[62].

Encontra-se em fase de estudo, a operacionalização da implementação do Laboratório de Saúde Publica (LSP) que poderá vir a ser uma das plataformas do futuro Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP). O LSP, a construir de raíz e a equipar na vigência deste PNDS, deverá incluir o Laboratório de Virologia Molecular inaugurado em 2011 e os laboratórios de VIH/Sida existentes.

O LSP deve funcionar na primeira linha do rápido reconhecimento das doenças transmissíveis e prioritárias e contribuir para prevenir a sua propagação e detém como funções: confirmação laboratorial rápida dos agentes patogénicos das doenças para vigilância, incluindo o alerta para epidemias, a resposta e a prevenção, assim como a monitorização da segurança microbiológica dos alimentos e da agua; formulação de políticas e normas técnicas; monitorização da resistência anti-microbiana das doenças prioritárias; criação de sistemas de avaliação interna e externa de qualidade e de controlo de qualidade; apoio laboratorial durante a investigação sobre os surtos para determinar a fonte de infecção; identificação dos veículos e dos reservatórios das infecções no ambiente;

A RNL está organizada em cinco níveis: Laboratório Nacional de Referência (nível I,actualmente exercido pelo LAC do HAN) e que será substituído em tempo oportuno pelo LSP; laboratórios dos hospitais centrais (nível II), laboratórios dos hospitais regionais (nível III), laboratórios das delegacias de saúde (nível IV) e os postos de colheita nas estruturas de saúde sem laboratórios (nível V). Existem experiencias de colecta descentralizada em algumas regiões do país, nomeadamente na Região Sanitária de Santiago Norte, no município da Praia e das delegacias de saúde para os hospitais centrais e regionais.

Na Rede Nacional de Laboratórios do sector público de saúde trabalham 55 técnicos, sendo 10 técnicos superiores, 24 técnicos-adjuntos, 12 técnicos profissionais e 9 técnicos auxiliares[63].

Em 2011 foram realizados pelos LAC da RNL (exceptuando os de São Vicente e de São Nicolau): Hematologia, 194 701 exames; Imunologia, 108 360 exames; Urinas, 132 497 exames; Parasitologia, 25 702 exames; Bacteriologia, 19 385 exames; Bioquímica, 430 021 exames.

155

[62] - Relatório Estatístico, MS, 2010

[63] - Relatório Estatístico, MS, 2010

A RNL enfrenta dificuldades de gestão devido a rupturas frequentes de stock de reagentes e consumíveis por razoes da não existência de uma dotação orçamental própria para as actividades da rede. A aquisição e distribuição dos reagentes e consumíveis são feitas pela DGFM conforme lista de previsão fornecida pela RNL enquanto a importação é da responsabilidade da EMPROFAC. Segundo o Relatório & Contas 2011, desta empresa, a importação destes produtos teve um decréscimo de 36% entre 2010 e 2011. Existem ainda no mercado fornecimentos assegurados por empresas privadas directamente aos laboratórios do sector público da saúde, através de contratualizações como contrapartida da disponibilização de equipamentos de diagnóstico.

Outro constrangimento importante está relacionado com a inexistência de uma política de manutenção preventiva e correctiva dos equipamentos na rede de laboratório, do mesmo modo que não existe uma programação para a substituição dos equipamentos. A falta de meios financeiros à disposição da RNL tem como outras consequências irregularidades, não só na realização de formações para a actualização de técnicos com particular incidência nos que trabalham isoladamente, como também nas supervisões.

Durante a vigência do PNDS 2008-2011 foram reforçadas as capacidades de resposta dos laboratórios de análises clínicas dos hospitais, passando a desenvolver exames bioquímicos e imunológicos de maior complexidade e que no passado eram objecto de evacuações: marcadores de hepatites, marcadores tumorais, determinação de níveis colinesterase, troponina, entre outros. Foram criadas condições para o envio de amostras para o exterior no sector privado de saúde de determinados exames não realizados no país.

É nesse contexto que entre as orientações estratégicas da PNS se destaca, não só a criação de condições técnicas e humanas mínimas para exames complementares de rotina a instalar nos diferentes níveis de atenção de acordo com a complexidade de situações de doença a tratar, como também se recomenda, em obediência ao princípio de racionalidade técnica e da rendibilidade económica, a necessidade de concentrar, em instituições especiais, os recursos humanos e técnicos susceptíveis de assegurar a possibilidade de realizar intervenções mais diferenciadas.

Na vigência do PNDS 2012-2016 projecta-se estruturar em rede os laboratórios de análises clínicas para potenciar, através da concentração, os recursos humanos e técnicos de forma a oferecer uma maior e melhor resposta às necessidades clínicas e de saúde pública desse tipo de exames complementares de diagnóstico e de tratamento. Da mesma forma será definido em diploma próprio a constituição da RNL e as condições jurídicas e técnicas para a criação do LSP no país. A RNL deverá ser dotada de orçamento próprio de funcionamento e de investimento de acordo com o seu plano de desenvolvimento. Propõe-se ainda desenvolver o sector de bacteriologia nos Hospitais Regionais. A estratégia de colecta descentralizada deverá ser reforçada dentro da RNL.

2. **<u>Desenvolvimento da Rede Nacional de Imagiologia</u>**:

A Rede Nacional de Imagiologia (RNI-MS) é operacionalmente definida como o conjunto formado pelos serviços de imagiologia dos hospitais centrais e regionais, os gabinetes de radiologia e ecografia das delegacias de saúde e ainda o serviço de telemedicina a ser criado. É considerado um serviço de imagiologia quando o mesmo conta com pelo menos um médico radiologista a tempo inteiro e um plateau técnico no mínimo de um aparelho de raios x e de um ecógrafo.

A RNI-MS actual é formada por dois serviços de imagiologia nos hospitais centrais, dois serviços de imagiologia nos hospitais regionais, um gabinete de raios x e de ecografia no hospital regional de Santo Antão e nove gabinetes de raios x e de ecografia nas delegacias de saúde.

Os distintos serviços e gabinetes têm funcionado de forma autónoma nas respectivas estruturas de saúde sem integração em rede, o que tem consequências directas na recolha de dados sobre a prestação destes serviços, na manutenção dos respectivos equipamentos, na inexistência de um plano de

formação contínua e de actualização dos técnicos e na falta de supervisão técnica dos serviços e ainda de um plano de aquisição.

Assim se prevê, na vigência do PNDS 2012-2016, a implantação de um órgão de coordenação nacional da rede de imagiologia, devendo os serviços e gabinetes de imagiologia funcionar de forma descentralizada e hierarquizada.

De igual modo, a instalação do serviço de telemedicina, em rede nacional e em ligação a centros internacionais, permitirá alargar e melhorar a resposta a problemas mais complexos, introduzindo os benefícios oferecidos pelas novas tecnologias no complemento da capacidade de diagnóstico e de tratamento, à distância.

3. Outros serviços de apoio ao diagnóstico e tratamento:

Este grupo inclui os serviços de endoscopia dos hospitais centrais.

Os laboratórios de anatomia patológica deverão ser avaliados e ponderada a sua integração na Rede Nacional de Laboratórios do SNS.

Estratégias operacionais

1. Definição da constituição da Rede Nacional de Laboratórios em diploma próprio;
2. Dotação da RNL com orçamento próprio de funcionamento e de investimento;
3. Dotação de técnicos superiores de laboratório em número suficiente por estruturas de saúde e por níveis de atenção;
4. Elaboração de um plano de manutenção preventiva e correctiva dos equipamentos dos LAC;
5. Reforço das capacidades de detecção, confirmação e notificação das ocorrências que podem pôr em perigo a saúde pública nacional e internacional;
6. Definição da rede nacional de imagiologia do SNS em diploma próprio;
7. Dotação da RNI com orçamento próprio de funcionamento e de investimento
8. Instalação de uma rede abrangente de telemedicina.

Metas

1. Definir, até finais de 2013, através de diploma próprio a constituição da RNL;
2. Criar e operacionalizar, até finais de 2015, o Laboratório de Saúde Pública;
3. Ter a partir de 2013 um Plano de manutenção e de substituição de equipamentos da RNL;
4. Em 2014 dispor de um orçamento de funcionamento e de investimento para a RNL;
5. Reforçar as capacidades de detecção, confirmação e notificação das ocorrências que podem pôr em perigo a saúde pública nacional e internacional em 2013;
6. Criar até 2013 o órgão de coordenação da rede nacional de imagiologia, com estatuto próprio;
7. A partir de 2014 dotar os dois hospitais centrais com um serviço de anatomia patológica equipado para responder às necessidades prevalecentes;
8. A partir de 2014 dotar os Hospitais Regionais com capacidades para a realização de exames de citologia;
9. Até final de 2013 implementar um serviço de telemedicina nos hospitais centrais e regionais e até fim de 2014 nos centros de saúde.

Intervenções

1. Definir em diploma próprio a constituição da Rede Nacional de Laboratórios;

2. Elaborar com apoio dos serviços de manutenção, o Plano de manutenção dos equipamentos da RNL;
3. Organizar com o apoio dos serviços de manutenção, o recenseamento dos equipamentos da RNL;
4. Elaborar, com apoio dos serviços de manutenção, o Plano de amortização dos equipamentos e de sua substituição;
5. Reforçar as capacidades de detecção, confirmação e notificação das ocorrências que podem pôr em perigo a saúde pública nacional e internacional;
6. Reforçar a RNL em equipamentos;
7. Formar os técnicos da RNL na utilização e conservação dos equipamentos;
8. Organizar cursos de actualização periódica para os técnicos da RNL;
9. Dotar a RNL de técnicos superiores em número suficiente por estrutura de saúde e por níveis de atenção;
10. Programar a substituição temporária dos técnicos de laboratórios que trabalham em Delegacias de Saúde em situação de isolamento (Brava, Maio, Boavista, São Nicolau, Porto Novo, Tarrafal e Santa Cruz) para treinamentos regulares e durante as férias;
11. Realizar com regularidade visitas de supervisão aos laboratórios das estruturas públicas e privadas;
12. Criar um Banco de Dados da RNL integrado no SIS;
13. Promover e reforçar a estratégia de colecta descentralizada para os LAC da RNL;
14. Definir as características e natureza das redes/serviços complementares de diagnóstico e tratamento a criar;
15. Definir em diploma próprio a constituição da Rede Nacional de Imagiologia;
16. Elaborar o quadro institucional [estatutos e regulamentos] de cada uma das redes/serviços complementares de diagnóstico e tratamento, a criar;
17. Criar um Banco de Dados da RNI-MS integrado no SIS;
18. Capacitar os recursos humanos das redes;
19. Criar mecanismos de supervisão e inspecção para garantir a qualidade e eficiência dos exames dos serviços da RNI-MS;
20. Avaliar os laboratórios de anatomia patológica do SNS e sua integração na RNL;
21. Dotar os Hospitais Regionais com capacidades para a realização de exames de citologia;
22. Assegurar os equipamentos necessários para o funcionamento dos serviços de endoscopia nos Hospitais Centrais;
23. Dotar as estruturas de saúde (hospitais e centros de saúde) com as condições técnicas necessárias para o funcionamento em rede da telemedicina;
24. Formar/reforçar competências dos profissionais de saúde em matéria de utilização da telemedicna.

Resultados esperados

1. Rede Nacional de Laboratórios definida;
2. Laboratório de Saúde Publica criado e operacional;
3. Melhoria da capacidade de resposta da RNL e do SNS;
4. Rede Nacional de Imagiologia definida;
5. Estruturas de saúde com serviço de telemedicina operacional.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DNS, DGFM, DGPOG, Hospitais, RS e Delegacias de Saúde

2. Parceiros Nacionais: Ministério de Finanças, DG Cooperação Internacional, sector privado da saúde, INPS;
3. Parceiros internacionais: OMS, bilaterais

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de LAC sem ruptura de reagentes essenciais;
2. Diploma de publicação do estatuto e regulamentos da RNL;
3. Percentagem de LAC supervisionados;
4. Diploma de publicação do estatuto e regulamentos RNI-MS;
5. Número de estruturas de saúde que desenvolvem a colecta descentralizada;
6. Laboratório de Saúde Pública e respectivos recursos;
7. Número de estrutras de saúde que utilizam a telemedicina.

Meios de verificação e seguimento

1. Documentos de publicação dos estatutos e regulamentos;
2. Relatórios dos estabelecimentos de saúde;
3. Relatórios de actividades da RNL e da RNI;
4. Plano de Manutenção dos equipamentos;
5. Projecto e fundos para a construção e equipamento do LSP;
6. Relatórios Estatísticos do Ministério da Saúde.

Sustentabilidade: Pontos fortes e Pontos fracos

Pontos fortes

1. Existência de LAC nas principais estruturas de saúde do país;
2. Experiência de colecta descentralizada;
3. Existência de serviços de imagiologia e de gabinetes de radiologia no SNS;
4. Orientações estratégicas da PNS.

Pontos fracos

1. Inexistência de orçamento próprio da RNL;
2. Inexistência de um órgão de coordenação nacional dos serviços de imagiologia;
3. Inexistência de um Plano de Manutenção de equipamentos;
4. Dependência dos mercados externos.

Condicionantes ambientais

1. Normas restritivas dos doadores na atribuição de financiamento para aquisição de equipamentos.

II PROGRAMA DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Objectivo geral: Promover a qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e riscos para a saúde relacionados com os seus determinantes e condicionantes.

Objectivos Específicos

1. Promover a participação dos indivíduos, comunidades e parceiros do SNS na melhoria dos níveis de saúde e da qualidade de vida da população cabo-verdiana.
2. Fazer com que a promoção da Saúde seja uma componente importante de politicas públicas de desenvolvimento nacional, regional e local;
3. Reforçar parcerias com o sector público e o privado, conducentes à melhoria dos níveis de saúde das populações;
4. Reforçar a estratégia Saúde Escolar alargando o seu âmbito de intervenção ao ensino secundário.

O Programa de Promoção de Saúde e Investigação compreende dois componentes:

1. **Desenvolvimento de Politicas de Promoção de Saúde enquadradas no processo de desenvolvimento nacional, regional e local;**
2. **Promoção da Saúde Escolar.**

Quadro lógico de execução do programa de Promoção da Saúde
Custos e fontes de financiamento por componente

Componentes	Custos (mil ECV) por ano										Global		
	2012		2013		2014		2015		2016		Custo	Anunciado	A mobili-zar
	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado			
Desenvolvimento de políticas de promoção da saúde enquadra-das no processo de desenvolvi-mento nacional, regional e local.	224.269	33.973	344.198	35.167	315.636	36.407	244.443	37.697	215.060	39.038	1.343.603	182.284	1.161.319
Promoção da saúde escolar	17.639	N/O	7.069	N/O	6.819	N/O	7.069	N/O	6.819	N/O	45.419	N/O	
Total	241.908	33.973	351.267	35.167	322.455	36.407	251.512	37.697	221.879	39.038	1.389.022	182.284	1.206.738

Componente 1: Desenvolvimento de políticas de promoção de saúde enquadradas no processo de desenvolvimento nacional, regional e local.

Situação actual

A Promoção da Saúde aparece na Política Nacional de Saúde [PNS] como uma estratégia a ser desenvolvida para facultar uma ampla participação e uma acção sustentada de sensibilização, com vista à implementação de medidas conducentes à melhoria dos níveis de saúde e da qualidade de vida das populações.

Até aqui o Ministério da Saúde vem assumindo, quase que em exclusividade, as preocupações nessa matéria para levar a bom termo as medidas que se impõem, recorrendo a instituições da sociedade civil e a sectores do governo que respondem de maneira pontual. Mesmo assim, persistem dificuldades em matéria de promoção da saúde, a nível do próprio Ministério da Saúde, destacando-se a falta de pessoal especializado na área, a insuficiência de recursos financeiros atribuídos ao sector e a deficiente coordenação na implementação de actividades. Ainda, a carência de dispositivos legais e alguma falta de rigor no cumprimento dos que existem para a protecção da saúde (consumo/publicidade/patrocínio do tabaco e álcool; prostituição, abusos sexuais, etc.).

Torna-se necessário, portanto, incluir a promoção da saúde nas políticas sectoriais do governo e das autarquias, definir e implementar uma estratégia comum de promoção da saúde que se traduza numa influência positiva sobre os seus determinantes e condicionantes, incluindo aqueles ligados ao meio ambiente com repercussão sobre a qualidade de vida dos cabo-verdianos. Esta estratégia deverá estimular a responsabilização dos indivíduos e das comunidades na sua saúde e contribuir para a melhoria do bem-estar geral da população com foco também nas pessoas com deficiência.

É nesse sentido que se advoga no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário que a promoção da saúde seja assumida como uma componente a incluir em todas as políticas sectoriais do Governo, das autarquias e das ONGs que intervêm nesta área.

As estratégias de promoção da saúde são fundamentais para melhoria dos níveis da saúde dos cabo-verdianos. Com o PNDS surge a oportunidade de integrar a Promoção da Saúde?de forma consistente no Serviço Nacional de Saúde, para que as actividades promocionais façam parte de um programa específico**.**

De referir a realização, em 2011, do I Fórum Nacional de Promoção da Saúde que reuniu representantes do sector público, privado e da sociedade civil e produziu um conjunto de recomendações pertinentes dirigidas aos diferentes actores do processo..

Para cumprir as suas atribuições, o SNS deverá reforçar e desenvolver uma politica de Promoção de Saúde que considere: as intervenções sobre os factores de risco modificáveis com maior impacto na saúde da população cabo-verdiana, nomeadamente sobre as doenças não transmissíveis, as causas de morbi-mortalidade externas, o uso abusivo do álcool e o uso de drogas; a promoção de políticas públicas saudáveis com intervenção sobre os determinantes de saúde, em particular os determinantes sociais de saúde; a participação na promoção de políticas públicas inclusivas e específicas em benefício de pessoas com deficiência e com enfoque nas questões de género; a participação do sector da saúde no combate à violência domestica e à violência baseada no género e na promoção da igualdade de género nas politicas de saúde.

Estratégias operacionais

1. Participação nos espaços de negociação social e política para a inclusão da promoção da saúde nos planos sectoriais de desenvolvimento nos diferentes níveis;
2. Reforço da participação dos cidadãos e organizações da sociedade civil nas instâncias de consulta existentes (por exemplo, Conselho Nacional de Saúde, Comissões Municipais de Saúde) com vista a uma contribuição mais activa nas intervenções em matéria de protecção e promoção de saúde e prevenção da doença;
3. Actualização do Plano Estratégico de Promoção da Saúde;
4. Revisão/adoção de um quadro de coordenação intersectorial para a promoção da saúde;
5. Desenvolvimento de acções conjuntas com os diferentes departamentos do Governo e do Poder local, privados e com a sociedade civil, em matéria de promoção da saúde;
6. Acesso à informação e conhecimentos pertinentes relativos aos determinantes da saúde e factores de risco**;**
7. Integração nas reuniões técnicas (de programação, outras), dos clusters.

Metas

1. Promover a partir de 2013 a elaboração de um Plano/agenda de promoção da saúde em todos os concelhos do país;
2. Ter, em 2013, avaliado e actualizado o Plano Estratégico de Promoção de Saúde 2009-2012;
3. Iniciar em 2013 a realização de *fora* regionais multissectoriais de promoção da saúde;
4. Até finais de 2014 realizar o II Fórum Nacional de promoção de Saúde;
5. Ter revisto e adotado em 2013 um quadro de coordenação intersectorial para a promoção da saúde;
6. Assinar até finais de 2013, um protocolo de cooperação com o ICIEG sobre as questões de género nas políticas de Promoção de saúde.

Intervenções

1. Contribuir para a instituição de um quadro de coordenação intersectorial das acções de promoção da saúde;
2. Acordar com o sector da educação as matérias de promoção da saúde a introduzir nos curricula do ensino básico, do ensino secundário e dos programas de alfabetização de adultos;
3. Estabelecer com os sectores da agricultura e ambiente a implementação da promoção da saúde nos planos dos diversos níveis de acção desses sectores, nomeadamente a participação no processo de formulação e de implementação do PANA, designadamente do plano intersectorial "Ambiente e Saúde Publica";
4. Avaliar e actualizar o Plano Estratégico de Promoção de Saúde;
5. Promover junto da comunicação social a necessidade de assumir a promoção da saúde como um dos objectivos fundamentais de sua acção;
6. Promover a elaboração e implementação de planos municipais intersectoriais de promoção da saúde;
7. Promover a inclusão da promoção de saúde nas políticas sectoriais do governo, autarquias e empresas públicas;
8. Formar profissionais de saúde na área de promoção de saúde;
9. Assinar protocolos de parcerias entre o MS e serviços públicos, privados e da sociedade civil, para a implementação do Plano Estratégico de Promoção de Saúde;
10. Realizar programas de IEC, através da comunicação social, serviços de saúde e a nível comunitá-

rio;

11. Reforçar a capacidade de concepção, produção e divulgação de materiais audiovisuais sobre a promoção de saúde;
12. Realizar um fórum bianual de parceiros sobre a promoção de saúde;
13. Realizar *fora* regionais sobre a promoção de saúde;
14. Conceber, produzir, divulgar material de IEC sobre a promoção de saúde;
15. Realizar um concurso anual, para premiar as melhores iniciativas de promoção de saúde implementadas pela sociedade civil;
16. Realizar o seguimento e avaliação do impacto das acções de promoção de saúde;
17. Capacitar os líderes e promotores de associações comunitárias em estratégias de promoção de saúde;
18. Assinar e implementar um Protocolo de Cooperação com o ICIEG para a promoção de igualdade de género nas políticas de promoção de saúde;
19. Contribuir para a realização de estudos sobre determinantes da saúde e factores de risco;
20. Participar nas reuniões técnicas dos clusters relacionados com a Promoção de Saúde.

Resultados esperados

1. Um Plano Estratégico de Promoção de Saúde actualizado e implementado;
2. Quadro de coordenação intersectorial instituído e operacional;
3. Acções de promoção da saúde conjuntas e descentralizadas para o nível municipal em execução;
4. Manuais escolares dos diversos níveis com textos referentes à promoção da saúde, incluindo os factores ambientais com influência na saúde;
5. Parceiros sensibilizados para a problemática da inclusão da Promoção da Saúde nas políticas públicas;
6. Abordagem do género incluída nas políticas de promoção de saúde e do sector da saúde em geral.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde**:** CNDS/INSP, DNS, DGPOG;
2. Parceiros nacionais**:** sectores da educação, agricultura, ambiente, juventude; Câmaras Municipais, ICIEG, FICASE, DGASP, CCS-SIDA, Comunicaçao Social, FECAD e outras organizações da Sociedade Civil;
3. Parceiros internacionais: OMS,OOAS, NU e parceiros de cooperação bilateral;

Indicadores de avaliação

1. Número de fóruns regionais realizados;
2. Nível de conhecimento da população sobre medidas preventivas relativas aos principais problemas de Saúde pública;
3. Novo documento de Plano Estratégico;
4. Percentagem de Câmaras Municipais com planos/agenda de promoção da saúde;
5. Percentagem de cumprimento do protocolo com ICIEG;
6. Número de reuniões com parceiros sobre a inclusão da Promoção da Saúde nas políticas públicas.

Meios de verifiicação e seguimento

1. Plano Estratégico de Promoção de Saúde;
2. Relatórios de execução dos planos sectoriais e municipais;
3. Relatórios de Fóruns de Promoção de Saúde;
4. Relatório estatístico do Ministério da Saúde;
5. Agenda e actas das reuniões com parceiros.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e Fracos

Pontos fortes

1. Vontade política pela Promoção de Saúde;
2. Estratégia regional da OMS para a promoção da saúde;
3. Plano Estratégico de Promoção de Saúde;
4. Experiência do CNDS.

Pontos fracos

1. Fraca valorização das acções de promoção da saúde;
2. Insuficiente número de profissionais formados na matéria;
3. Deficiente coordenação das actividades IEC realizadas pelos parceiros da saúde.

Condicionantes ambientais

1. Resistência a mudanças de paradigma;
2. Insuficiente literacia em saúde das populações.

Componente 2: Promoção da Saúde Escolar

Situação actual

A saúde escolar compreende as acções de promoção de saúde e de prevenção das doenças, desenvolvidas no meio escolar. Abrange uma rede de instituições de ensino do Pré-escolar, Básico e Secundário, incluindo alunos, trabalhadores de ensino e os pais e encarregados de educação.

O efectivo escolar em 2010 era formado por 22.610 no Pré-escolar, 69 115 no ensino Básico e 53 691 no Secundário. O corpo docente é formado por 1.116 efectivos na educação pré-escolar, 2.972 no ensino Basico, 2.787 no Ensino Secundário Público e 827 no privado.

O programa de Saúde Escolar é um programa conjunto do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde. No sector da educação as acções de saúde escolar são coordenadas pela FICASE. No sector da saúde, em vários momentos existiu um programa específico de saúde escolar funcionando de forma intermitente. No entanto as acções de promoção de saúde e de prevenção de doenças no meio escolar sempre foram desenvolvidas. Estas acções incluem a educação para a saúde, a desparasitação, a distribuição de comprimidos de ferro, rastreio de doenças de pele e buco-dentárias.

Na vigência do PNDS 2008-2011 foram realizados estudos, nomeadamente sobre a situação nutricional da criança, a saúde oral e doenças de pele.Juntamente com o Ministério da Educação foram desenvolvidas várias actividades para reforço do programa de saúde escolar, nomeadamente a revisão dos curricula escolares, elaboração dos manuais de saúde escolar para professores, o caderno de saúde do aluno, entre outros.

Os vários programas de apoio à saúde escolar têm constatado a existência de cáries dentárias em índices elevados (Tarrafal e São Vicente) entre os alunos do ensino básico, doenças de pele, anemia e gravidez na adolescência..

Constata-se um vazio institucional na oferta da prestação deste serviço aos alunos do ensino secundário que no entanto constituem público alvo privilegiado (adolescentes e jovens). Com efeito será necessário desenvolver intervenções para uma abordagem integrada dos principais problemas que afectam a saúde deste grupo visando a sua capacitação para fazer face às questões relacionadas com: a gravidez na adolescência, as IST/VIH, violência baseada no género, factores de risco para as causas externas de morbimortalidade como sejam o uso abusivo do álcool e outras substâncias psicoactivas, violência urbana, distúrbios nutricionais e do comportamento.

A coordenação das intervenções, nas acções de saúde escolar, entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, constituem ainda um constrangimento para a implementação plena do programa de saúde escolar e tem como repercussões a dispersão de recursos e um deficiente seguimento e avaliação das acções realizadas.

Assim para a consolidação das acções de saúde escolar, durante a vigência do PNDS 2012-2016 propõe-se a redinamização e reforço do programa de saúde escolar no seio do MS, uma maior articulação com o Ministério da Educação, o reforço das acções de saúde escolar nas actividades das Delegacias de Saúde e dos Programas de Saúde Pública e do CNDS/INSP, a criação de um Banco de Dados sobre as acções de saúde escolar e, a promoção da iniciativa "Escolas Promotoras de Saúde".

Deve haver também um esforço para apoiar e reforçar as boas prática de acessibilidade e inclusão das pessoas com deficiência.

Estratégias operacionais

1. Reforço da articulação e parcerias para o desenvolvimento do programa de saúde escolar;
2. Integração das acções de saúde escolar nas actividades das estruturas de saúde;
3. Extensão das intervenções de saúde escolar ao ensino secundário;
4. Intervenção sobre os factores de risco modificáveis, nomeadamente má alimentação, cáries dentárias tabagismo, alcoolismo, incluindo sensibilização, informação e educação;
5. Desenvolvimento de uma base de dados sobre saúde escolar em articulação com sector da educação;
6. Integração nas reuniões técnicas (programação, outras) dos clusters.

Metas

1. Até finais de 2013 ter criado um Banco de Dados conjunto (MS e ME) de diagnóstico da situação de saúde escolar no país;
2. A partir de 2013, ter um plano plurianual conjunto de intervenção na área de saúde escolar extensivo ao ensino secundário;
3. A partir de 2014 definir um pacote mínimo de actividades a serem desenvolvidas no meio escolar incluindo o ensino secundário;
4. Realizar em 2014 um estudo sobre a saúde dos alunos do ensino básico;
5. Realizar em 2015, um estudo sobre a saúde dos alunos do ensino pré-escolar;
6. Institucionalizar a iniciativa Escola Promotora de Saúde a partir de 2013.

Intervenções

1. Reforçar os mecanismos de coordenação entre o MS e o ME em matéria de saúde escolar;
2. Criar um grupo de pilotagem conjunto MS/ME para acompanhar a implementação do programa saúde escolar;
3. Elaborar e implementar planos operacionais conjuntos;
4. Formar os profissionais de saúde e da educação no domínio da promoção da saúde escolar;
5. Institucionalizar as Escolas Promotoras de Saúde (EPS) no país, como elemento de distinção entre as escolas;
6. Definir os parâmetros para atribuição de títulos de EPS;
7. Documentar e divulgar as experiencias de EPS entre as instituições de ensino;
8. Criar um Banco de Dados conjunto sobre a situação de saúde escolar no país;
9. Realizar acções de rastreio sobre as principais doenças no meio escolar;
10. Criar equipas conjuntas nos municípios para a realização de intervenções de saúde nas escolas;
11. Realizar visitas de supervisão conjuntas às estruturas de saúde e de ensino;
12. Realizar acções de seguimento e de avaliação das intervençoes;
13. Participar nas reuniões técnicas dos clusters relacionados com a Saúde Escolar.

Resultados esperados

1. Condições de saúde da população estudantil melhorada;

2. Existência de Escolas Promotoras de Saúde;
3. Conhecimento sobre a situação de saúde escolar no país;
4. Acções de saúde escolar no ensino secundário;
5. Planos operacionais elaborados e implementados.

Organismos e instituições responsáveis

1. Ministério da Saúde: DNS/Programas de Saúde Pública (NUT, SR, IST/SIDA, Saúde Oral), DGFM, CNDS/INSP, Hospitais, Delegacias de Saúde;
2. Parceiros nacionais: NOSI, INE; MED, FICASE, Câmaras Municipais, ONGs
3. Parceiros internacionais: NU, cooperação luxemburguesa, Cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

5. Nº de escolas do ensino básico e secundário com actividades de saúde escolar desenvolvidas;
6. Nº de escolas com o título de Escolas Promotoras de Saúde;
7. Taxa de implementação das actividades dos Planos Operacionais;
8. Taxa de prevalência de parasitoses intestinais no ensino básico.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de actividades das Delegacias de Saúde;
2. Relatório dos estudos e inquéritos;
3. Relatórios de actividades das Delegações do Ministério da Educação;
4. Relatórios de supervisão;
5. Relatórios de avaliação dos planos operacionais.

Sustentabilidade e pontos Fortes e Fracos

Pontos Fortes

1. Vontade política;
2. Existência da FICASE
3. Existência de um Programa Nacional de Saúde Escolar;
4. Parceiros, nacionais e internacionais, sensibilizados e disponíveis;
5. Maior consciencialização da população para as questões relacionadas com a saúde.

Pontos fracos

1. Fraco mecanismo de coordenação intra e intersectorial;
2. Insuficiência de número de profissionais capacitados em promoção de saúde escolar;
3. Não inclusão do ensino secundário nas acções de saúde escolar.

Condicionantes ambientais

1. Mobilidade de profissionais de saúde e de educação;
2. Limitação de recursos financeiros;
3. Ambiente social favorecedor de comportamentos de risco.

III PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE

Objectivos Gerais

1. Reforçar o Serviço Nacional de Saúde com recursos humanos suficientes e capacitados para prestar serviços de qualidade tendo em atenção os aspectos éticos e o respeito pelos direitos das pessoas;
2. Desenvolver e implementar um sistema de seguimento e avaliação dos Recursos Humanos de Saúde.

Objectivos Específicos

1. Actualizar a lista de necessidades em RHS para todas as estruturas de saúde por nível de atenção;
2. Elaborar e implementar cursos de especialização, no país, nos domínios de: Saúde pública; Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia; Medicina familiar; Gestão de Serviços Saúde, Enfermagem comunitária;
3. Mobilizar recursos para a formação especializada de diferentes categorias no exterior nas áreas de: Anatomia patológica, Urologia, Neurocirurgia,Orto-traumatologia, Psiquiatria, Cardiologia de intervenção Estomatologia; Oncologia, Infecciologia, Oftalmologia, Cardiologia, Nefrologia, Neurologia, Fonoaudióloga, Imagiologia, Gastrenterologia, e Economistas de saúde;
4. Disponibilizar profissionais de saúde capacitados e em quantidade suficiente por categoria de modo a garantir equipas-tipo, por estrutura e níveis de atenção;
5. Integrar no SIS, o instrumento de gestão dos RHS.

O programa de desenvolvimento dos recursos humanos de saúde é constituído por 3 componentes:

1. **Desenvolvimento e implementação de programas de formação de base, especializada e de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde;**
2. **Promoção da distribuição equitativa dos profissionais de saúde, de modo a garantir equipas-tipo, mínimas e funcionais e o equilíbrio entre os diferentes níveis de atenção;**
3. **Reforço das competências da gestão e de desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde**

Quadro Lógico de execução: Custos, financiamento e cronograma

Programa de desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde

Programa	Custos (mil ECV) por ano										Global		
	2012		2013		2014		2015		2016		Custo	Anunciado	A mobili-zar
	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado			
Total	1.768.718	866.969	1.793.231	737.072	1.818.235	758.393	1.843.739	780.280	1.843.739	793.747	9.093.678	3.936.462	5.158.818

Componente 1: Desenvolvimento e implementação de programas de formação de base, especializada e de aperfeiçoamento dos profissionais de saúde

Situação actual

A educação académica e a formação contínua são dois aspectos fundamentais do plano dos RHS tendo em vista o aumento do número e da qualidade dos profissionais de saúde.

Em matéria de formação académica de base no país houve progressos importantes a assinalar. Várias instituições de ensino superior foram criadas, nomeadamente a universidade pública de Cabo Verde e outras instituições de ensino superior por iniciativa privada, sob a coordenação estratégica do Ministério do Ensino Superior, Ciências e Inovação.

A formação dos médicos e técnicos superiores de saúde faz-se basicamente no estrangeiro, pois o desenvolvimento do ensino superior no país é recente, embora já seja perceptível um incremento na capacidade de formação superior na área de saúde, por iniciativa tanto de universidades públicas como das privadas. Entre os principais cursos com interesse para o sector de saúde é de destacar as licenciaturas em enfermagem, análises clínicas, fisioterapia, psicologia, farmácia, técnicos de radiologia e de manutenção.

Em 2010 comparativamente a 2008, o rácio médico/ habitante foi de 5,9 por 10 000 habitantes contra 4,7, o de enfermeiro/habitante de 11,0 por 10 000 contra 9,6, o rácio farmacêutico/habitante de 1,2 por 10 000 contra 0,8 e o rácio de outros técnicos superiores/habitante foi de 1,9 por 10 000 contra 1,8.

O Plano Estratégico de Desenvolvimento de Recursos Humanos para Saúde 2005-2014 definiu um conjunto de problemas relacionados com o desenvolvimento de RHS, cabendo destacar:

- A inequidade na distribuição dos RHS quer por níveis da pirâmide sanitária, quer a nível geográfica;
- A dotação insuficiente de RHS;
- A inadequação entre o perfil requerido pelo posto e a formação profissional;
- A dependência da cooperação técnica em algumas áreas;
- A deficiência do sistema de informação sobre os RHS.

A formação contínua é um elemento chave para a qualidade dos RHS. Apesar dos esforços realizados na oferta de formação contínua constata-se que há domínios ainda não suficientemente cobertos e uma insuficiente coordenação, planificação, seguimento e avaliação das acções.

O reforço da saúde pública é uma prioridade para Cabo Verde. A recrudescência de algumas doenças transmissíveis ao longo dos últimos anos e a emergência de doenças não transmissíveis sugere a necessidade de reforçar a acção em saúde pública, sobretudo em matéria de protecção e promoção da saúde e de prevenção.

A existência de poucos especialistas em Saúde Pública no Ministério da Saúde e a fraca atracção para esta área de especialização e para as funções correspondentes, nomeadamente nas Delegacias de Saúde e nos serviços centrais do Ministério, constituem constrangimentos ao desenvolvimento equilibrado do SNS. Sublinhe-se a inexistência de uma carreira de saúde pública e o facto das carreiras médica e de enfermagem valorizarem os cuidados curativos em detrimento dos cuidados preventivos e promocionais. Constituem, também, agravantes importantes, os níveis salariais pouco atractivos e a incompatibilidade de acumular, neste domínio, funções no público e no privado.

Para apoio à qualificação dos recursos humanos para o sector farmacêutico são definidas como prioridades de formação contínua e pós-graduada as seguintes áreas: farmácia hospitalar, gestão e logísti-

ca farmacêutica, registo/regulamentação, inspecção, famacovigilancia, farmácia clínica e atenção farmacêutica e avaliação económica dos medicamentos.

A especialização dos profissionais de saúde de todas as categorias, deve ser uma prioridade tendo em conta o seu número limitado, a problemática da substituição dos especialistas estrangeiros e a renovação dos nacionais que se forem aposentando. Neste contexto, a questão de que especialidades desenvolver é estratégica e deve ser examinada numa perspectiva integrada para apoiar o desenvolvimento dos diferentes níveis de atenção

A implicação de vários actores nos programas de formação dos RHS, tais como o Ministério da Educação, do Ensino Superior e as Universidades e outras instituições de formação, públicas e privadas, os governos dos países de acolhimento, os parceiros e as agências da cooperação bilateral e multilateral é fundamental para uma mudança de qualidade na disponibilização de profissionais de saúde.

Assim, durante a vigência do PNDS, vai ser necessário actualizar a previsão das necessidades em RHS, identificar e valorizar as possibilidades de formação inicial e especializada no país e mobilizar parcerias com instituições de ensino, nacionais e estrangeiras, para a implementação dos programas de formação prioritária para o sector de saúde de Cabo Verde.

Estratégias operacionais

1. Actualização da previsão das necessidades (incluindo a reposição) dos RHS considerando o desenvolvimento das estruturas de atenção primária, secundária e terciária;
2. Contribuição para o estudo da viabilidade técnica e económica de formação inicial e especializada de profissionais de saúde no país;
3. Desenvolvimento da formação contínua dos profissionais de saúde das diversas categorias, de acordo com normas estipuladas;
4. Reforço e diversificação da parceria com instituições de formação no país e no exterior, no domínio da formação continua;
5. Contribuição, junto do Ministério do Ensino Superior, das Universidades e de outros parceiros, para a elaboração e implementação de programas de formação inicial e especializada de profissionais de saúde tendo sempre em foco, entre outros, a dimensão da deficiência nos seus diversos aspectos e a abordagem do género.

Metas

1. Ter até finais de 2012 actualizada, a lista das necessidades em RHS;
2. Ter contribuído anualmente até 2016 em parceria com as instituições de ensino superior, para a identificação técnica de áreas prioritárias de formação de RHS;
3. Ter contribuido em parceria com o MESCI até finais de 2016, para o desenvolvimento de instituições de formação de profissionais de saúde no país;
4. Ter contribuído até 2016, na elaboração e implementação progressiva no país, de cursos de especialização de profissionais de saúde de categorias diversas: Saúde Pública; Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia;; Medicina familiar;; Instrumentista; Administração hospitalar, psicologia, gestão de serviços de saúde;
5. Ter mobilizado a partir de 2013, junto dos parceiros, a atribuição de recursos [vagas e bolsas de estudo] para a especializada para diferentes categorias, no exterior, e consoante as necessidades, para: Oncologia, Infecciologia, Medicina Interna, Anestesiologia, , Anatomia patológica, Ortotraumatologia, Oftalmologia, Cardiologia, Nefrologia, Urologia, Neurologia, Neurocirurgia, Cirurgia

Cardiovascular, Fonoaudióloga, Gastrenterologia, Psiquiatria; Economistas de saúde; Cirurgia maxilo buco facial; Endoscopias digestivas; Hematologia; Cirurgia Geral;

6. Ter elaborado e implementado anualmente um plano de formação contínua dos profissionais das diversas categorias.

Intervenções

1. Actualizar o Plano Estratégico de Desenvolvimento dos RHS;
2. Elaborar e divulgar a lista das necessidades prioritárias de RHS por níveis de atenção;
3. Reforçar na DGPOG um núcleo responsável pela elaboração de programas de formação dos RHS e a coordenação das actividades;
4. Dinamizar, junto do MESCI, a identificação de instituições de formação, local, para profissionais de saúde;
5. Contribuir, junto do MESCI e de outros parceiros, para a elaboração de programas curriculares e criação de condições humanas, técnicas e materiais para a formação inicial e especializada, no país, nas áreas prioritárias identificadas;
6. Mobilizar os recursos necessários para a especialização, nas áreas prioritárias identificadas;
7. Identificar modelos alternativos de financiamento para a formação especializada no exterior;
8. Elaborar e implementar um plano de formação contínua regular dos profissionais de saúde das diversas categorias, em articulação com a DNS, DGFM, programas e serviços.

Resultados esperados

1. Lista de previsão de necessidades prioritárias de RHS elaborada e disponibilizada;
2. Banco de dados de RHS actualizado e operacional;
3. Necessidades de profissionais de saúde progressivamente satisfeitas;
4. Diminuição da dependência progressiva da cooperação técnica externa;
5. Protocolos de parceria para a formação, assinados;
6. Plano de formação contínua implementado, seguido e avaliado.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde**:** DGPOG, DNS,DGFM, CNDS/INSP, Hospitais; Delegacias de Saúde;
2. Parceiros nacionais**:** MESCI, Associações profissionais; Sector privado da saúde; Instituições de Ensino Superior;
3. Parceiros internacionais: Brasil, Cuba, Portugal; OMS; CPLP, OOAS, EU, Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Lisboa, Fiocruz.

Indicadores de avaliação

1. Lista de necessidades prioritárias em RHS;
2. Número de cursos criados/implementados por área e por instituições de formação responsáveis;
3. Número de profissionais de saúde formados/especializados, no país e no exterior;
4. Número de protocolos assinados nas áreas de formação;
5. Número de acções de formação contínua implementadas.

Meios de verificação e seguimento

1. Plano de formação de RHS;
2. Relatórios da DGPOG;
3. Relatórios de parceiros da formação de profissionais de saúde;
4. Relatório estatístico do MS;
5. Banco de dados de RHS.

Sustentabilidade: Pontos Fortes e fracos

Pontos fortes

1. Disponibilidade de candidatos;
2. Existência de um Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos;
3. Disponibilidade de parceiros para apoiar nas acções de formação;
4. Existência de experiência e de quadros capazes de assumir, no país, a formação de profissionais de saúde;
5. Existência de instituições de ensino superior no país.

Pontos fracos

1. Inexistência de uma carreira de saúde pública;
2. Dificuldades na obtenção de vagas e bolsas de estudo para especialização de novos quadros;
3. Limitações do orçamento do Ministério da Saúde para a formação;
4. Dificuldades de substituição/preenchimento de vaga dos candidatos à especialização.

Condicionantes ambientais

1. Disponibilidade de Instituições vocacionadas para o Ensino Superior, Médio e da Formação Profissional em Cabo Verde;
2. Limitações económicas dos profissionais para assumirem plenamente os custos de formação especializada.

Componente 2: Promoção da distribuição equitativa dos profissionais de saúde, de modo a garantir equipas-tipo, mínimas e funcionais e o equilíbrio entre os diferentes níveis de atenção

Situação actual

A análise da situação põe em evidência a fraqueza da dotação de pessoal das diferentes instituições da saúde. Esta fraqueza advém do modelo hospitalocêntrico instituído e decorre também da concentração dos RHS nos principais centros urbanos do país.

O facto de Cabo Verde ser um arquipélago tem representado, para as autoridades sanitárias do país, um desafio importante no que tange à distribuição geográfica do pessoal do sector.

Na vigência do PNDS 2008-2011, foram recrutados profissionais de saúde de várias categorias, 57 médicos (sendo 46 clínicos gerais e 11 especialistas), 116 enfermeiros, 59 técnicos superiores e 5 técnicos-adjuntos. Entretanto, a nível das estruturas de saúde foram contratados trabalhadores essencialmente de categoria auxiliar.

Presentemente encontram-se assumidos pelas verbas do Ministério da Saúde, em regime de contrato de trabalho a termo, 66 trabalhadores distribuídos nos diferentes níveis das estruturas de saúde do país, entre médicos, enfermeiros, técnicos superiores e pessoal administrativo e auxiliar, num valor anual de 31 671 192 escudos. A nível das estruturas de saúde existem contratações locais essencialmente para o pessoal administrativo e auxiliar, sendo as despesas com este pessoal na sua maioria suportadas pelas receitas arrecadadas localmente. As despesas orçamentadas para o pessoal contratado do HAN, em 2012, é de 64 251 544 escudos e do HBS de 84 992 775 escudos (incluindo neste caso o pessoal privativo). Nas estruturas de saúde da RegiãoSanitária de Santiago Norte as despesas com o pessoal contratado, em 2011, representaram uma soma global de 24 317 707 escudos. As Câmaras Municipais apoiam as estruturas de saúde com pessoal administrativo e auxiliar de seu quadro pessoal ou através de contratações directas.

O orçamento para o pessoal de quadro do Ministério da Saúde em 2012, incluindo salários e outras remunerações perfazem um total anual de 2 063 615 294 escudos [64] contra 1 468 870 271 escudos em 2008 [65].

O PEDRHS 2005-2014 prevê uma melhoria dos níveis de cobertura, comparativamente ao ano de 2005, ano em qua ainda se verificava grande disparidade regional na distribuição dos RHS com uma importante concentração dos médicos (74%) e de enfermeiros (53%) nas cidades de Mindelo e da Praia.. No entanto, as medidas correctivas adoptadas na distribuição de RHS diminuíram esta concentração que no caso dos médicos passou para 57% em 2010, nas duas cidades.

Dos médicos especialistas, 82 % estavam afectos aos hospitais centrais (PEDRHS, 2005) registando-se neste grupo uma oscilação da tendência que subiu a 86% em 2008 descendo de novo para 82%. em 2010[66].

Actualmente existem 61 farmacêuticos no sector, sendo 47 no privado e 14 no público. O rácio farmacêutico/habitante é de 1 por 12 275 habitantes. Os técnicos superiores de farmácia estão concentrados nos principais centros urbanos.

[64] - OGE, BO I serie, nº 42, de 2011

[65] - OGE, BO nº 47 I serie, de 2007

[66] - Relatório Estatístico, 2008 e 2010

De notar que nas cidades de Mindelo e da Praia reside cerca de 42% da população nacional. Nestas duas cidades estão sedeados os dois hospitais de referência nacional, o HBS e HAN e a rede dos Centros de Saúde urbanos.

Até 2016, considerando as necessidades actuais e futuras, prevê-se um incremento na admissão de profissionais de saúde, particularmente a nível dos médicos, enfermeiros e técnicos de saúde do nível superior, como se indica no quadro seguinte:

Indicadores	2005	2010	2016 (cenário intermédio)	2016 (cenário optimista)
Ratio médico/10.000 habitantes	5,69	5,9	6,9	7,4
Ratio enfermeiro/10.000 habitantes	10,25	11,0	15,0	24,5
Ratio farmacêutico / 10.000 habitantes	0,8 (2008)	1,2	1,96	2,38
Ratio técnico superior/10.000 habitantes	1,8 (2008)	1,9	4,1	5,4
Ratio técnico profissional/10.000 habitantes	2,24	3,8	NA	NA

O aumento do pessoal e uma distribuição equilibrada entre os diferentes níveis de atenção terá como finalidade:

- Melhoria da qualidade dos cuidados
- Equidade no acesso aos cuidados
- Descongestionamento dos níveis de referência
- Atendimento em tempo útil dos doentes
- Diminuição das evacuações inter ilhas e para o estrangeiro
- Disponibilidade de profissionais de saúde para acções de promoção da saúde e prevenção da doença.

Um dos desafios durante a implementação do PNDS consistirá no recrutamento e distribuição do pessoal sustentado pela definição das equipas – tipo por níveis de atenção de saúde e, subsequente criação de quadros de pessoal por estruturas, tendo em consideração o desenvolvimento integrado do SNS baseado nos princípios da racionalidade e de solidariedade com o objectivo de garantir o acesso universal aos cuidados de saúde.

Estratégias operacionais

1. Definição das equipas-tipo por nível de atenção de saúde com vista à criação de quadros de pessoal por estrutura de saúde;
2. Definição do quadro de pessoal por estrutura e por níveis de atenção;
3. Aumento da dotação orçamental para os RHS e integração da previsão plurianual dos custos com o pessoal no quadro de despesas de saúde a médio prazo;
4. Seguimento da evolução do pessoal (aposentações, substituições, progressões, promoções, formações beneficiadas) nas diferentes estruturas de saúde;
5. Realização de um estudo sobre as reais necessidades em RHS nos diferentes níveis e adequação do quadro orçamental plurianual;
6. Definição de um quadro legal para a formalização da integração do pessoal contratado das estruturas de saúde no quadro de pessoal da administração pública.

Metas

1. Até fins de 2013, ter definido/actualizado as equipas-tipo por nível de atenção de saúde;
2. Até finais de 2013 definir para cada estrutura de saúde o seu quadro de pessoal;
3. Ter integrado a partir de finais de 2012, a previsão dos custos de formação e alocação do pessoal de saúde no quadro de despesas de saúde a médio prazo (QDSMP);
4. De 2013 a 2016 recrutar os profissionais de saúde para preencher as necessidades estimadas pelos programas de saúde pública, por níveis de atenção;
5. De 2013 a 2016 recrutar os profissionais de saúde para preencher as necessidades estimadas pelos serviços de administração central;
6. De 2013 a fim de 2014 recrutar os profissionais de saúde para preencher as necessidades estimadas pela DGFM, especícamente:
    i. Recrutar 2 farmacêuticos para os serviços centrais da DGFM, até finais de 2013;
    ii. Recrutar 11 farmacêuticos para as Delegacias de Saúde até finais de 2014, segundo lista de prioridades;
    iii. Recrutar 1 farmacêutico para cada Hospital Regional e 1 para o HBS, até finais de 2014;
7. Até finais de 2015 formalizar a integração do pessoal contratado pelas estruturas de saúde na administração geral.

Intervenções

1. Promover, divulgar e implementar o estudo sobre as reais necessidades em RHS nos diferentes níveis e adequação do quadro orçamental plurianual;
2. Elaborar a previsão dos custos de alocação do pessoal de saúde e proceder à sua integração no QDSMP;
3. Definir conjuntamente com a DNS, o quadro de pessoal por estrutura de saúde e por níveis de atenção;
4. Criar conjuntamente com a DNS, as equipas-tipo e alocar quadros de pessoal das Delegacias de Saúde e estruturas na sua dependência (os centros de saúde, os centros de saúde reprodutiva e os postos sanitários);
5. Criar conjuntamente com a DNS as equipas-tipo e alocar quadros de pessoal dos Hospitais Regionais;
6. Criar conjuntamente com a DNS as equipas-tipo e alocar quadros de pessoal dos Hospitais Centrais (referência nacional);
7. Criar e alocar quadros de pessoal da Administração geral (serviços centrais e programas nacionais);
8. Implementar mecanismos de seguimento da evolução do quadro de pessoal nas diferentes estruturas;
9. Manter e actualizar a base de dados de RHS;
10. Inventariar a situação do pessoal contratado por categoria e por níveis de estrutura de saúde;
11. Propor a criação de um quadro legal para a formalização da integração do pessoal contratado na administração pública.

Resultados esperados

1. Estudo sobre as reais necessidades em RHS nos diferentes níveis e adequação do quadro orçamental plurianual, realizado, validado e implementado;

2. Recrutamento do pessoal de saúde efectuado em conformidade com o plano de desenvolvimento dos serviços de prestação de cuidados e da administração geral;
3. Quadros de pessoal por estrutura e por nível de atenção criados e dotados;
4. Todas as Delegacias de Saúde dotadas com 1 farmacêutico
5. Mecanismos de seguimento da evolução do quadro de pessoal nas diferentes estruturas implementados;
6. Mecanismo de formalização da integração do pessoal contratado em implementação.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde**:** DGPOG;DNS; DGFM, Hospitais, Regiões Sanitárias, Delegacias de Saúde.
2. Parceiros nacionais**:** DGAP, DG Orçamento e DG Plano;
3. Parceiros internacionais: OMS, parceiros bilaterais; INFARMED; Ordem Farmacêuticos de Portugal.

Indicadores de avaliação

1. Número de novos postos preenchidos por categoria profissional, nível de atenção de saúde, estrutura e por ano;
2. Número total de postos preenchidos por categoria profissional, nível de atenção de saúde, estrutura e por ano;
3. Quadro de despesas de saúde a médio prazo (QDSMP) elaborado;
4. Número de pessoal contratado integrado;
5. Percentagem de dotação orçamental para RHS;
6. Rácio de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos superiores por 10.000 hab e por regiões (urbana e rural);
7. Número farmacêuticos/farmácias públicas.

Meios de verificação e seguimento

1. Banco de dados do pessoal de saúde;
2. Relatórios sobre a evolução da situação dos recursos humanos de saúde e a sua desagregação por níveis de atenção e por estruturas de saúde;
3. Relatórios de actividades da DGPOG;
4. Relatórios de actividades da DGFM;
5. Relatório estatístico do MS;
6. Relatório de avaliação a meio percurso do PNDS.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Esforço na melhoria da distribuição equitativa dos recursos humanos de saúde;
2. Assunção política da prioridade estratégica dos Cuidados Primários de Saúde e da criação de regiões sanitárias;
3. Disponibilidade de determinadas categorias de técnicos de saúdeno mercado nacional.

Pontos fracos

1. Limitações do orçamento do Ministério da Saúde que condiciona o recrutamento de novos técnicos;
2. Concentração de especialistas nos centros urbanos de Praia e Mindelo;
3. Fraca motivação para trabalhar fora dos principais centros urbanos.

Condicionantes ambientais

1. Processo de reforma da administração do Estado.

Componente 3: Reforço das competências da gestão e de desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde

Situação actual

A gestão dos RHS constitui uma componente importante para o desenvolvimento do sector e a implementação do PNDS. Ela visa favorecer uma antecipação dos problemas e as respectivas soluções em diferentes domínios como sejam formação, recrutamento, distribuição, motivação, retenção e desempenho.

Em 2007, o Ministério da Saúde contou com um efectivo de 2.000 funcionários (PNDS 2008-2011), tendo passado para 2.588 em 2010, um aumento de 29%, sendo o pessoal de quadro 1413 e o pessoal contratado 1.175 (Relatório Estatístico, 2010 e SIGOF, 2012). O MS ocupa em termos de efectivos o 2º lugar na administração pública, a seguir ao Ministério da Educação, e o peso das despesas com o pessoal no orçamento representou cerca de 75% das despesas de funcionamento em 2007 contra 66% em 2012.

A gestão dos RHS continua a representar desafios para o sector, devendo-se ter em conta as seguintes questões no enquadramento das propostas:

- A descentralização das atribuições na gestão dos RHS, nomeadamente para os Hospitais, Regiões Sanitárias, Delegacias de Saúde e Centros de Saúde, pressupõe o reforço das competências nesse domínio.
- A planificação pertinente dos RHS implica ter em conta projecções dos quadros com as características actuais e os objectivos a atingir. A estimativa das necessidades em pessoal baseada no indicador de carga de trabalho, desenvolvido pela OMS, deverá ser aplicado para afinar as projecções feitas com base na situação vigente e estimativas de necessidades expressas pelos responsáveis dos serviços. Constituirá uma acção de investigação a ser desenvolvida no quadro do presente plano.
- A promoção de incentivos financeiros e não financeiros. Os planos de carreiras, nomeadamente a criação de uma carreira de saúde pública e para outros técnicos de saúde, os subsídios para as ilhas isoladas e a formação contínua constituem medidas que podem contribuir para minimizar problemas, tais como, a desigualdade na distribuição geográfica do pessoal, a rotação demasiada rápida dos profissionais de saúde, e a falta de interesse pelas funções e cargos de saúde pública.
- Eleger como prioridade, a criação de uma carreira de saúde pública que seja atractiva e que incentive a formação nessa área e contribua para a retenção dos quadros, médicos e outros técnicos, em cargos relevantes para a melhoria do desempenho dos programas de saúde prioritários e das funções da administração da saúde, tais como a regulação e a inspecção.
- Implementar um sistema de informação coordenado pela Direcção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão sobre os Recursos Humanos de Saúde e integrado no SIS, para a gestão, acompanhamento da execução e a avaliação do Programa dos RHS.

Estratégias operacionais

1. Reforço das competências dos serviços de gestão dos RHS nos diferentes níveis da pirâmide sanitária;
2. Criação/Adequação e regulamentação das carreiras dos profissionais de saúde;
3. Desenvolvimento de mecanismos de gestão dos RHS.

Metas

1. Criar até finais de 2013 postos de gestor dos recursos humanos nos HC, HR e Regiões Sanitárias;
2. Até finais de 2013 capacitar gestores de todas as Delegacias de Saúde em gestão de RHS;
3. Até finais de 2013 ter as Carreiras médicas e de enfermagem revistas, regulamentadas e implementadas;
4. Até fim de 2015 ter as carreiras de outros técnicos superiores regulamentads e implementadas;
5. A partir de 2014 ter a Carreira de Saúde Pública criada, regulamentada e implementada;
6. Actualizar em 2012 o banco de dados dos RHS.

Intervenções

1. Dotar o posto de gestor de RH a nível dos hospitais centrais, regionais e regiões sanitárias;
2. Organizar dois cursos em gestão dos RHS (gestores RH dos hospitais centrais, delegados de saúde e administradores dos serviços de saúde);
3. Rever, regulamentar e implementar as carreiras médicas e de enfermagem;
4. Elaborar, regulamentar e implementar as carreiras de outros técnicos superiores de saúde;
5. Desenvolver, regulamentar e implementar a carreira de saúde pública;
6. Desenvolver e implementar os instrumentos de gestão dos RHS, nomeadamente termos de referência dos postos, manuais, regulamentos e a avaliação de desempenho;
7. Desenvolver um sistema de informação sobre os RHS integrado no sistema de informação sanitária;
8. Rever e aperfeiçoar o banco de dados dos RHS.

Resultados esperados

1. Serviços de saúde nos diferentes níveis dotados de pessoal capacitado na gestão de RH;
2. Carreiras profissionais dos RHS revistas, regulamentadas e implementadas;
3. Termos de referência de postos definidos e mecanismos de avaliação de desempenho implementados;
4. Sistema de informação sobre RHS integrado no SIS;
5. Informações sobre diferentes vertentes da gestão dos RHS disponíveis.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde**:**DGPOG, DNS; DGFM; Regiões Sanitárias, Hospitais; Delegacias de Saúde
2. Parceiros nacionais**:** Direcção Geral deAdministração Pública, Associações profissionais;
3. Parceiros internacionais: OMS, e parceiros bilaterais;

Indicadores de avaliação

1. N° de postos de gestor dos RHS criados e dotados;
2. Nº de estruturas de saúde com pessoal capacitado em gestão de RHS;
3. Diplomas legais publicados sobre Carreiras profissionais;
4. Relatórios periódicos sobre RHS.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios das actividades de formação;
2. Nomeações de gestores publicadas nos B.O;
3. Regulamentos sobre Carreiras publicados no B.O;
4. Relatórios de actividades da DGPOG;
5. Relatório estatístico MS.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Disponibilidade de quadros formados na área de gestão de RHS;
2. Assessoria da Administração Pública e de outros parceiros nas vertentes instrumentos de gestão e planificação dos recursos humanos;
3. Existência de serviço de RHS no seio da DGPOG;
4. Disponibilidade de instituições formadoras nas áreas de gestão e administração;
5. Existência no mercado de trabalho de técnicos com perfil e experiência de gestão sanitária/hospitalar.

Pontos fracos

1. Limitação orçamental para a implementação das carreiras profissionais;
2. Défice no apoio ao desenvolvimento dos RHS;
3. Base de dados pouco operacional.

Condicionantes ambientais

1. Fraca capacidade organizativa de determinadas categorias profissionais.

IV PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA REDE DE INFRAESTRUTURAS SANITÁRIAS

Objectivo Geral

1. Dotar o Serviço Nacional de Saúde de uma rede de estruturas capaz de responder às expectativas e necessidades específicas dos cabo-verdianos;
2. Garantir o funcionamento continuado das estruturas e equipamentos de saúde.

Objectivos Específicos

1. Consolidar/adequar a rede de infra-estruturas sanitárias para responder às necessidades previsíveis do SNS até 2016, na base de critérios definidos;
2. Garantir a acessibilidade das infraestruturas de saúde às pessoas com deficiência;
3. Assegurar a manutenção preventiva e reparativa das estruturas e equipamentos de saúde.

O Programa de Intervenção na rede de infra-estruturas sanitárias compreende dois componentes:

1. **Consolidação e adequação da rede de infraestruturas sanitárias;**
2. **Criação de um serviço de manutenção preventiva e de reparação para garantir a continuidade das instalações e o funcionamento dos equipamentos.**

Quadro lógico de execução: Custos financiamento e cronograma

Programa de Intervenção na rede de infraestruturas sanitárias

Programa	Custos (mil ECV) por ano										Global		
	2012		2013		2014		2015		2016		Custo	Anunciado	A mobili-zar
	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado			
Total	921.868	347.481	2.065.343	502.577	2.099.543	789.250	745.156	496.000	754.375	20.000	6.586.285	2.155.308	4.430.977

Componente 1:Consolidação e adequação da rede de infra-estruturas sanitárias

Situação actual

A rede de infraestruturas do sector público da saúde é constituída por 2 Hospitais Centrais, 3 Hospitais Regionais, 30 Centros de Saúde, 34 Postos Sanitários, 113 Unidades Sanitárias de Base, 5 Centros de Saúde Reprodutiva, 1 Centro de Saúde Mental e 1 Centro de Terapia Ocupacional (Relatório Estatístico, MS, 2010). De referir, a existência de uma estrutura de prestação de cuidados de saúde aos toxicodependentes, denominada de Comunidade Terapêutica "Granja de São Filipe" na Praia, sob a tutela do Ministério da Justiça.

A rede actual de estabelecimentos de saúde públicos, apesar do número e da diversidade de estruturas existentes, que garantem, a mais de 75% da população, o acesso a cerca de meia hora de marcha, precisa ser ampliada, não só para atingir a cobertura desejada do total das populações, como também, e em prioridade, assegurar nas cidades-sedes dos hospitais centrais e regionais uma atenção primária de qualidade aos seus habitantes.

Verifica-se em Cabo Verde insuficiente acessibilidade física a centros de cuidados obstétricos e neonatais de urgência, disponíveis os completos apenas nos cinco hospitais do País e na Delegacia de Saúde do Sal.

Na vigência do PNDS 2008-2011 foram construídas as seguintes infraestruturas: Hospital Regional Santiago Norte (conclusão); Maternidade da Praia e Central de Consultas do HAN; a Policlínica de Sal; Centros de Saúde de Achada de Santo António, de Tira-Chapeu, de Achadinha, de Achada Grande Trás e de Ponta de Agua na cidade da Praia; CS de Tarrafal de Santiago; CS de Boavista; CS de Maio; CS de Mosteiros; Postos Sanitários de Telhal e de Chão Bom; Está em curso a construção da sede da Delegacia de Saúde de São Vicente.

Foram remodeladas/reabilitadas varias estruturas de saúde, nomeadamente, o Banco de Urgência e rede hidro-sanitária do HBS; Bloco Cirúrgico e enfermaria de Saúde Mental do HR Ribeira Grande e Centro de Saúde do Paúl em Santo Antão; o Centro de Saúde de Santa Cruz; CS de Cova Figueira; a Farmácia de Estado no Plateau na Praia; a farmácia do HAN; Postos Sanitários Chã de João Vaz no Paúl; Chã de Igreja na Ribeira Grande em Santo Antão; Fajã na Ribeira Brava em São Nicolau; USB da Ribeira Prata. Neste mesmo período evoluíram para Postos Sanitários as USB de Achada Lém, Chã de Junco e Chã de Tanque.

Em 2011 o Ministério da Saúde investiu 17 657 020 escudos em remodelações e reabilitações das estruturas de saúde através de contratos programas com as Câmaras Municipais.

De notar ainda que certas estruturas são inadequadas em relação ao conteúdo funcional que lhes está atribuído,ou são vetustas e precisam de ser substituídas, e outras, nomeadamente, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base, poderão ser convertidas em estruturas de nível imediatamente superior, para corresponder à evolução demográfica das zonas em que se encontram implantadas.Essa é a orientação da PNS ao preconizar para 2020 a rede de Centros de Saúde como porta de entrada no SNS.

É nesse contexto que se inscreve a actualização da Carta Sanitária,em razão 1) da expansão da rede de estruturas de prestação de cuidados, incluindo estabelecimentos do sector privado; 2) da adequação técnica e funcional dos projectos de construção de estabelecimentos tipo, em função do nível hierárquico na pirâmide sanitária; e 3) da evolução demográfica das zonas a servir.

O PNDS 2012-2016 oferece, assim, a oportunidade para se rever e ajustar os planos e projectos de remodelação e de construção de estruturas sanitárias da rede de atenção primária, a realizar (no) nesse período nomeadamente, o Hospital Regional de Fogo e Brava, Centro de Saúde de Coculi de Santo Antão, CS de Ribeira Grande de Santiago, CS de Monte Sossego, CS de Santa Catarina de Santiago, CS de São Lourenço dos Órgãos, 2 CS de Praia (Palmarejo e São Filipe), Sede da Delegacia de São Vicente, Sede da Delegacia de Saúde da Praia; Postos Sanitários de Achada Lém, de Achada Monte, de Cancelo, de Flamengo; Está em remodelação a USB de Salamansa. Propõe-se nesse período remodelar/ampliar o Centro de Saúde de Santa Cruz, CS de Trindade.

Para a rede hospitalar propõe-se remodelar/ampliar o HAN (serviços de Pediatria e de Medicina), o HBS e o Hospital Regional de Fogo/Brava e ainda,, construir e equipar a Unidade de Hemodiálise(HAN),. Paralelamente deverão ser operacionalizados os planos de segurança das infraestruturas de saúde, nomeadamente a vedação do HRSN, CS de Tarrafal de Santiago, CS de Boavista, CS de Trindade.

Para o ano de 2012 está previsto no OGE do Ministério da Saúde 347 mil contos de investimentos em infraestruturas a construir/remodelar.

Estratégias operacionais

1. Actualização da carta sanitária;
2. Estudos sobre os modelos técnicos e funcionais de estruturas sanitárias tipo adaptados às características ecológicas de Cabo Verde e aos níveis de atenção do SNS;
3. Conclusão das obras de construção/remodelação iniciadas;
4. Actualização dos Planos directores dos hospitais centrais e regionais;
5. Elaboração do plano de desenvolvimento da infra-estrutura do INSP;
6. Desenvolvimento de planos estratégicos para as redes sanitárias de S. Antão e Fogo/Brava.

Metas

1. Até ao fim de 2012 concluir:
   i. As obras de construção a) da Delegacia de Saúde de São Vicente b) Vedação do HRSN, ampliação da sala de reuniões do MS, a remodelação da USB de Salamansa.
   ii. A elaboração do Plano Director do Hospital Dr. Agostinho Neto;
   iii. Reabilitação de Postos Sanitários.

2. Até ao fim de 2013 concluir:
   i. Os Planos Estratégicos da rede de infraestruturas de Atenção Primária, de Santo Antão, do Fogo e Brava;
   ii. As obras a) serviço de Pediatria do HAN; b) o Centro de Hemodiálise, a ampliação do Centro de Saúde de Santa Cruz; c) Reabilitação dos Postos Sanitários de Ribeira Cruz, de Alto Mira e de Tarrafal de Monte Trigo (incluindo a residência de enfermeiro);Vedação do Centro de Trindade;
   iii. A revisão da Carta Sanitária;
   iv. A actualizaçã do Plano Director do Hospital Dr Baptista de Sousa;
   v. A elaboração de Plano Director do HRSN.

3. Até o fim de 2014 concluir:
   i. As obras a) Posto Sanitário de Achada Lem, de Cancelo, Achada Monte e de Flamengo; b) de reconstrução de um Cento de Saúde em Santa Catarina de Santiago.

ii. A construção do Hospital Regional de Fogo/Brava.

4. Até o fim de 2015 concluir:
   i. Construção da sede da Delegacia de Saúde de Praia e dos Centros de Saúde de: Monte Sossego, Ribeira Grande Santiago, Coculi em S. Antão, Santa Catarina de Santiago, Órgãos e, Palmarejo e Achada São Filipe, na Praia;
   ii. A ampliação do HAN (serviço de medicina)e reabilitação de serviços do HBS;
   iii. A construção do Laboratório de Saúde Pública;
   iv. A elaboração do plano de desenvolvimento da infra-estrutura do INSP.

5. Até o fim de 2016, ter em implementação o Programa "Promoção e uso de energias alternativas e eficiência energética" nos hospitais centrais e regionais.

Intervenções

1. Prosseguir as obras em curso dos estabelecimentos de saúde indicados [i) vedação do HRSN, vedação do Centro de Trindade, Unidade de Hemodiálise, Delegacia de Saúde de S. Vicente, Serviço de Pediatria do HAN, USB de Salamansa];
2. Iniciar as obras previstas e aprovadas das estruturas identificadas [Sede da Delegacia de Saúde da Praia; Hospital Regional de Fogo/Brava, CS de Santa Cruz, CS de Palmarejo e Achada São Filipe, CS de Monte Sossego, CS de Coculi, CS de Ribeira Grande de Santiago, CS de Santa Catarina de Santiago, CS dos Órgãos, CS de Brava, CS de Cova Figueira, CS de São Domingos e de Ribeira Brava de São Nicolau; os Postos Sanitários de Achada Lem, PS de Achada Monte, PS de Cancelo, PS de Flamengo, PS de Alto Mira, PS de Ribeira da Cruz, PS Pontinha de Janela, PS de Furna, PS de Praia Branca, PS de Tarrafal de Monte Trigo (inclui residência do enfermeiro), e PS de Fundo Figueira; Reabilitações de USB Boavista (Rabil, Povoação Velha, Estancia de Baixo, Bofareira, João Galego), Santa Cruz (Serrelho, Ribeirão Boi, Achada Ponta, Renque purga, Boca Larga) Santa Isabel]; Laboratório de Saúde Pública, Hospital regional de Fogo e Brava;
3. Elaborar os Planos estratégicos da rede de infraestruturas de Atenção primária nos concelhos indicados [Santo Antão, Fogo e Brava];
4. Actualizar o plano director do Hospital Dr Baptista de Sousa;
5. Preparar o plano de reabilitação do Centro de Terapia Ocupacional de Ribeira da Vinha;
6. Rever e publicar a Carta Sanitária;
7. Criar as condições para a implementação do Programa "Promoção e uso de energias alternativas e eficiência energética" nos hospitais centrais e regionais;
8. Elaborar e aprovar o plano de desenvolvimento da infra-estrutura do INSP;
9. Mobilizar recursos para a construção da infra-estrutura do INSP.
10. Elaborar um plano de acessibilidade para as estruturas de saúde.

Resultados esperados

1. Rede de estruturas de atenção primária renovada e reforçada;
2. Rede de estruturas de atenção hospitalar renovada e reforçada;
3. Acesso geográfico aos cuidados de saúde melhorado;
4. Fontes alternativas de energia disponíveis nos hospitais e centrais e regionais;
5. Laboratório de Saúde Pública construído;

6. Plano de desenvolvimento infra-estrutural do INSP aprovado;
7. Plano de mobilização de recursos para a infra-estruturação do INSP elaborado.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: DGPOG, DNS; Hospitais; RS, Delegacias de Saúde;
2. Parceiros nacionais: Ministério de Finanças, MIEM, DGCooperação Internacional, DG Ambiente, Câmaras Municipais;
3. Parceiros internacionais:Cooperação multi e bi-lateral; (International Association of Public Health Institute), Rede dos Institutos Nacionais de Saúde Pública da CPLP.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de Planos Directores dos Hospitais aprovados;
2. Percentagem de estruturas reabilitadas
3. Percentagem de estruturas construídas;
4. Publicação da Carta Sanitária;
5. Percentageme hospitais com Programa "Promoção e uso de energias alternativas e eficiência energética"de energias alternativas" funcional;
6. Percentagem da população com acesso a menos 30 minutos;
7. Planta de desenvolvimento infraestrutural do INSP.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de progresso apresentados pela fiscalização das obras;
2. Relatórios de execução dos orçamentos;
3. Relatórios estatísticos anuais do Ministério da Saúde;
4. Relatórios anuais das Delegacias de Saúde e dos Hospitais;
5. Relatório de inquéritos sobre acesso (IDSR outros);
6. Carta Sanitária;
7. Projecto de construção do INSP.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Mobilização de recursos financeiros favorecida pela priorização do sector saúde no programa do governo e na ajuda para o desenvolvimento;
2. Parceiros sensibilizados para o desenvolvimento da cobertura no meio rural e priorização da atenção primária.

Pontos fracos

1. Morosidade na elaboração de estudos de factibilidade;
2. Fraca disponibilidade de terrenos adequados para construções de estruturas de saúde em diferentes concelhos;
3. Reduzida capacidade de seguimento de obras pelos serviços competentes do Estado;
4. Dificuldades na obtenção de financiamento externo para construção de estruturas hospitalares;
5. Poucas empresas nacionais com dimensão para envelopes de construção.

Condicionantes ambientais

1. Dispersão de recursos e meios devido à insularidade;
2. Custos elevados das construções.

Componente 2 : Criação de um serviço de manutenção preventiva e de reparação para garantir a continuidade das instalações e o funcionamento dos equipamentos

Situação actual

Na vigência do PNDS 2008-2011 foram construídas ou remodeladas varias estruturas de saúde, principalmente a rede de atenção primária. Ainda existem algumas estruturas que se encontram em remodelação ou aguardando substituição por outras em construção.

Cada tipo de estrutura está dotada de equipamentos, incluindo aparelhos e instrumentos utilizados para a realização de exames complementares de diagnóstico. Muitos dos equipamentos disponíveis nas estruturas encontram-se, na sua generalidade, em fase avançada de utilização ou em estado de funcionamento que compromete a qualidade dos exames feitos.

O estado em que se encontram alguns edifícios do SNS e equipamentos deve-se não só à sua vetustez como também à inexistência ou irregularidade de cuidados de conservação, manutenção ou reparação de qualidade.

No que concerne aos equipamentos, a diversidade de modelos e origem dos mesmos é agravada pela inexistência de um plano de aquisições plurianuais e de amortizações, dificultando a programação de um stock de peças de reposição.

Por um lado os esforços envidados para a formação de técnicos biomédicos e de manutenção e reparação de equipamentos médico-hospitalares não deram resultados na medida em que a maioria partiu em busca de melhores salários em empresas privadas. Por outro, a modalidade de formação adoptada (semana ou mês) não permite consolidar os conhecimentos adquiridos de modo a dar resposta à demanda do parque tecnológico em constante evolução.

É nesse contexto que se deve prever, no quadro do PNDS 2012-2016 e no seio da gestão do património do SNS a criação de um departamento técnico encarregado de assegurar a coordenação e a gestão da manutenção preventiva e correctiva das infra-estruturas de saúde e dos equipamentos.

Uma estratégia duradoura a perseguir será a de criar o Serviço Nacional de Manutenção de infraestruturas e de Equipamentos Sanitários (SNMIES) no país, dotado de estatuto próprio, orçamento, recursos técnicos necessários sob a dependência dos serviços centrais. A criação deste serviço implica a afectação de técnicos superiores em biomedicina técnica ou de electromedicina.

Tendo como base a experiencia de contratualizações na área de laboratórios e de imagiologia no HAN e HBS, propõe-se para a gestão de manutenção, o estabelecimento de convenções com os fornecedores de equipamentos no mercado nacional e internacional no processo das aquisições de modo a incluir a manutenção preventiva e correctiva de equipamentos e instrumentos utilizados no funcionamento dos diversos serviços de prestação de cuidados de saúde.

Estratégias operacionais

1. Desenvolvimento de um Plano Nacional de Manutenção de infraestruturas e de equipamentos do SNS;
2. Reforço das capacidades institucionais (criação do serviço de nacional de manutenção, formação/recrutamento) na área de manutenção dos equipamentos e de infraestruturas de saúde;

3. Estabelecimento de convénios com fornecedores de equipamentos para assegurar a instalação, a formação e a manutenção, após venda dos equipamentos e mobiliários sanitários.

Metas

1. Dispor de um estudo sobre a situação institucional de manutenção até fim de 2013;
2. Criar, até finais de 2013, o Serviço Nacional de Manutenção de infraestruturas e de Equipamentos Sanitários;
3. Até fim de 2014 equipar o Serviço Nacional de Manutenção de infraestruturas e de Equipamentos Sanitários/SNMIES;
4. Ter até fim de 2014 elaborado o Plano Nacional de Manutenção de infraestruturas e de Equipamentos do SNS;
5. Dotar até 2016 o SNMIES de pelo menos dois técnicos superiores de biomedicina;

Intervenções

1. Criar em diploma próprio o SNMIES do SNS;
2. Proceder a uma análise exaustiva da situação do parque de equipamentos e de mobiliário sanitário do SNS;
3. Proceder a uma análise exaustiva da situação da estrutura física dos estabelecimentos sanitários do SNS;
4. Elaborar e implementar planos plurianuais de manutenção preventiva, correctiva e de substituição dos equipamentos e de infraestruturas;
5. Mobilizar os recursos financeiros para a implementação dos planos plurianuais;
6. Dotar o SNMIES de orçamento próprio de funcionamento e de investimento;
7. Afectar o SNMIES de pessoal técnico suficiente incluindo 2 técnicos superiores de biomedicina;
8. Supervisionar regularmente o património físico do SNS e as actividades de manutenção;
9. Realizar acções de formação regulares para os utilizadores e operadores dos equipamentos;
10. Estabelecer convénios com fornecedores de equipamentos para assegurar a instalação, a formação e a manutenção, após venda dos equipamentos e mobiliários sanitários.

Resultados esperados

1. Serviço Nacional de Manutenção de Infraestruturas e de Equipamentos do SNS criado e operacional;
2. Parque de equipamentos e mobiliário sanitário do SNS melhorado;
3. Capacidade de manutenção preventiva e correctiva melhorada;
4. Assistência técnica pós venda garantida pelos fornecedores.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da saúde: DGPOG, DNS, DGFM, Hospitais, RS, Delegacias de Saúde;
2. Parceiros nacionais: Sector de Infraestruturas, Ministério Finanças, sector privado;
3. Parceiros internacionais: fornecedores, cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Número de estabelecimentos do SNS com manutenção preventiva segundo o previsto no plano;
2. Número de estabelecimentos de saúde com aparelhos e equipamentos substituídos conforme o previsto no plano;
3. Percentagem de equipamentos fornecidos com assistência técnica garantida no primeiro ano;
4. Percentagem de equipamentos fornecidos com manual técnico completo.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatório de análise da situação do parque de equipamentos e mobiliário do SNS;
2. Convenções assinadas com empresas de fornecimento de equipamentos, disponíveis a assumir a manutenção pós venda;
3. Relatórios do SNMIES do SNS.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Existência de Serviços de Manutenção nos Hospitais Centrais;
3. Deslocações de técnicos de manutenção às estruturas de saúde descentralizadas.

Pontos fracos

1. Inexistência de um orçamento próprio para o sector de manutenção;
2. Deficiente capacidade institucional de retenção de técnicos especializados na manutenção e reparação de equipamentos;
3. Dependência do mercado externo.

Condicionantes ambientais

1. Concorrência no mercado de trabalho de técnicos da área de manutenção;
2. Doações de equipamentos;
3. Custos elevados relacionados com a manutenção.

V PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SECTOR DE SAÚDE

Objectivos Gerais

1. Garantir o financiamento **sustentável** do SNS, através de uma maior contribuição de todas as fontes;
2. Assegurar a **equidade** no acesso aos serviços de saúde de qualidade;
3. Garantir a **eficiência e eficácia** na gestão dos recursos.

Objectivos Específicos

1. Aumentar a contribuição financeira do OGE acima de 10% para o Ministério da Saúde;
2. Contribuir para o alargamento de 37% para 50% a base de cobertura de protecção social contributiva da população;
3. Actualizar com regularidade a contribuição ao Ministério da Saúde pelo INPS e pelos gestores de seguros de saúde;
4. Melhorar a qualidade das despesas e transparência na afectação dos recursos e aquisição de bens e serviços;
5. Contribuir para o desenvolvimento dos sistemas de protecção social, seguro de saúde e iniciativas comunitárias de financiamento.

O Programa de sustentabilidade financeira do sector da saúde compreende 3 componentes:

1. **Aumento da capacidade de arrecadação das contribuições e de mobilização de recursos para o sector da saúde**
2. **Melhoria da capacidade de administração financeira e contabilística do SNS**
3. **Contribuição para o desenvolvimento de uma política de cobertura universal dos cuidados de saúde.**

Quadro lógico de execução: custos financiamento e cronograma

Programa de sustentabilidade financeira do sector da saúde

Programa	Custos (mil ECV) por ano										Global		
	2012		2013		2014		2015		2016		Custo	Anunciado	A mobili-zar
	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado.	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado.			
Total	572.862	N/O	597.716	N/O	623.456	N/O	645.570	N/O	671.772	N/O	3.111.375	N/O	3.111.375

N/O = Não Orçamentado

Componente 1: Melhoria da capacidade de arrecadação das contribuições e da mobilização de recursos para o sector da saúde

Situação actual

A estrutura da arrecadação de contribuições para o sector da saúde é formada pela contribuição do governo através do OGE, das famílias através do desembolso directo nas estruturas de saúde, o INPS e outras instituições de seguro privado de saúde, as associações de base comunitária através de mutualidades de saúde e da cooperação internacional. Em termos proporcionais, em 2004, a contribuição do Estado representou cerca de 33%, o INPS 22%, as famílias 24% (projecções a partir dos resultados do IDRF 2001/2002) e a ajuda pública ao desenvolvimento 21% do total das despesas de saúde.

O governo contribuiu para o sector de saúde com 6,8% do OGE em 2011 o que correspondeu a um montante de 4 055 128 754$00[67], contra 7,9% do OGE em 2007 correspondente a 3 209 598 484$00. De realçar que não obstante o montante global do financiamento para o sector da saúde pelo governo ter aumentado em termos absolutos (mais 845 mil contos), registou-se no mesmo período um decréscimo, em termos relativos comparativamente ao OGE de 2007, em 1,1%.

O INPS, uma das principais instituições de protecção social do país, cobre cerca de 37% da população (181 919 beneficiários em 2011) e inclui entre as suas prestações custos com os cuidados de saúde de seus segurados e beneficiários. A taxa para o regime contributivo é de 23%, sendo 15% da responsabilidade patronal e 8% do trabalhador. Do total deste montante (23%) a percentagem destinada para a assistência médica e medicamentosa (ramo doença e maternidade) está estipulada na lei em 8%, tendo representado em 2009 um montante global de 1 900 000 contos[68]. Para o Ministério da Saúde, o INPS transfere anualmente 192 mil contos, o que representa cerca de 6% do orçamento de funcionamento do Ministério da Saúde. Ainda de referir os custos suportados pelo INPS quanto a medicamentos para seus beneficiários que, em 2009, atingiram um montante de 590 489 contos. Em 2009 o INPS custeou um montante de 211 833 contos com as evacuações.

O Centro Nacional de Pensões Sociais abrange 21.068 pensionistas beneficiários (setembro de 2012), com uma pensão mensal de 4.900$00 contribuindo na área de saúde para o acesso a medicamentos em função de um plafond anual, por beneficiário, de 2 500$00.

As instituições seguradoras possuem seguros privados de saúde, seguros obrigatórios de acidentes de viação e acidentes de trabalho. Constata-se que a adesão aos seguros de saúde e de acidentes de trabalho, embora obrigatória, ainda é fraca e que o seguro obrigatório de acidentes de viação não cobre suficientemente os danos físicos provocados aos sinistrados, devido às limitações impostas pela lei.

Existem ainda alguns subsistemas específicos e complementares de protecção social, nomeadamente, para os funcionários dos bancos, polícias, militares e mutualidades sobre os quais não se dispõe de dados.

As famílias, contribuem em cerca de 37% em média do total das despesas de saúde. Esta percentagem correspondeu em 2009 a cerca de 2.1 mil milhões de escudos. Destes 821,6 mil contos representam as contribuições para o INPS, 39,3 mil contos às companhias seguradoras e 1,2 mil milhões constituíram o pagamento directo das famílias aos sectores público e privado da saúde.[69]

196

[67] - Ministério Finanças, SIGOF, 2012

[68] - Contas Nacionais de Saúde, 2008-2009

[69] - Contas Nacionais de Saúde, 2008-2009

Na vigência do PNDS 2008-2011 foi implementada uma nova tabela de cuidados de saúde cuja actualização se faz sentir. Contudo, a sua implementação não foi uniforme em todas as estruturas de saúde o que trouxe dificuldades na avaliação da eficácia deste importante instrumento para a arrecadação de fundos mas também para garantia da equidade do acesso aos cuidados de saúde.Outro constrangimento constatado foi a insuficiente divulgação da tabela no seio da população e de outros actores.

Para garantir a sustentabilidade financeira da saúde, caberá ao Governo definir uma estratégia nacional de financiamento, incluindo uma contribuição acrescida dos recursos do orçamento do Estado mas, também, dos parceiros nacionais, nomeadamente, o Sistema Nacional de Segurança Social, as autarquias locais, impostos e taxas sobre importação de álcool e tabaco de entre outros, as comunidades, e dos parceiros internacionais. Deverão ser encontrados outros mecanismos criativos e solidários de financiamentos específicos para o sector de saúde, tais como as propostas a adaptar ao contexto nacional, apresentadas pelo Relatório Mundial da OMS sobre a cobertura universal dos cuidados de saúde (OMS, 2010).

Assim, esforços deverão ser feitos para aumentar os recursos financeiros para a saúde, por um lado, e o desenvolvimento de mecanismos de seguimento do impacto das medidas, nomeadamente na utilização dos serviços, por outro, de modo a garantir o acesso equitativo aos programas de saúde publica.

Estratégias operacionais

1. Definição um quadro legal para regulamentar a comparticipação do INPS e outros subsistemas de protecção social, companhias de seguros e outros prestadores privados no financiamento SNS;
2. Reforço da mobilização de fundos da cooperação, em condições favoráveis, para apoiar actividades específicas;
3. Revisão e adequação da tabela de cuidados de saúde.

Metas

1. Ter aumentado progressivamente de 2013 a 2016 a proporção do OGE afecto ao sector da saúde, acima dos 10%;
2. Ter aumentado o nível da ajuda externa para a saúde acima de 20% a partir de 2014;
3. Ter até finais de 2013 o quadro legislativo aprovado, regulamentado e implementado sobre o financiamento da saúde;
4. Ter aumentado em 25% a arrecadação das contribuições provenientes dos regimes de Protecção social e de seguros de saúde a partir de 2014;
5. Ter até finais 2013 a tabela de cuidados de saúde actualizada e implementada.

Intervenções

1. Promover a actualização da legislação relativa ao seguro obrigatório de acidente de viação, acidentes de trabalho e doenças profissionais;
2. Propor a criação da lei do mecenato para saúde;
3. Incentivar o espírito de responsabilidade social das empresas para a área da saúde;
4. Rever e implementar a tabela de cuidados de saúde;
5. Avaliar com regularidade a implementação da tabela de cuidados de saúde;
6. Elaborar uma carteira de projectos de investimentos para a mobilização de recursos externos;
7. Criar mecanismos de seguimento dos encargos com a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do INPS e outros sistemas de protecção social com vista à actualização das contribuições;

8. Negociar/criar mecanismos para o aumento das arrecadações provenientes dos sistemas de protecção social (INPS e CNPS) e dos seguros privados;
9. Fazer advocacia com base em evidências para o aumento progressivo do OGE para o sector da saúde.

Resultados esperados

1. Carteira de projectos de investimentos elaborada e implementada;
2. Instrumentos de facturação e mecanismos de cobrança implementados;
3. Contribuições da Protecção Social e Seguros privados em aumento;
4. Tabela de Cuidados de Saúde revista e implementada;
5. Tabela de cuidados de saúde avaliada.

Indicadores de avaliação

1. Despesas públicas de saúde em percentagem do total do orçamento do Estado;
2. Despesas de saúde financiadas com recursos externos em percentagem do total das despesas de saúde;
3. Despesas dos regimes de Protecção social com a saúde em percentagem do total das despesas públicas;
4. Pagamento directo dos utentes em percentagem das despesas privadas de saúde;
5. Seguros de saúde em percentagem das despesas privadas de saúde.

Meios de verificação e seguimento

1. Balanço da execução do Orçamento Geral do Estado;
2. Balanço da execução do Programa de investimentos;
3. Inquérito de despesas e receitas familiares;
4. Contas Nacionais de Saúde;
5. Relatórios das entidades gestoras do regime de Protecção social e de Seguros;
6. Relatório Estatístico do Ministério da Saúde.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política para garantir a sustentabilidade do sistema nacional da saúde;
2. Existência de uma Estratégia Nacional de Crescimento e Redução da Pobreza;
3. Crescimento anual do PIB e aumento das receitas fiscais.

Pontos fracos

1. Implementação deficiente da tabela de cuidados de saúde.

Condicionantes ambientais

1. Provável redução da ajuda pública ao desenvolvimento pela graduação do País a PDM;
2. Recurso injustificado ao atestado de pobreza na assistência médica e medicamentosa;
3. Índice elevado de pobreza.

Componente 2: Melhoria da capacidade de administração financeira e contabilística do SNS

Situação actual

O decreto-lei nº 39/2010, de 27 de Setembro, define a nova orgânica do Ministério da Saúde, que cria a DGPOG como serviço central responsável para a gestão orçamental, recursos humanos, financeiros e patrimoniais, bem como na área da modernização administrativa. A DGPOG integra os seguintes serviços: estudos, planeamento e cooperação; gestão de recursos financeiros e patrimoniais; e gestão de recursos humanos.

A gestão contabilística, financeira, patrimonial e de recursos humanos dos serviços de saúde é orientada pelas normas e procedimentos dos serviços públicos e caracterizada, ainda, pela sua centralização. Os hospitais centrais dispõem de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, as Regiões Sanitárias e o CNDS de autonomia financeira e as Delegacias de Saúde foram dotadas de autonomia para a gestão das receitas arrecadadas.

Na vigência do PNDS 2008-2011 foram criadas as Lei-Quadro para as Regiões Sanitárias e para os Hospitais Regionais. Estas leis contemplam a descentralização e autonomia financeira.

Este esforço de descentralização foi acompanhado de afectação de técnicos de área administrativa e financeira, na sua maioria técnicos superiores. No entanto é necessária a diversificação do perfil dos técnicos em matéria de espacialização, nomeadamente, em economia de saúde, auditoria e contabilidade analítica.

Foi implementado o sistema de informação financeira (SIGOF) nos serviços centrais do Ministério da Saúde, nos Hospitais Centrais e no CNDS. Esta implementação deve ser alargada às estruturas de saúde de todo o país.. Está em curso o processo de formação em *bancarização* do tesouro enquanto módulo do SIGOF que tem por objectivo a descentralização da execução orçamental.

Na orgânica do Ministério da Saúde foi criada, em 2010, a Unidade de Gestão de Aquisições (UGA) cujas atribuições são: planear as aquisições do MS; conduzir os processos negociais; efectuar a agregação de necessidades; e fazer a monitorização das aquisições.

Para o sector da saúde permanecem ainda como acções prioritárias a:

- Definição dos centros de custos até ao nível dos Centros de Saúde.
- Adaptação e harmonização do Plano Nacional de Contabilidade Publica aos serviços do SNS.
- Informatização (parametrização) do sistema de informação tendo em vista os novos desafios da gestão pública.
- Integração das ferramentas de gestão dos recursos humanos de saúde, medicamentos e outros produtos de saúde, e economato, para melhorar a gestão dos Serviços do SNS.
- Criação de um core grupo de auditoria interna a nível central dos recursos de saúde.

Este sistema permitirá melhorar para alem da recolha de dados para a elaboração das contas nacionais de saúde, a prestação de contas, controlo interno, melhoria de gestão e iniciar o embrião para a contabilidade de custos/analítica, a eficácia na atribuição dos recursos por programas e serviços e o incremento na utilização dos recursos.

Para fazer face às exigências de uma gestão financeira e contabilística com esses novos preceitos, é necessário o reforço de algumas competências nomeadamente nas áreas de planeamento e gestão, seguimento e avaliação, contabilidade, economia de saúde.

Nesse contexto, serão feitos esforços, no âmbito do PNDS, para generalizar a aplicação do sistema de gestão a todos os serviços do SNS.

Estratégias operacionais

1. Reforço das capacidades do Ministério da Saúde para o acompanhamento e reacção tempestiva às reformas da Administração Publica;
2. Modernização da gestão dos serviços de saúde;
3. Melhoria de mecanismos de gestão e controlo de insumos médicos, através da integração dos módulos de gestão informática do SIS;
4. Acompanhamento sistematizado do impacto financeiro da implementação dos protocolos de diagnóstico e tratamento instituidos e da política de genéricos;
5. Desenvolvimento das capacidades técnicas em economia da saúde e gestão.

Metas

1. Até finais de 2014, adaptar, harmonizar e implementar o Plano Nacional de Contabilidade Pública em todos os serviços do SNS;
2. Até finais de 2016, ter o sistema de gestão integrada funcional em todos os serviços de saúde;
3. Em 2013 elaborar as contas nacionais de saúde de 2010-2011;
4. Até 2014 instituir no Ministério da Saúde um sistema de auditoria interna permanente.
5. A partir de 2014 ter condições criadas para o acompanhamento do impacto financeiro da implementação dos protocolos terapêuticos e da política de genéricos;
6. A partir de 2012 organizar cursos anuais para os administradores das estruturas de saúde do SNS;
7. Até finais de 2014 integrar a informação sobre a gestão financeira no SIS;
8. A partir de 2012 definir os centros de custos para a execução orçamental;
9. Até 2016 formar/recrutar economistas de saúde (1) e gestor hospitalar (3);

Intervenções

1. Prosseguir a harmonização e implementação do Plano Nacional de Contabilidade Pública para o SNS e do sistema de gestão integrada em todos os serviços de saúde;
2. Elaborar as Contas Nacionais de Saúde;
3. Recrutar especialistas e reforçar as competências nas áreas de economia de saúde, planeamento e gestão, auditoria,seguimento e avaliação;
4. Instituir normas e procedimentos para a gestão e utilização eficiente dos recursos;
5. Realizar estudos de impacto na população das medidas financeiras (acesso e outros).
6. Organizar cursos anuais de capacitação em gestão para os profissionais de saúde e dirigentes das estruturas de saúde do SNS;
7. Definir as estruturas de saúde como centros de custos até ao nível de Centros de Saúde e transferir as competências de gestão;
8. Criar um *core-grupo* de técnicos de saúde com competências em auditoria interna;
9. Realizar de forma regular auditorias internas às estruturas de saúde;
10. Documentar o impacto financeiros da utilização dos protocolos de diagnóstico e terapêuticos nos serviços de saúde;
11. Documentar o impacto financeiros da utilização de genéricos nos serviços de saúde.

Resultados esperados

1. Competências nas áreas de economia de saúde e gestão reforçadas;
2. Mecanismos transparentes e eficazes de gestão financeira implementados;
3. Contabilidade dos serviços aperfeiçoada e conforme às normas nacionais;
4. Sistema informático de administração financeira (SIGOF) implementado;
5. Sistema de auditoria implementado;
6. Contas Nacionais de Saúde publicadas;
7. Impacto financeiro da utilização dos protocolos e genéricos documentado.

Indicadores de avaliação

1. Nº de serviços com SIGOF implementado;
2. Nº. de administradores e gestores de saúde formados.
3. Nº de auditorias administrativas e financeiras realizadas;
4. Nº de Contas Nacionais de Saúde publicadas;
5. Percentagem dos gastos com medicamentos;
6. Taxa de execução do orçamento do MS;
7. Nº de estruturas de saúde definidas como centros de custo.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de auditorias internas;
2. Relatório das Contas Nacionais de Saúde;
3. Relatório de actividades da DGPOG;
4. Relatório Estatístico do Ministério da Saúde.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Reforma das Finanças públicas em curso;
2. Reforma da Administração pública em curso;
3. Plataformas tecnológicas existentes – SIGOF, SIS;
4. Disponibilidade de técnicos de administração nas estruturas de saúde.

Pontos fracos

1. Insuficiência de pessoal qualificado nas áreas de auditoria, planeamento, economia de saúde;
2. Ausência de uma carreira de técnicos de administração e gestão.

Condicionantes ambientais

1. Restrições orçamentais para recrutamento de pessoal;
2. Reduzida capacidade de fixação de economistas e gestores no sector da saúde;
3. Expansão da conectividade.

Componente 3: Contribuição para o desenvolvimento de uma política de cobertura universal dos cuidados de saúde.

Situação actual

O financiamento das actividades desenvolvidas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde é assegurado pelo Orçamento Geral do Estado, pelas famílias, pelas entidades gestoras do sistema contributivo e não contributivo, seguros e outros subsistemas de base cooperativa, na parte correspondente às suas responsabilidades legais ou contratuais, pelos subsistemas de saúde. Nesse âmbito a comparticipação nos custos da saúde é um dever de todos [70].

A Constituição da Republica de Cabo Verde (CRCV) estipula nº 3 do artigo 71º que "para garantir o direito à saúde, incumbe ao Estado criar condições para o acesso universal dos cidadãos aos cuidados de saúde e no nº1 do mesmo artigo defende que "todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica".

Cabe, no entanto, ao Estado suportar a prestação de cuidados a doentes vulneráveis e grupos especiais estabelecidos por Lei e dos decorrentes dos compromissos nacionais e internacionais.

Ainda a CRCV define que "todos têm direito à segurança social para a sua protecção no desemprego, doença, invalidez, velhice, orfandade, viuvez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência e ou de capacidade para o trabalho" (nº1, art.70º).

Para melhorar os sistemas de protecção social existentes desde os anos oitenta, foi aprovada em 2001 a Lei de Bases de Protecção Social[71]que define os três regimes seguintes: i) Protecção de Base ou Rede de Solidariedade; ii) Protecção Social Obrigatória; iii) Protecção Social Complementar.

Esses regimes funcionam de forma independente e abrangem as seguintes situações:

1. O regime de Protecção de Base ou Rede de Solidariedade cobre os beneficiários da protecção social mínima (…) é financiado pelo Orçamento Geral do Estado, Municípios, donativos, projectos específicos e outros;
2. O regime da Protecção Social Obrigatória cobre, através do INPS,cerca de 37% da população e abrange os trabalhadores por conta de outrem ou por conta própria, os funcionários e demais servidores do Estado, das autarquias locais, dos institutos públicos e outros. Existem também modalidades de protecção social obrigatória através de sub-sistemas nas instituições bancárias.
3. O regime de Protecção Social Complementar abrange, com carácter facultativo, por ramos profissionais de actividade ou empresa,as pessoas inscritas num dos regimes de protecção social obrigatória, assumindo a forma de convenção que deve ser assinada e homologada pelo departamento do Governo, responsável pela Solidariedade Social.

Não obstante o carácter universal da Lei de Bases de Protecção Social existem muitas pessoas ainda não integradas em qualquer dos regimes anteriores, nomeadamente os trabalhadores do sector informal, empregadas domésticas e trabalhadores rurais. Em Santiago, com a dinamização, nomeadamente, do Fórum Cooperativo, e, em S. Vicente por iniciativa sindical começaram a surgir as primeiras mutualidades de saúde. Esses mecanismos poderão desenvolver um papel importante de protecção social, mormente para as pessoas que não estão devidamente protegidas.

[70] Lei BaseSaúde 2004

[71] Lei nº 131/V/2001, de 22 de Janeiro

O Ministério da Saúde e o INPS assinaram um acordo de prestação de serviços aos beneficiários do INPS em 1992 com actualizações sucessivas em 1999, 2006 e 2010. Em 2011, os beneficiários do INPS eram 181 919 indivíduos, representando cerca de 37% da população residente.

Em 2011, o Ministério da Saúde e o Fórum Cooperativo, este representando a rede das mutualidades de saúde da ilha de Santiago, assinaram um protocolo de cooperação no âmbito de prestação de cuidados de saúde no sector público da saúde, tendo como principais conteúdos:

- Assunção pelas mutualidades, em benefício dos respectivos associados, da comparticipação nos custos referentes às prestações dos cuidados de saúde, nomeadamente, consultas, internamentos, taxas moderadoras, exames complementares de diagnóstico;
- Apoio dos serviços de saúde às mutualidades de saúde signatárias do presente protocolo, na marcação de consultas médicas colectivas e ou individuais para os seus associados, conforme vier a ser acordado entre as partes signatárias;
- Promoção de acções conjuntas de educação para a saúde, nas suas variadas vertentes, sobretudo na prevenção das doenças a nível das comunidades e na promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis.

A protecção para as situações de acidentes de trabalho, doenças profissionais e acidentes de viação é assumida pelas companhias de seguro**. "**Seguro de saúde" é um produto dos sistemas de seguros privados que ainda não tem merecido um adequado desenvolvimento.

As famílias contribuem com 37% para o financiamento global do sector da saúde (Contas Nacionais de Saúde CV, 2008-2009) com um montante de 2,1 milhões de escudos em 2009. A forma de pagamento directo dos custos de saúde pelas famílias representou 59,7% desse montante no mesmo período. Os dados de execução orçamental de 2011, apontam para arrecadação directa dos serviços de saúde, através do desembolso directo das famílias no valor de 439 580 516 escudos, o que equivale a 34,4% do total dos pagamentos directos das famílias com a saúde. Estima-se que a diferença, ou seja, 65,6% do pagamento directo esteja direccionada para o sector privado da saúde.

O desafio é de reduzir ao mínimo o pagamento directo a favor do aumento da cobertura dos sistemas de protecção social e de seguros de saúde.

Durante a vigência do PNDS 2012-2016 é do interesse do Ministério da Saúde reforçar a colaboração com os diferentes regimes de protecção e de solidariedade social com vista a cobrir toda a população, eliminar os atestados de pobreza e contribuir para a sustentabilidade do sistema de protecção social. Para tal, o processo de alargamento da cobertura para o acesso aos cuidados de saúde deve ser implementado de forma gradual num horizonte temporal definido, os estratos populacionais definidos e por tipos de actividades económicas.

Estratégias operacionais

1. Alargamento da base de cobertura populacional de protecção social, com vista à cobertura universal;
2. Colaboração com as entidades gestoras dos regimes de protecção social, para o desenvolvimento da solidariedade social e sustentabilidade financeira do sistema;
3. Colaboração com as seguradoras nacionais para alargar a cobertura dos seguros sociais;
4. Colaboração com os promotores das iniciativas comunitárias de financiamento (mutualidades de saúde) para alargar a cobertura da sua acção e garantir a sua sustentabilidade.
5. Realização de estudos técnicos sobre o mercado de seguros de saúde nacional.
6. Elaboração de uma Estratégia Nacional de Financiamento de Saúde.

Metas

1. Até fim de 2014 ter uma Estratégia Nacional de Financiamento de Saúde;
2. Alargar, até finais de 2016, a base de cobertura de protecção social de 37% para 50% da população.
3. A partir de 2013 ter em implementação o protocolo de cooperação com as mutualidades de saúde;
4. Ter em 2012 um estudo sobre financiamento da saúde;
5. A partir de 2013, rever os mecanismos de financiamento dos cuidados de saúde pelas entidades gestoras dos regimes de protecção social;
6. A partir de 2014, contribuir para a revisão da legislação relativa aos acidentes de viação e os mecanismos da sua aplicação;
7. Contribuir para regulamentar a protecção social às franjas vulneráveis da população até 2015.
8. Reduzir os pagamentos directos das famílias de 36,9% em 2009 para 20% em 2016;
9. Até finais de 2015, identificar e criar mecanismos de mobilização de recursos financeiros de pelo menos 3 fontes alternativas específicas de financiamento indirecto dos custos de saúde.

Intervenções

1. Elaborar a Estratégia Nacional de Financiamento de Saúde;
2. Celebrar/rever e acompanhar a implementação de acordos de parceria com as instituições responsáveis pelas diferentes modalidades de protecção social;
3. Participar na revisão da legislação relativa aos acidentes de viação e os mecanismos da sua aplicação;
4. Promover intercâmbios com outros países no domínio de sistemas de seguros de saúde com vista à melhoria da resposta dos serviços e introdução de mecanismos de controlo dos encargos para os serviços de saúde;
5. Participar na regulamentação da Protecção social das populações vulneráveis;
6. Contribuir para a discussão e adopção de medidas tendentes ao alargamento da base de cobertura de protecção social de 37% para 50% da população;
7. Implementar em parceria com o fórum cooperativo o protocolo de cooperação com as mutualidades de saúde;
8. Criar com o fórum cooperativo mecanismos de acompanhamento do protocolo de cooperação com as mutualidades de saúde;
9. Realizar com os parceiros estudos sobre financiamento da saúde;
10. Rever os mecanismos de financiamento dos cuidados de saúde pelas entidades gestoras dos regimes de protecção social;
11. Contribuir para regulamentar a protecção social às franjas vulneráveis da população;
12. Realizar estudos técnicos para a identificação e a promoção de formas de pagamentos indirectos;
13. Realizar estudos técnicos para a identificação e criaçãode mecanismos de mobilização de recursos financeiros através de fontes alternativas específicas de financiamento indirecto dos custos de saúde.

Resultados esperados

1. Estratégia Nacional de Financiamento de Saúde elaborada e validada;
2. Sistemas de protecção social com uma cobertura mais ampla;

3. Melhoria da equidade do acesso aos cuidados de saúde;
4. Colaboração entre o Ministério da Saúde e as Entidades gestoras dos regimes de protecção social institucionalizada e funcional;
5. Fontes alternativas de financiamento indirecto identificadas e operacionalizadas;
6. Conhecimento sobre a estrutura do financiamento da saúde e correcção das assimetrias.

Indicadores

1. Percentagem de pagamentos directos no financiamento da saúde;
2. Número de fontes alternativas de financiamento identificadas e operacionais
3. Número de estudos realizados,
4. Número de acordos de parceria assinados com as instituições responsáveis pelos diferentes regimes de protecção social;
5. Percentagem de população coberta por um sistema de protecção social;
6. Acordo com as entidades gestoras de regime de protecção social revisto.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de seguimento dos acordos de parcerias entre o Ministério da Saúde e instituições gestoras dos regimes de protecção social;
2. Relatórios das Instituições responsáveis pelas diferentes modalidades de Protecção social e companhia de seguros;
3. Contas Nacionais de Saúde;
4. Estudos e inquéritos;
5. Relatório de seguimento e avaliação a meio percurso do PNDS.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política para implementação das estratégias identificadas no PNDS;
2. Existência de um sistema de protecção social experiente e operacional;
3. Existência de iniciativas de associativismo;
4. Reforma do Sistema de Protecção social em curso.

Pontos fracos

1. Base de dados insuficientemente integrados;
2. Insuficiente interligação entre o MS e outros sectores responsáveis pela área de protecção social;
3. Escassez de técnicos da área social no Ministério da Saúde.

Condicionantes ambientais

1. Índices de pobreza na população;
2. Mercado de seguros restrito;
3. Índice de desemprego.

V PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SECTOR FARMACÊUTICO E DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

Objectivos Gerais

1. Garantir a disponibilidade, em todos os concelhos, de medicamentos essenciais seguros, de qualidade e a um preço acessível, que respondam ao perfil epidemiológico de Cabo Verde;
2. Melhorar a qualidade dos cuidados prestados mediante o suporte em equipamentos e tecnologias adequados às necessidades do SNS.

Objectivos Específicos

1. Criar condições à DGFM para que possa assegurar a regulamentação, inspecção e controlo do Sector Farmacêutico nacional;
2. Assegurar os meios necessários para garantir o acesso aos medicamentos essenciais à maioria da população;
3. Incentivar o desenvolvimento progressivo da indústria farmacêutica nacional;
4. Promover o uso racional de medicamentos;
5. Padronizar e adequar o parque de equipamentos sanitários a cada tipo de estabelecimento e em função do nível respectivo de atenção;
6. Instalar e equipar serviços complementares de diagnóstico e tratamento necessários para elevar a qualidade da prestação de cuidados e diversificar as possibilidades de resposta às situações de doença no país.

O Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico e das Tecnologias de Saúde compreende três componentes:

1. **Garantia da acessibilidade aos medicamentos e produtos farmacêuticos à população;**
2. **Desenvolvimento da função reguladora da actividade farmacêutica;**
3. **Padronização e adequação do parque de equipamentos sanitários a cada tipo de estabelecimento e em função do nível respectivo de atenção.**

Quadro Lógico de execução do Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico e Tecnologias de Saúde

Custos e fontes de financiamento

Programa	Custos (mil ECV) por ano										Global		
	2012		2013		2014		2015		2016		Custo	Anunciado	A mobili-zar
	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado			
Total	1.039.349	180.909	1.051.010.	500.000	1.091.271	775.590	1.132.298	390.000	1.181.191	170.000	5. 495.420	2.016.499	3.478.921

Componente 1: Garantia da acessibilidade aos medicamentos e produtos farmacêuticos à população

Situação atual

Em Cabo Verde o aprovisionamento dos medicamentos faz-se essencialmente com produtos importados pela Emprofac [72] e com medicamentos fabricados localmente pela Inpharma em cerca de um terço das necessidades do mercado.

A distribuição de medicamentos é assegurada de um lado pela EMPROFAC para as farmácias privadas e Hospitais Centrais e por outro pelo Depósito Central de Medicamentos às farmácias públicas. Esta rede é ainda completada por um depósito regional com sede em Mindelo, 33 farmácias públicas, quais 4 nos hospitais centrais e regionais e 29 nos Centros de Saúde, 35 farmácias privadas e 6 postos de venda de medicamentos. Entre 2008 e 2012 verificou-se um aumento no número de farmácias públicas (30 para 33) e privadas (27 para 35) e um decréscimo de postos de venda (12 para 6), explicando-se esta diminuição pela reconversão destes em farmácias privadas.

Propõe-se a reorganização desta rede nacional de distribuição de medicamentos com a EMPROFAC a assumir as atribuições do Depósito Central de Medicamentos nesta matéria, ou seja a stockagem e a distribuição a todas as farmácias. A distribuição dos medicamentos essenciais para os Programas de Saúde Publica continuará a fazer parte das atribuições do DCM, incluindo a planificação referente à previsão anual das necessidades e a gestão das requisições das estruturas de saúde.

O rácio farmácia/habitante em 2012 (Julho) é de 1 farmácia por 14 000 habitantes, excluindo as farmácias públicas, persistindo contudo assimetrias regionais na distribuição das farmácias.

As despesas com o aprovisionamento dos medicamentos e produtos de saúde por concelho, no sector público, aumentaram entre 2005 e 2006 em 25% e, no período de 2006 a 2010, em 52% (custos correntes). Este aumento traduz-se também em relação à quantidade e diversidade dos medicamentos disponibilizados.

Os medicamentos dispensados pelas farmácias dos serviços públicos de saúde, aos pacientes atendidos em consulta externa são praticamente gratuitos, pagando-se apenas uma taxa de cem escudos por receita. De notar, porém, que a nova Tabela de Cuidados de Saúde, implementada desde Maio de 2007, prevê uma comparticipação equitativa da população nos custos das prestações, incluindo medicamentos.

A venda de medicamentos para sector privado através da EMPROFAC estimada em cerca de 765 mil contos em 2008, correspondendo a 75% das vendas totais de medicamentos no país, passou em 2011 para 1.020 mil contos, representando 75,27% do mercado.[73]

A venda de medicamentos para o sector público através da EMPROFAC situou-se em 2011 em 335,3 mil contos, um decréscimo de 2,3% em relação ao ano de 2010. Em 2008 as despesas com os medicamentos para as estruturas públicas situaram-se em 437,4mil contos, passando para 552,3 mil contos em 2010.[74]

Em relação às necessidades não satisfeitas em medicamentos, não existem dados estatísticos sistematizados. Contudo, existe um défice importante do sector público incluindo os Hospitais Centrais, traduzido em dívidas acumuladas relativamente ao aprovisionamento de medicamentos junto da EMPROFAC, situando-se em 281,6 mil contos e representando 73% das dívidas totais de clientes no

208

[72] – Empresa estatal [Dec-lei n.º 51/79] criada para racionalizar a importação; assegurar distribuição grossista aos sectores público e privado; assumir a estandardização de preços dos produtos.
[73] - Relatório & Contas da EMPROFAC, 2011
[74] - Relatório Estatístico do MS, 2008 e 2010

exercício de 2011, contra 81% no ano de 2010. [75] De notar ainda, as dívidas contraídas junto da INPAHARMA no valor de 9,1 mil contos.

A existência da EMPROFAC, com a exclusividade de importação tem contribuído para a garantia do aprovisionamento dos medicamentos e o risco de entrada de produtos sem qualidade garantida. As propostas de reorganização para o sector farmacêutico vão no sentido da empresa assumir um papel de destaque em toda a cadeia de aprovisionamento, devendo ser definido um estatuto próprio e uma melhor integração nas orientações e prioridades da política farmacêutica nacional.

Propõe-se como medida de política a reorientação gradual da dispensa dos medicamentos, atualmente realizada pelas farmácias públicas das estruturas de saúde, para as farmácias privadas numa perspectiva de Parceria Público-Privado. Espera-se com esta medida aumentar o acesso aos medicamentos, racionalizar os custos e introduzir um maior controlo no mercado.

A qualidade dos produtos que circulam atualmente no mercado é determinada pelo processo de certificação da OMS e confirmada pelos certificados de controlo de qualidade dos produtos, apresentados pelos fornecedores. Existe uma necessidade urgente de criação do Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade.

A venda de medicamentos produzidos localmente [**76**] tem vindo a aumentar progressivamente. A indústria farmacêutica nacional beneficia não só da isenção de direitos alfandegários para as matérias-primas destinadas à fabricação e material de embalagem, como ainda os seus produtos são dispensados de concurso para o abastecimento do mercado interno. A compra de medicamentos importados pela EMPROFAC situou-se em 618,2 mil contos em 2011, com um aumento de 3% em relação ao ano de 2010. Nesse mesmo período a compra de medicamentos de produção nacional (INPHARMA) situou-se em 216,6 mil contos em 2011, com um decréscimo de 4,1% em relação ao ano de 2010. Estes valores representam cerca de 25,9% das compras da EMPROFAC. Ainda os Hospitais Centrais e a Direção Geral de Farmácias adquirem parte de suas necessidades diretamente à INPHARMA.

Da percentagem do Orçamento do Estado atribuído ao Sector público da Saúde 1/5 destina-se aos medicamentos e acessórios. A despesa por pessoa com medicamentos e acessórios é estimada em cerca de 750 ECV equivalente a 10 USD dos quais 500 ECV (6 USD) para medicamentos [**77**]. Em 2010 as despesas *per capita* com medicamentos e vacinas foi de 1.177 ECV, dos quais 1.123 ECV para medicamentos [78].

O preço médio de medicamento praticado pela EMPROFAC em 2010 foi de 356,09 contra 360,64 em 2011, registando um ligeiro aumento da média dos preços dos medicamentos de 4,55,representando um crescimento de 1,28%.

A ARFA detém as competências em matéria de regulação de preços de acordo com o Decreto-lei nº 22/2009 e assegura a fiscalização dos mesmos.

A acção de combate à contrafação e venda ilícita é exercida conjuntamente pela DGFM, ARFA, IGAE, Alfandegas e Policia Nacional.

A investigação operacional sobre problemas do sector farmacêutico, nomeadamente no que respeita ao aprovisionamento, distribuição, prescrição e consumo de fármacos nos estabelecimentos de saúde dos diferentes níveis e ainda, a auto medicação, é importante para melhorar a disponibilidade e a correta utilização dos medicamentos nas estruturas do SNS.

209

[75] - Relatório & Contas da EMPROFAC, 2011

[76] - A Inpharma foi criada em 1993, essencialmente para**: i)** Reforçar a autonomia do país num sector estratégico; ii) Redução do dispêndio de divisas; iii) Captação de tecnologias e valorização de recursos humanos; iv) Criação de postos de trabalho.

[77] - Relatório DGF 2006

[78] Relatório Estatístico do MS, 2010

A insuficiência de quadros qualificados na área farmacêutica, de todos os níveis e categorias, quer na área do serviço público como no privado, têm limitado o desenvolvimento do sector farmacêutico e interferido no sucesso das ações conducentes à implementação da política farmacêutica.

Actualmente existem 61 farmacêuticos no sector, sendo 47 no privado e 14 no público. O rácio farmacêutico/habitante é de 1 por 12 275 habitantes. Os técnicos superiores de farmácia estão concentrados nos principais centros urbanos.

Para ultrapassar esta insuficiência de farmacêuticos no sector público e melhorar a qualidade de assistência farmacêutica prestada à população cabo-verdiana, propõe-se não só recrutamento de novos quadros mas também um reforço das competências através da formação contínua e e pós-graduada.

Estratégias operacionais

1. Importação de medicamentos com base em genéricos e através de concursos públicos;
2. Reforço das competências em gestão dos medicamentos;
3. Reorganização da rede nacional de distribuição de medicamentos;
4. Mobilização de mais recursos financeiros para o sector farmacêutico;
5. Reorganização da dispensa dos medicamentos numa perspectiva de Parceria Público-privada, para a melhoria do acesso e economia do medicamento;
6. Informatização do sistema de distribuição e criação duma base de dados nacional para gestão do circuito dos medicamentos.

Metas

1. Reorganizar, a partir de 2013, a rede nacional de distribuição de medicamentos e produtos de saúde;
2. Garantir, até 2016, a disponibilidade permanente de medicamentos essenciais à população a um preço acessível, particularmente aos doentes em tratamento prolongado;
3. Aumentar, até 2016, em 50% a importação de medicamentos genéricos;
4. Até 2016 aumentar a taxa de penetração de genéricos no país para 90%;
5. Até 2016 ter formado/recrutado quadros especializados na área farmacêutica para o nível central, hospitais e delegacias de saúde;
6. Até 2016 alcançar um rácio de farmacêutico por dez mil habitantes de 2,8;
7. Até 2016 atingir um rácio de cobertura de 1 farmácia privada para 6000 habitantes;
8. Até finais de 2015 ter as farmácias dos hospitais regionais apenas com atendimento interno;
9. Aumentar, até 2015 em média em 25% o orçamento para os medicamentos e produtos farmacêuticos para o sector público.

Intervenções

1. Estabelecer e implementar o protocolo com a EMPROFAC tendo em vista a reorganização de rede de distribuição dos medicamentos;
2. Informatizar com o apoio do NOSI, a gestão de stocks de medicamentos e produtos farmacêuticos nos Hospitais e Centros de Saúde;
3. Planificar, no final do ano antecedente, as necessidades em medicamentos e outros produtos farmacêuticos;
4. Criar e garantir o um stock mínimo de segurança para medicamentos essenciais;
5. Estabelecer critérios de compras que privilegiam a importação de medicamentos genéricos;
6. Realizar estudos sobre a prescrição e utilização de medicamentos;

7. Formar/recrutar farmacêuticos para o sector público: nível central; hospitais centrais e regionais e DS;
8. Promover formações contínuas regulares para os quadros de farmácia do sector público e privado;
9. Organizar formações sobre a prescrição, dispensa e uso racional de medicamentos;
10. Realizar estudos para determinar a acessibilidade a medicamentos e perfil de prescrição;
11. Sensibilizar e incentivar a indústria farmacêutica nacional a aumentar a proporção de fármacos de produção nacional na LNME;
12. Promover, com o apoio do CNDS/INSP, acções de sensibilização e de informação sobre a utilização dos medicamentos junto dos consumidores;
13. Aumentar os recursos financeiros para o sector farmacêutico;
14. Mapear as farmácias privadas e suas áreas de cobertura;
15. Elaborar e implementar um projecto de Parceria Público-Privada na área de dispensa de medicamentos;
16. Promover o aumento de farmácias privadas;
17. Rever o regime de comparticipação dos medicamentos;
18. Criar uma lista de produtos farmacêuticos sujeitos a comparticipação;
19. Participar na elaboração de Protocolos Terapêuticos;
20. Desenvolver, com o apoio de autoridades competentes, ações de controlo e combate ao mercado ilícito de medicamentos

Resultados esperados

1. Gestão dos *stocks* de medicamentos informatizada e melhorada em todas as estruturas da pirâmide sanitária;
2. Disponibilidade dos medicamentos essenciais assegurada em todas as estruturas públicas e privadas;
3. Proporção de genéricos, aumentada, no plano de aprovisionamento do país;
4. Acessibilidade aos medicamentos e aos produtos farmacêuticos determinada e avaliada.
5. Medicamentos com controlo de qualidade realizado;
6. Circuito de distribuição reorganizado.

Organismos e instituições responsáveis

1. Ministério da Saúde**:** DGFM, DNS, IGS, DGPOG; INSP; Hospitais; Região Sanitária; DS.
2. Parceiros nacionais**:** DGC, Sector da Educação, Ordem dos Farmacêuticos,Ordem dos Médicos, Universidades, ARFA; Emprofac, Inpharma, e INPS.
3. Parceiros internacionais: Brasil, Portugal; OMS, OOAS; INFARMED; IHMT, FIOCRUZ, Ordem dos Farmacêuticos de Portugal.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de medicamentos prescritos dentro da lista de medicamentos essenciais;
2. Rácio farmácias/habitantes;
3. Rácio farmacêutico por 10.000 habitantes;
4. Percentagem das necessidades de contracetivos modernos, assumida pelo OGE;
5. Percentagem das necessidades de medicamentos essenciais, vacinas e dispositivos médicos, satisfeitas;
6. Taxa de penetração de genéricos;

7. Percentagem da despesa em medicamentos na despesa em saúde;
8. Percentagem de estruturas de saúde com a gestão de medicamentos informatizada;
9. Taxa de satisfação da demanda das farmácias;
10. Número de estabelecimentos de saúde com stock de segurança para medicamentos essenciais e outras tecnologias (reagentes, acessórios);
11. Número médio de medicamentos prescritos por receita.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de supervisão das actividades farmacêuticas nas estruturas de saúde;
2. Relatórios anuais da DGFM sobre os progressos registados;
3. Estudos sobre a distribuição, acessibilidade e utilização dos medicamentos;
4. Existência da LNME actualizada;
5. Estudo do receituário;
6. Estudo das requisições satisfeitas;
7. Relatório Estatístico do MS.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Orientação para a distribuição de medicamentos na PFN;
2. Existência de um serviço de inspeção e fiscalização;
3. Revisão periódica de LNM e LME;
4. Rede de distribuição alargada;
5. Vontade política para recrutamento de quadros para reforço do sector farmacêutico público;
6. Existência de Universidades no país com cursos de licenciaturas em farmácia.

Pontos fracos

1. Custos elevados dos transportes aéreos e marítimos, ligados à insularidade do país;
2. Carência de pessoal nos diferentes escalões da pirâmide sanitária;
3. Limites do Orçamento do Estado.

Condições ambientais

1. Dependência dos transportes aéreos e marítimos;
2. Custos ligados à insularidade do país;
3. Pobreza.

Componente 2: Desenvolvimento da função de regulamentação e regulação da atividade farmacêutica

Situação actual

O Ministério da Saúde é o departamento do Governo com a incumbência de formular e implementar a política da saúde e as medidas legislativas correspondentes, incluindo aquelas referentes aos medicamentos e às tecnologias de saúde, sob a responsabilidade directa da Direcção Geral da Farmácia e Medicamento [DGFM].

A DGFM tem um papel relevante na prestação de cuidados de saúde, enquanto serviço central com funções de coordenação do sector farmacêutico e de definição, regulamentação, supervisão, orientação, execução e avaliação da Politica Farmacêutica Nacional, bem como de apoio técnico à gestão de equipamentos medico-hospitalares. Como órgão consultivo em matéria de política de medicamentos funciona no seu seio a Comissão Nacional de Medicamentos. A DGFM actua nas áreas do Licenciamento e Supervisão da Actividade Farmacêutica e, do Registo, Coordenação e Supervisão da cadeia de aprovisionamento de medicamentos no Pais.

No domínio da regulamentação e regulação da actividade farmacêutica, a DGFM tem várias competências destacando-se:

- Manter actualizado o registo de medicamentos (AIM) e de tecnologias de saúde
- Garantir a qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos e das tecnologias de saúde à disposição do serviço nacional de saúde
- Licenciar os estabelecimentos industriais e comerciais que produzem e comercializem medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos farmacêuticos;
- Colaborar com a ARFA no estabelecimento de critérios para a formação de preços de venda dos medicamentos ao público bem como das margens de comercialização;
- Garantir o cumprimento das obrigações internacionais assumidas no âmbito das actividades farmacêuticas nomeadamente, os protocolos relativos a medicamentos e outras substâncias potencialmente tóxicas, estupefacientes e psicotrópicas;
- Elaborar e actualizar a Lista Nacional de Medicamentos Essências e a Lista Nacional de Medicamentos e propor a comparticipação dos medicamentos constantes da LNM;
- Propor um plano nacional de luta contra a contrafacção e a venda ilícita em parceria com outras entidades competentes.
- Colaborar na definição e execução de um Serviço Nacional de Farmacovigilância, em coordenação com a ARFA.

A Agencia de Regula ção de Produtos Farmacêuticos e Alimentares [ARFA] [79]é a autoridade com competências nos domínios de regulação técnica e económica e fiscalização do sector químico-farmacêutico e alimentar. De referir que presentemente está em curso a revisão dos estatutos da ARFA numa perspectiva de fusão com a ANSA (Agência Nacional para a Segurança Alimentar) e de uma clarificação das competências para uma melhor delimitação de fronteiras, em particular com a DGFM.

Para garantir a efectividade da acção reguladora repartida por essas duas entidades, a DGFM e a ARFA, e assegurar a qualidade dos produtos farmacêuticos consumidos pela população cabo-verdiana e

213

[79]- DL 43/2005, de 27 de Junho, BO nº 26, Aprova estatutos da ARFA

evitar duplicações, vazios de regulação e eventuais áreas de conflito, serão definidos mecanismos de colaboração entre estas duas instituições.

Com a publicação do Decreto-lei nº 59/2006 sobre o Medicamento, que estabelece as regras do processo da autorização de introdução de medicamentos no mercado e a sua comercialização, o DL nº 34/2007 e as Portarias Nº 31 e 32/2007 sobre o Licenciamento e funcionamento de farmácias privadas, foram oficializados instrumentos importantes para o exercício da actividade farmacêutica, no país.

Contudo, a análise da situação do sector em 2012, demonstrou que o quadro legislativo e regulamentar contém lacunas e deficiências que o tornam inadequado à realidade nacional, havendo necessidade da sua revisão e actualização para agilizar o funcionamento dos serviços.

Dos diplomas legais que precisam ser revistos para um ajustamento às condições actuais do país, destacam-se**:**

1. Decreto-lei do Medicamento [80]publicado em finais de 2006 e que regula a autorização de introdução no mercado (AIM), o fabrico, a importação/exportação, comercialização, donativos, publicidade, inspecção farmacêutica e contra-ordenações dos produtos farmacêuticos, .
2. Decreto-lei do Licenciamento de Farmácias publicado em Setembro de 2007 [81], que regula a propriedade da farmácia e as portarias que regulam o licenciamento e o funcionamento das farmácias privadas de Outubro de 2007.
3. Decreto-lei nº 18/2001 de 17 de Setembro relativo à Lista Nacional de Medicamentos que foi revista em 2009;

Para a implementação efectiva da PFN, o quadro legislativo e regulamentar carece ainda de ser contemplado com novos diplomas a seguir indicados:

- Regulamentação da Comissão Nacional de Farmacovigilância;
- Regulamentação da Comissão Nacional de Medicamentos;
- Política de genéricos e prescrição e dispensa de medicamentos;
- Produtos de saúde, nomeadamente dispositivos médicos;
- Produtos e medicamentos homeopáticos e fitoterápicos;
- Adopção de Normas de Boas Praticas de Farmácia (BPF), Boas Praticas de Distribuição de Medicamentos (BPDM) e Boas Praticas de Fabrico (BPF);
- Exercício profissional da actividade farmacêutica;
- Regulamento da Farmácia hospitalar.
- Legislação sobre o controlo do mercado ilícito e da contrafacção;
- Elaboração do formulário terapêutico.

A DGFM tem desenvolvido acções de inspecção às farmácias privadas, à Emprofac e à INPHARMA com uma programação semestral enquanto as farmácias públicas são alvo de supervisões técnicas. . Até ao presente, estas inspecções têm um carácter central a partir da DGFM e as principais violações às normas devem-se à, falta de farmacêuticos com funções de Direcção Técnica permanente (15% das farmácias privadas em 2011), à existência de medicamentos não autorizados e vendidos sem receita médica e à falta de medicamentos. As infracções mais graves foram sancionadas com coimas e num caso com o encerramento temporário da farmácia.

214

[80] – Nº 59/2006 e publicado em Dezembro de 2006,

[81] - DL nº 34/2007 de 24 de Setembro e Portarias Nº 31 e 32/2007 de 15 de Outubro

A ARFA tem realizado acções de inspecção na área da farmácia voltadas para a fiscalização dos preços e das boas práticas e stock de medicamentos. A inspecção destas duas entidades, em alguns momentos, tem-se configurado em duplicação de esforços e de autoridade junto dos operadores privados.

Em 2011 foram registadas (AIM) 85 especialidades farmacêuticas, entre as quais 10 da INPHARMA.

Falta regulamentar o funcionamento da farmácia hospitalar e do exercício da actividade farmacêutica no contexto hospitalar, pois as competências previstas nos estatutos dos Hospitais não respondem às normas técnicas de boas práticas de farmácia hospitalar.

Na vigência do PNDS 2012-2016 espera-se, com a revisão dos estatutos da DGFM e da ARFA, criar ambientes favoráveis à complementaridade e de definição de competências claras não conflituantes (licenciamento e inspecção) e adequadas ao sector farmacêutico nacional. As supervisões das farmácias públicas, asseguradas pela DGFM, deverão evoluir para acções de inspecção, particularmente nas farmácias dos hospitais centrais e regionais. Por outro lado deverão ser previstos mecanismos de apoio (financeiros, logísticos) às supervisões e inspecções da actividade farmacêutica.

Não se encontra formalizada a prática tradicional de intervenção na doença, não obstante ser uma actividade cultural e historicamente instituída. Sente-se a necessidade de estudar essa prática e iniciar um processo de reconhecimento da mesma tendo em vista capitalizar os valores positivos inclusive o estudo sobre as propriedades farmacológicas das plantas medicinais existentes no país.

A revisão da PFN e a elaboração de uma estratégia para o sector são também desafios para a vigência do PNDS 2012-2016 assim como propor e garantir um quadro jurídico compatível com os desafios que se apresentam ao SNS. Será pois necessário, por um lado, proceder a uma actualização do conjunto da legislação em vigor, adaptando ao contexto de desenvolvimento nacional e, por outro, identificar e propor legislações para questões ainda não suficientemente cobertas

Estratégias operacionais

1. Reforço da capacidade normativa, regulamentar e de registo da DGFM;
2. Estabelecimento de um quadro jurídico abrangente a todas as actividades do sector farmacêutico;
3. Institucionalização dum sistema de garantia de qualidade dos produtos farmacêuticos, em colaboração com a ARFA e outros parceiros;
4. Promoção de campanhas de sensibilização, educação e formação dirigidas aos consumidores e aos profissionais de saúde;
5. Combate ao mercado ilícito de medicamentos;
6. Adopção da Politica de genéricos.

Metas

1. Implementar a nova orgânica da DGFM, até finais de 2012;
2. Em 2013 rever a Política Farmacêutica Nacional e elaborar um Plano estratégico nacional para o sector;
3. A partir de 2013 ter em implementação a lei sobre a prescrição e dispensa de medicamentos;
4. Até fim de 2013 regulamentar o quadro jurídico sobre a contrafacção, venda ilícita e do mercado de importação paralela;
5. Até 2013 ter a lei sobre o sistema nacional de Farmacovigilância;
6. Ter, até finais de 2013, o recenseamento dos medicamentos e dispositivos médicos em circulação no território nacional;
7. Até fim de 2013 rever os procedimentos e operacionalizar o Serviço de Autorização de Introdução de Medicamentos no mercado (AIM);

8. Até 2014 elaborar o Formulário Nacional Terapêutico e proceder à regulamentação e publicação do Guia Farmacoterapêutico/Formulário Nacional Terapêutico;
9. Até fim de 2013 criar e implementar uma base de dados informatizada para a gestão do sector farmacêutico;
10. Em 2013 e 2014 ajustar a LNM e a LNME às necessidades e evolução do perfil epidemiológico do país;
11. Até finais de 2014 aprovar a lei que regula o exercício profissional da actividade farmacêutica;
12. Até fim de 2014 ter 100% dos medicamentos com AIM (Autorização de Introdução no Mercado);
13. Até 2015 ter os diplomas sobre Produtos de saúde;
14. Até fim de 2015 ter 50% de medicamentos com controlo de qualidade;
15. Até 2016 elaborar e implementar todos os diplomas legais para a promoção e adopção da Politica de genéricos;
16. Até 2016 elaborar uma farmacopeia nacional de plantas medicinais.

Intervenções

1. Implementar a orgânica da DGFM;
2. Rever e aprovar a Politica Farmacêutica Nacional e elaborar um Plano Estratégico para o sector farmacêutico;
3. Elaborar e implementar um pacote legislativo abrangente relativo a: prescrição e dispensa de medicamentos; produtos de saúde com prioridade para os dispositivos médicos; fitofarmacêuticos farmacovigilância; exercício da actividade farmacêutica;
4. Recensear os medicamentos e dispositivos médicos que circulam no mercado Cabo-verdiano;
5. Rever procedimentos relativos à AIM e operacionalizar o Serviço de Registo dos Medicamentos;
6. Implementar os instrumentos, normas e procedimentos legais necessários ao exercício da função reguladora do sector;
7. Formar um corpo nacional de inspectores farmacêuticos e programar inspecções regulares;
8. Colaborar com o INSP, ARFA e outras instituições na criação do Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade e na instituição de um Sistema de Garantia de Qualidade;
9. Regulamentar e publicar o Guia farmacêutico/Formulário Nacional Terapêutico;
10. Implementar em colaboração com os parceiros programas de sensibilização/reciclagem dos profissionais da saúde sobre as regras de prescrição e utilização dos medicamentos;
11. Realizar um estudo sobre o mercado ilícito de medicamentos em Cabo Verde;
12. Regulamentar e implementar o quadro jurídico sobre a contrafacção, venda ilícita e do mercado de importação paralela e organizar o combate ao mercado ilícito de medicamentos, em colaboração com os parceiros;
13. Criar uma base de dados do sector farmacêutico;
14. Regulamentar o funcionamento da farmácia hospitalar e do exercício da actividade farmacêutica no contexto hospitalar;
15. Regulamentar e implementar a legislação sobre Medicamento;
16. Promover e adoptar a Politica de Medicamentos Genéricos;
17. Proceder à regulamentação da Comissão Nacional de Medicamentos;
18. Rever a Lista Nacional de Medicamentos e a Lista Nacional de Medicamentos Essenciais;

19. Elaborar, regulamentar e publicar o Formulário Nacional Terapêutico;
20. Elaborar as normas de BPFarmacia, BPDistribuição e BPFabrico;
21. Participar na definição de estatutos para o Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade;
22. Iniciar o processo de reconhecimento legal do praticante de medicina tradicional;
23. Elaborar, com o apoio dos parceiros, a Farmacopeia Nacional de Plantas Medicinais.

Resultados esperados

1. A nova orgânica da DGFM implementada.
2. Comercialização de medicamentos regulamentada;
3. Exercício da actividade farmacêutica regulamentada;
1. Todos os medicamentos em circulação no país estão recenseados e registados;
4. Política de medicamentos genéricos elaborada e aprovada;
5. Comissão Nacional de Medicamentos regulamentada;
6. Formulário Terapêutico Nacional elaborado e divulgado;
7. Farmacopeia Nacional de Plantas Medicinais elaborada;
8. Farmácias funcionando de acordo com as normas de boas práticas;
9. Base de dados de gestão do sector farmacêutico operacional, em utilização compartilhada com os profissionais do ramo e entre as instituições;
10. Autorização de introdução no mercado (AIM) generalizada a todos os medicamentos.

Organismos e instituições responsáveis

1. Ministério da Saúde**:** DGFM, DNS, IGS,DGPG, Hospitais, RS Delegacias de Saúde, CNDS/INSP;
2. Parceiros nacionais**:** DGComércio, Ordem dos Médicos, Associação Nacional dos Farmacêuticos, Inpharma, Emprofac, ARFA, Policia Nacional, Câmaras Municipais, Alfandega, Correios, INPS; Associações de profissionais de saúde, Universidades;
3. Parceiros internacionais: OMS, OOAS, Escritório Comum NU/CV e cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Número de produtos recenseados/Número de pedidos de registo submetidos;
2. Percentagem de farmácias licenciadas em relação às vagas previstas;
3. Percentagem de estabelecimentos farmacêuticos inspecionados e em conformidade com a lei;
4. Percentagem de medicamentos com AIM;
5. Percentagem de medicamentos com controlo de qualidade;
6. Percentagem de legislação publicada com relação à prevista;
7. Leis e outros diplomas legislativos publicados em edições sucessivas do Boletim oficial;
8. Listas de medicamentos, LNM e LME, revistas e publicadas no B.O de dois em dois anos;
9. Comissão Nacional de Medicamentos com respectivo regulamento publicado no B.O;
10. Documento de Formulário e farmacopeia.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de actividades da DGFM e dos serviços;
2. Relatórios estatísticos (MS, INE);
3. Relatórios da Comissão Nacional de Medicamentos;
4. Relatórios de supervisão;

5. Boletim oficial da República de Cabo Verde;
6. Publicação de resultados de pesquisa relativa a problemas do sector farmacêutico;
7. Farmacopeia;
8. Formulário Nacional.

Sustentabilidade: Pontos fortes fracos

Pontos fortes

1. Vontade política para a implementação da reforma do sector farmacêutico;
2. Existência de uma PFN orientadora das actividades do sector farmacêutico;
3. Revisão recente dos diplomas sobre medicamentos e licenciamento de farmácias;
4. Existência de um serviço de inspecção;
5. Existência de um serviço de registo em desenvolvimento;
6. Existência de legislação sobre o licenciamento;
7. Revisão periódica das LNM e LNME.

Pontos fracos

1. Insuficiência de pessoal qualificado;
2. Falta de aplicação dos dispositivos de regulação do sector;
3. Falta de recursos financeiros próprios para acções de inspecção;
4. Insuficiência de recursos humanos (jurista);
5. Falta de incentivos (formação, financeiros, congressos) para a retenção de quadros no sector farmacêutico;
6. Limitações da capacidade de investigação, no sector.

Condicionantes ambientais

1. Resistência cultural à autoridade e à aplicação das leis;
2. Restrição de recrutamento na Função pública;
3. Limites do Orçamento do Estado.

Componente 3: Padronização e adequação do parque de equipamentos sanitários a cada tipo de estabelecimento e em função do nível respectivo de atenção

Situação actual

As estruturas sanitárias, para além dos edifícios, necessitam de um parque de equipamentos adaptado às funções esperadas dos serviços tendo em atenção o seu tipo e posicionamento na hierarquia da pirâmide sanitária.

Os equipamentos actualmente disponíveis nos estabelecimentos de saúde encontram-se, na sua generalidade, em fase avançada de utilização, por vezes acima do período de vida útil e incompletos em relação ao nível técnico previsto para os serviços.

Por outro lado, a dispersão e diversidade de marcas, de tipos e de origem dos aparelhos e instrumentos médico-sanitários em uso nos Centros de Saúde, Hospitais e outras estruturas de saúde caboverdianas constitui um constrangimento de peso para a utilização, a aquisição de consumíveis, a manutenção e peças de reposição dos equipamentos do SNS.

A padronização de equipamentos é particularmente pertinente para os serviços de laboratórios de análises clínicas, imagiologia, blocos operatórios e de urgências. Os problemas relacionados com a padronização dos equipamentos adquirem complexidade maior por falta de previsão de peças de reposição no processo de aquisição de do equipamento. A doação de equipamentos constitui um desafio no processo de padronização.

Nos últimos anos (PNDS 2008-2011) foram desenvolvidas várias iniciativas no sentido de diminuir a dispersão de marcas e modelos dos equipamentos, nomeadamente através de Planos de Aquisição Comum, na rede de laboratórios dos Hospitais Centrais da Praia e Mindelo, através de um processo comum e integrado de contratualização de equipamentos e manutenção tendo como contrapartida a aquisição de reagentes e consumíveis. Estas iniciativas envolvendo os laboratórios já são notáveis noutros laboratórios do país incluindo o sector privado.

Na área de radiologia esforços foram desenvolvidos para a padronização dos equipamentos, tanto na realização de exames como na impressão e disponibilização, sendo de destacar que todos os hospitais centrais e regionais possuem equipamentos da mesma marca, excluindo o HRSN. Por outro lado, os 5 CS de Boavista, Maio, Tarrafal, Mosteiros e Santa Cruz dispõem da mesma marca e modelo de aparelhos de Raios X digital. É ainda de referir que na maioria das estruturas de saúde do país a revelação de imagens foi substituída pela impressão digital. Assim, no processo de consolidação e de remodelação da rede de estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde,no quadro do PNDS 2012-2016, deve ainda ser desenvolvido um plano de aquisição padronizada de forma a dotar cada estrutura com os instrumentos, equipamentos e mobiliário, necessários ao funcionamento eficiente dos mesmos e à qualidade dos serviços a oferecer aos utentes, assim como procurar as melhores garantias de manutenção e reparação dos equipamentos.

Durante a vigência do PNDS está prevista uma carteira de investimentos para a aquisição de equipamentos e mobiliários sanitários para a rede de atenção primária no valor de 284 mil contos e para a rede de atenção hospitalar no montante de 1,1 milhão de contos. Ainda constituem desafios do PNDS uma dotação orçamental adequada para a aquisição de equipamentos e de peças de reposição e consequente formação dos utilizadores e dos técnicos de manutenção e o estabelecimento de contratos de manutenção como parte dos planos de aquisição. Deverá ser criado um Banco de Dados de todos os equipamentos existentes nas estruturas de saúde e por níveis de atenção, de modo a permitir uma gestão dos equipamentos a nível central e definir um Plano de amortização e substituição dos equipamentos. Da mesma forma propõe-se a elaboração de um Plano Plurianual de Aquisições que contemple todas as necessidades de substituição e de agregação de novas tecnologias tendo por base a defi-

nição e publicação das listas essenciais de tecnologias de saúde por níveis da rede e levando necessidades especiais e específicas da população. Para efeitos de uma boa gestão deve ser definida e implementada uma lista de indicadores de seguimento do acesso às tecnologias de saúde.

Estratégias operacionais

1. Adequação dos conteúdos funcionais de cada estrutura tipo e dos respectivos equipamentos;
2. Aquisição de equipamentos de acordo com padrões internacionais de transparência, segurança e qualidade;
3. Criação de um Banco de Dados integrado de todos os equipamentos do sector público da saúde;
4. Elaboração de um Plano de amortização dos equipamentos a nível nacional;
5. Elaboração de Plano Comum de Aquisições Plurianuais de equipamentos.

Metas

1. Criar, até ao fim de 2013 um Banco de Dados integrado de todos os equipamentos do sector público da saúde;
2. Definir, em 2014, o Plano de Amortização dos equipamentos do sector público de saúde;
3. Dispor, a partir de 2014, de listas padronizadas de equipamentos para os diferentes estabelecimentos de saúde, a rever regularmente;
4. Criar até finais de 2013, comissões técnicas de peritos por especialidade (utilizadores incluindo pessoas com deficiência, biomédicos, gestores,) responsáveis pela elaboração técnica do processo de aquisição dos equipamentos do SNS;
5. A partir de 2014 operacionalizar o Plano Comum de Aquisições Plurianuais de equipamentos.

Intervenções

1. Recensear e codificar os equipamentos e dispositivos médicos das estruturas de saúde;
2. Elaborar uma lista nacional de tecnologias de saúde (equipamentos e dispositivos médicos essenciais) para estruturas sanitárias do SNS;
3. Criar um Banco de Dados integrado para gestão dos equipamentos;
4. Criar uma plataforma de gestão integrada de equipamentos e imobilizados integrada no SIS;
5. Criar um Plano de Amortizações de equipamentos;
6. Criar por despacho as comissões técnicas de peritos por especialidade (utilizadores, biomédicos, gestores) responsáveis pela elaboração técnica do processo de aquisição dos equipamentos do SNS;
7. Definir um Plano de aquisições Plurianual;Integrar a formação rotineira dos utilizadores e técnicos biomédicos enquadrado no processo de aquisição dos equipamentos;
8. Equipar progressivamente os diferentes estabelecimentos de saúde em construção e preencher as necessidades das restantes estruturas.

Resultados esperados

1. Necessidades em equipamentos, instrumentos e mobiliário médico-hospitalar padrão, conhecidas e documentadas;
2. Estabelecimentos de saúde equipados progressivamente, segundo modelos constantes da lista de necessidades mínimas funcionais do SNS;

3. Conhecimento do parque tecnológico de equipamentos de saúde por estrutura e por nível de atenção;
4. Plano de Aquisições Plurianual elaborado, validado e divulgado

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de estabelecimentos de saúde equipados de acordo com o respectivo nível técnico;
2. Comissões técnicas de peritos institucionalizados;
3. Percentagem de aquisições realizadas com termos de referência elaborados pelas Comissões técnicas de peritos;
4. Percentagem de estruturas de saúde com equipamentos recenseados;
5. Percentagem de aquisições realizadas de acordo com o Plano de aquisições plurianual.

Meios de verificação e seguimento

1. Plano de Aquisições Plurianual ;
2. Relatórios das comissões técnicas de peritos;
3. Relatório do recenseamento de equipamentos.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política para melhorar a gestão das aquisições do SNS;
2. Experiencia de padronização na aquisição de equipamentos;
3. Colaboração dos profissionais de saúde na identificação das necessidades.

Pontos fracos

1. Ausência de Planos de amortização dos equipamentos;
2. Ausência de planos de aquisições plurianuais;
3. Dificuldades de acesso em tempo útil ao mercado de equipamentos sanitários;
4. Fraqueza institucional na elaboração de estudos técnicos e organização de concursos;

Condicionantes ambientais

1. Normas restritivas dos doadores na atribuição de financiamento para aquisição de equipamentos;
2. Dimensão do mercado nacional de saúde;
3. Pressões do mercado.

VII PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA E DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

Objectivos Gerais

1. Dispor de uma informação que permita monitorizar o estado de saúde da população e o desempenho do Serviço Nacional de Saúde;
2. Fomentar o desenvolvimento da investigação em saúde que permita melhorar as tomadas de decisão e a operacionalidade do SNS.

Objectivos específicos

1. Rever o funcionamento do Sistema de Informação Sanitária para apoio à tomada de decisões estratégicas, à gestão e ao planeamento;
2. Melhorar a vigilância integrada das doenças e a preparação das respostas a eventuais epidemias;
3. Desenvolver a investigação em saúde, particularmente a investigação operacional, com reflexo na melhoria do desempenho do SNS;
4. Melhorar a qualidade da informação sanitária disponível com base na desagregação por sexo, idade, região/local, deficiência e por categoria de patologias mais relevantes

Este programa compreende dois componentes:

1. **Sistema Integrado de Informação para a Saúde**
2. **Desenvolvimento da investigação em saúde**

Quadro Lógico de execução do Programa de Desenvolvimento do Sistema Integrado de Informação Sanitária e da Investigação em Saúde

Custos e fontes de financiamento

Componentes	Custos (mil ECV) por ano										Global		
	2012		2013		2014		2015		2016		Custo	Anunciado	A mobili-zar
	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado			
Total	18.559	15.000	52.845	61.812	41.951	80.000	60.025	80.000	51.866	30.000	225.245	266.812	

Componente 1: Sistema Integrado de Informação para a Saúde

Situação actual

O sistema de informação sanitária está submetido a um processo de informatização que vai ditar alterações importantes no seu modo de funcionamento.

Até 2011, as linhas de transmissão de dados dirigiam-se, dos estabelecimentos de saúde para as Delegacias de Saúde e destas, e dos hospitais, ao Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, ao Serviço de Vigilância Epidemiológica da Direcção Geral da Saúde e ao Serviço de Informação e Estatística do Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação (SIE/GEPC).

Em consequência da implementação da nova orgânica do Ministério da Saúde (MS), aprovada pelo Decreto-Lei n.º 39/2010, houve uma redistribuição das competências dos órgãos do Ministério:

- Ao Serviço de estudos, planeamento e cooperação (SEPC) integrado na nova Direcção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão (DGPOG) compete "*Organizar de acordo com a Lei de Bases do Sistema Estatístico Nacional e em coordenação com os diferentes serviços, organismos do MS e com o Instituto Nacional de Estatísticas, a produção e a divulgação dos indicadores estatísticos que interessam ao planeamento e seguimento dos sectores a cargo do MS"*;
- À DGPOG compete ainda "*Assegurar e coordenar a implementação de soluções informáticas a nível de todo o MS, privilegiando a instalação e desenvolvimento uniformes*".
- O SIE/GEPC que se responsabilizava pela informação referente à natalidade, morbilidade e mortalidade e que de certa forma centralizava toda a informação estatística, passou para a alçada da Direcção Nacional da Saúde (DNS), integrando com o anterior Serviço de Vigilância Epidemiológica o actual Serviço de Vigilância Epidemiológica e Investigação (SVEI). Este "*é o serviço responsável pelo conhecimento da situação epidemiológica do país, particularmente no tocante à informação sobre a prevalência e a incidência das afecções/doenças que atingem a população, por um lado e pela promoção e coordenação da investigação em saúde por outro*".

Assim, o SVEI compreende as áreas de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta, VID-R, incluindo a Rede Nacional de Laboratórios, RNL, particularmente na sua vertente de apoio à confirmação e investigação laboratorial de casos e surtos suspeitos de doenças potencialmente epidémicas ou alvo de erradicação/eliminação, de informação sobre a morbilidade, mortalidade e natalidade e sobre a prestação dos cuidados, bem como as doenças e situações sujeitas ao regulamento sanitário internacional.

Tem em vias de integração a informação sobre a prestação de cuidados pelos serviços de Saúde Reprodutiva. O IDSR II realizado em 2005, um instrumento com interesse para o sector da saúde em particular para os serviços de SR, necessita ser actualizado para uma avaliação do impacto das acções desenvolvidas nos últimos anos. É da competência do INE a realização do IDSR cabendo ao MS um papel importante na dinamização da operacionalização do processo.

As informações sobre a rede de infra-estruturas, dos recursos humanos e financiamento encontram-se centralizadas na DGPOG. Em 2011 foram elaboradas as Contas Nacionais de Saúde referentes aos exercícios dos anos 2008 e 2009.

A informação sobre a gestão dos medicamentos compete à Direcção Geral de Farmácias e Medicamento que anualmente elabora quadros de despesas de consumo de medicamentos por concelhos, ilhas, hospitais e Delegacias de Saúde.

Desde 2004 o Ministério da Saúde produz um relatório estatístico anual.

A inexistência de uma coordenação sistemática tem dificultado a gestão do SIS, particularmente o fluxo regular da informação e a padronização dos relatórios, pelo que muitas vezes faltam informações consideradas necessárias à definição clara e completa da situação e ao apoio aos processos de planificação, gestão da saúde e de avaliação.

Quanto aos recursos humanos para o funcionamento do SIS constata-se uma carência, generalizada a todas as estruturas, de técnicos de saúde em especial nas áreas de estatística, epidemiologia e informática.

O PNDS 2008-2011 apontava como desafio recriar e garantir o funcionamento dum sistema de informação unificado, capaz de reunir os dados sobre a situação sanitária do país e produzir informações para uma gestão baseada sobre os factos.

Visando a materialização desse desafio, encontra-se em desenvolvimento o projecto de Sistema Integrado de Saúde (SIS) conforme acordo assinado em 2010 entre o MS a OMS e o NOSI (Núcleo Operacional para a Sociedade de Informação). Os objectivos assinalados no referido acordo são:

- Concepção e implementação dos módulos do SIS de maneira integrada;
- Implementação em todas as estruturas de saúde dos módulos de Morbilidade, Imunização, Pré-natal, Sida, Paludismo e acompanhamento de doenças febris;
- Concepção e implementação dos módulos de Nascidos-vivos, Farmácia, gestão hospitalar e dos Centros de Saúde;
- Contribuir para a concepção, desenho, implementação e manutenção do Observatório Nacional de Saúde e fazê-lo um instrumento de monitoramento e avaliação;
- Apoiar a concepção de uma Sala de Situação.

No processo de gestão da informação sanitária a criação de um "Observatório de saúde" deverá facilitar o acompanhamento do desempenho do sector da saúde, em estreita articulação com o INE e em rede com os observatórios regionais de saúde da OMS. Este Observatório deverá ser integrado no INSP no âmbito da implementação deste.

O processo de reestruturação e integração efectiva do SIS e as responsabilidades das diferentes áreas devem ser objecto de uma clara definição e implementação, incluindo os seus mecanismos de gestão e articulação, como previsto na Politica Nacional de Informação Sanitária.

Estratégias operacionais

1. Reestruturação, regulamentação e coordenação do SIS;
2. Reforço da capacidade do sistema e do seu desempenho;
3. Desenvolvimento do sistema de informação geográfica aplicado à saúde.

Metas

1. Rever a politica nacional de informação sanitária em 2013;
2. Regulamentar o SIS até o fim de 2013;
3. 100% de relatórios e notificações com informação completa e correcta a partir de 2013;
4. Ter em todas as Delegacias de Saúde técnicos capacitados na gestão da informação até o fim de 2014;
5. Carta Sanitária elaborada em 2014;
6. Ter operacionalizada uma "sala de situação" do SIS até finais de 2012;
7. Ter regulamentado e em implementação o Observatório de Saúde a partir de 2013
8. Ter gestores, nacional e por áreas de SIS nomeados até finais de 2013;
9. Ter a rede de estruturas de saúde (hospitais e centros de saúde) informatizada com os principais módulos de gestão de informação para a saúde instalados até finais de 2013.

Intervenções

1. Instalar a sala de situação do SIS;
2. Continuar a implementação do Projecto Sistema Integrado de Saúde;
3. Elaborar normas de funcionamento do SIS e definir os mecanismos de seguimento e avaliação;
4. Criar um serviço/ unidade de estatística e epidemiologia em todos os serviços desconcentrados;
5. Realizar cursos de capacitação de pessoal em estatística, epidemiologia e informática;
6. Seleccionar e publicar os indicadores sanitários essenciais que permitam apoiar o planeamento, a monitorização e avaliação dos programas de saúde;
7. Elaborar e actualizar periodicamente os limiares epidémicos para detectar precocemente as afecções e doenças prioritárias e outras situações de risco;
8. Elaborar ou rever e implementar suportes de recolha, tratamento e transmissão de dados;
9. Elaborar a cartografia da oferta de serviços e a informação geo-referênciada em 2014;
10. Definir no quadro da legislação estatística os mecanismos de colaboração com o INE;
11. Publicar um relatório estatístico global anual;
12. Publicar boletins e relatórios periódicos de retroinformação;
13. Apoiar a realização de inquéritos e estudos em situações de risco;
14. Elaborar/actualizar os manuais de procedimentos técnicos;
15. Definir os mecanismos institucionais de articulação intersectorial em particular no âmbito da implementação do RSI 2005;
16. Definir juntamente com o CNDS/INSP um plano de informação dirigido à população em geral e grupos específicos sobre as doenças prioritárias e outros riscos sanitários
17. Mobilizar conjuntamente com o INE recursos para apoiar a realização do IDSR III;
18. Colaborar nas actividades de preparação do IDSR III;
19. Actualizar a Carta Sanitária.
20. Apoiar a definição do quadro regulamentar para o funcionamento do Observatório de Saúde.

Resultados esperados

1. Sistema de Informação Sanitária integrado e operacional;
2. Relatórios estatísticos elaborados em tempo e completos;
3. Informação elaborada e utilizada nos locais e níveis de produção.
4. Disponibilidade de informações fiáveis para a elaboração de indicadores de seguimento e avaliação do PNDS, dos diversos programas de saúde e dos ODM;
5. Sala de situação do SIS instalada;
6. Hospitais e CS integrados no Projecto sistema integrado de saúde;
7. Carta Sanitária actualizada;
8. Observatório de Saúde criado.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério de Saúde: /DNS/Serviço de Vigilância e Investigação, programas de Saúde Publica, DGPOG, DGFM, CNDS, Hospitais, Delegacias de Saúde;
2. Parceiros nacionais: Ministério Finanças,INE, NOSI, Serviço Nacional da Protecção Civil, DGAgricultura Silvicultura e Pecuária, ONGs;
3. Parceiros internacionais: OMS, OOAS.

Indicadores de avaliação

1. Disponibilidade de Regulamentos do SIS;
2. N.º de cursos e seminários realizados;

3. Percentagem de Delegacias de Saúde com técnicos de estatística ou de epidemiologia;
4. Relatórios estatísticos de saúde anualmente elaborados e publicados;
5. Publicação da Carta Sanitária;
6. Percentagem da pontualidade e totalidade dos relatórios estatísticos e epidemiológicos.

Meios de verificação e seguimento

1. Agenda e actas das reuniões de coordenação do SIS;
2. Relatórios estatísticos do MS;
3. Relatórios de actividades dos serviços.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de uma vontade política;
2. Ampla cobertura doSIS;
3. Existência de uma lista de indicadores(ODM, DECRP, Programas);
4. Disponibilidades de informação nas formações sanitárias;
5. Existência de instrumentos de recolha de dados;
6. Projecto de informatização das estruturas do Ministério da Saúde.

Pontos fracos

1. Carência de recursos humanos responsáveis pelo SIS;
2. Existência de circuitos paralelos do fluxo da informação;
3. Eventuais resistências à integração dos subsistemas;
4. Fraca percepção da composição e da utilidade dos dados do SIS;
5. Fraca fiabilidade das causas de mortalidade e morbilidade;
6. Supervisão insuficiente.

Condicionantes ambientais

1. Restrições orçamentais;
2. Extensão nacional das tecnologias de informação e comunicação;
3. Integração no Sistema Estatístico Nacional.

Componente 2: Desenvolvimento da Investigação em Saúde

Situação actual

A Lei de bases do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 41/VI/2004 de 05 de Abril) inscreve a investigação, no seu artigo 22º, realçando que, em particular, a investigação aplicada constitui uma prioridade para a Saúde, devendo ser promovida e encorajada junto dos profissionais do sector.
A Política Nacional de Saúde, aprovada em 2007, aponta para a necessidade de se desenvolver mecanismos institucionais de suporte e promoção da investigação no país, privilegiando os de coordenação, da observância da ética e de ligação entre os serviços existentes, no sentido de:

1. Fomentar nos profissionais de saúde o desenvolvimento do espírito sistemático de investigação como um meio de actualizar os conhecimentos e melhorar as aptidões individuais;
2. Promover a investigação de sistemas de saúde, a todos os níveis, como um instrumento de aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde e das relações com os outros sectores intervenientes;
3. Criar condições para o desenvolvimento e suporte à investigação biomédica, como forma de aumentar as aptidões dos investigadores, reforçar os conhecimentos sobre as situações que afectam a população e como melhor adequar as intervenções dos profissionais e do sistema a essas situações;
4. Estabelecer ligações com as instituições universitárias nacionais e com centros de investigação regional e mundial, para garantir um suporte técnico e de procedimentos às pesquisas que vierem a ter lugar;
5. Dotar o país de uma comissão de ética para a investigação em saúde.

O Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde, abreviadamente designado CNEPS, criado em 2007, é uma entidade autónoma e independente, multisectorial e multidisciplinar, que assegura a salvaguarda da dignidade, dos direitos, da segurança e do bem-estar de todos os potenciais participantes em pesquisas para a saúde e é constituído pelos seguintes elementos:

- Representante da Ordem dos Médicos de Cabo Verde;
- Representante do Ministério da Saúde;
- Representante da Ordem dos Advogados de Cabo Verde
- Representante da Comissão Nacional dos Direitos Humanos e Cidadania
- Representante da Universidade de Cabo Verde
- Representante das Confissões Religiosas (Igreja Católica)
- Representante da Plataforma das ONGs

Apesar de não existir até o momento uma agenda estratégica de investigação em Saúde, o assunto tem constituído uma preocupação nacional, traduzida na realização, particularmente a partir de 1990, de vários inquéritos da saúde pública (epidemiológicos, comportamentais e de cobertura de serviços, como por exemplo os IDSR I e II, IDNT, entre outros), visando a recolha de informação sobre o estado de saúde da população, como base para a definição das políticas e estratégias para a melhoria da saúde da população cabo-verdiana.

Para além do sector saúde, desde o período pós independência, várias instituições vêm realizando, com regularidade, actividades de investigação científica e tecnológica de relevância para o sector da saúde (INE, Universidades, entre outros).

Em 1999, o Governo aprovou o Estatuto do pessoal investigador, através do Decreto-Legislativo nº 2/99, visando a coordenação das actividades de investigação e a gestão optimizada dos recursos, carecendo ainda de regulamentação para o sector da saúde.

A actual Lei orgânica do Ministério da Saúde, de Setembro de 2010, atribui de forma explícita, responsabilidades de pesquisa em saúde aos seguintes serviços:

- O Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS) que é um serviço vocacionado para a coordenação multisectorial das acções subjacentes ao desenvolvimento sanitário e para a promoção e realização de projectos de investigação aplicada ao desenvolvimento sanitário;
- Direcção Nacional de Saúde e Direcção Geral da Farmácia e do Medicamento.

Por seu lado, a lei que enquadra os Hospitais Centrais, de Dezembro de 2005, no seu artigo 4º, alínea f, atribui aos Hospitais Centrais a função de colaborar no ensino e na investigação científica, em diferentes áreas de interesse para o país , designadamente através da realização de internatos médicos e de cursos e estágios para profissionais da saúde.

O Laboratório de Análises Clínicas do Hospital Central Dr Agostinho Neto, na sua vertente de saúde pública, vem desempenhando o papel de Laboratório de Referência Nacional e, embora com alguma limitação, possui algumas condições técnicas para apoiar investigações clínicas e epidemiológicas. O Laboratório do VIH/SIDA do HAN tem respondido às exigências dos inquéritos nacionais de seroprevalência do VIH na população, como ficou demonstrado em 1989 e 2005.

As carreiras médica e de enfermagem (B.O Nº 38, de 7 de Novembro de 1995), consagram a investigação como um dos ramos das carreiras, embora, ainda, nada esteja regulamentado.

Outros organismos têm desenvolvido projectos/inquéritos de pesquisa em saúde na população em colaboração com o Ministério da Saúde, nomeadamente:

- Instituto Nacional de Estatística, INE, organismo responsável pela realização de Inquéritos Demográficos e de Saúde Reprodutiva;
- Instituto Cabo-verdiano da Criança e do Adolescente, ICCA, e a FundaçãoCabo-verdiana da Solidariedade, FCS;
- Comité de Coordenação do Combate à Sida, CCS-SIDA;
- Comité de Coordenação do Combate à Droga, CCCD;
- Ministérios de Educação e Ensino Superior;
- Universidades e Escolas Superiores;
- Institutos tais como INGRH, o INIDA, Instituto de Meteorologia, etc.;
- ONGs, como Associação Zé Moniz, VerdeFam, e outras;
- Organismos de cooperação bilateral e multilateral , OMS, UNICEF, etc., em parceria com entidades Nacionais.

Apesar dos princípios, estratégias ou directrizes fixados, na prática impõe-se uma melhor clarificação da prioridade atribuída à investigação entre os programas de saúde e uma redefinição das atribuições de cada uma dessas instituições envolvidas na investigação. Deve-se eleger como rotina que as pesquisa

em saúde incluam as pessoas com deficiência em suas amostras populacionais utilizando a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade saúde (CIF) como parâmetro.

Em 2012, foi decidida a elaboração de uma Agenda de prioridades de Investigação em Saúde no país, sob a coordenação do actual CNDS.

Estratégias operacionais

1. Definição de mecanismos de coordenação interna das acções de investigação;
2. Incorporação de pessoas com deficiência em todas as pesquisas em saúde utilizando a classificação internacional (CIF)
3. Desenvolvimento de acções de capacitação dos profissionais de saúde para a pesquisa e investigação;
4. Criação de mecanismos e de incentivo para a realização de acções de investigação;
5. Difusão e valorização dos resultados das actividades em matéria de investigação;
6. Estímulo a parcerias entre associações de profissionais e instituições de pesquisa e universidades para o desenvolvimento de pesquisas sobre a saúde
7. Garantia de padrões elevados de ética na pesquisa em saúde;
8. Dinamização do centro de documentação da saúde.

Metas

1. Elaborar em 2013 a agenda de prioridades nacionais de investigação em saúde;
2. A partir de 2014 ter pessoas com deficiência incluídas nas pesquisa de saúde;
3. Elaborar, ate finais de 2013, o plano nacional de investigação em saúde;
4. Realizar a partir de 2013, um curso anual para os profissionais de saúde sobre metodologia de investigação em saúde;
5. Atingir 2% do orçamento do sector da saúde para a investigação, até finais de 2016;
6. Criar, até finais de 2014, um fundo de apoio financeiro à investigação.

Intervenções

1. Criar núcleos dinamizadores da investigação em saúde no país;
2. Elaborar uma “agenda nacional para a investigação em saúde”;
3. Elaborar o Plano Nacional de Investigação em Saúde;
4. Criar um fundo de apoio financeiro à investigação em saúde aberto à contribuição dos parceiros;
5. Regulamentar o estatuto do investigador para o sector de saúde;
6. Realizar actividades de formação dirigidas aos profissionais de saúde em investigação em saúde;
7. Criar um Boletim periódico de divulgação dos resultados da investigação e divulgar os boletins no site do MS e outros canais de comunicação;
8. Criar um prémio para galardoar o melhor trabalho de investigação na área da saúde em cada ano;
9. Estabelecer parcerias com organizações públicas e privadas para uma subvenção para trabalhos de investigação;
10. Apoiar a publicação de trabalhos de investigação nacionais classificados com interesse para o desenvolvimento dos serviços de saúde de Cabo Verde;

11. Dinamizar o Centro de Documentação (do CNDS/INSP), incluindo a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-CV);
12. Divulgar o *site* da BVS-CV, junto de potenciais utilizadores (profissionais de saúde, estudantes universitários, etc.);
13. Consolidar as "Bibliotecas Azuis" ao nível das estruturas de Saúde;
14. Reforçar a nível nacional a divulgação do CNEPS junto das instituições de ensino e pesquisa e dos serviços de saude;
15. Reforçar os meios necessários para o normal funcionamento do CNEPS.

Resultados esperados

1. Disponibilidade de um quadro clarificado e coordenado, para a promoção da investigação;
2. Disponibilidade de uma agenda e de um plano nacional para a investigação em saúde;
3. Profissionais de saúde formados e motivados para a investigação;
4. Respeito aos padrões éticos na pesquisa e investigação;
5. Centro de Documentação funcional e utilizado;
6. Boletim de divulgação de informação científica em saúde criado e publicado;
7. Estatuto de investigador regulamentado para a área de saúde;
8. Meta de financiamento da investigação em saúde alcançada;
9. Fundo de apoio financeiro criado e funcional.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde:CNDS/INSP; DNS; DGPOG, DGFM;
2. Parceiros nacionais: Instituições de Ensino Superior e de investigação; Associações profissionais de saúde; Sector privado da saúde, ONG´s; ARFA; DGASP; INIDA; INGRH;
3. Parceiros internacionais: OMS, Escritório Comum das Nações Unidas/Cabo Verde, OOAS, CPLP, IANPHI, cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Regulamentação do estatuto de investigador;
2. Agenda de investigação em saúde;
3. N.° de cursos de capacitação realizados;
4. Percentagem do OGE para a investigação;
5. Percentagem de projectos de investigação, avaliados pelo CNEPS;
6. Nº de projectos de investigação submetidos e realizados;
7. Nº de boletins publicados.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios de cursos de capacitação sobre investigação;
2. Relatório do CNDS/INSP;
3. Publicações dos boletins;

4. Agenda e acta das reuniões do CNEPS;
5. Agenda de investigação em saúde;
6. Relatório sobre utilização Centro de documentação e site.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Interesse dos profissionais de saúde para a investigação;
2. Reafirmação por todos os países membros da OMS da importância da investigação e o seu empenho em promovê-la conforme ["Investigação em saúde: Agenda para a Região Africana(AFR/RC56/14)];
3. Criação de Grupos de Trabalho para elaboração de uma agenda de investigação em saúde;
4. Interesse de empresas privadas no incentivo dos profissionais de saúde, criando prémio de pesquisa e investigação;
5. Existencia do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde, como uma entidademultisectorial e multidisciplinar;
6. Maior acesso à informação científica através da Internet (BVS-CV).

Pontos fracos

1. Inexistência de uma "agenda nacional para a investigação em saúde";
2. Deficiente coordenação das actividades de investigação em saúde;
3. Fraca cultura de investigação no seio dos profissionais;
4. A investigação em saúde não é contemplada na carga horária de trabalho no sector público.

Condicionantes ambientais

1. Constrangimentos orçamentais, como factor negativo;
2. Desenvolvimento de instituições universitárias, como factor positivo.

VIII DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Objectivo Geral

1. Reforçar as capacidades institucionais de regulação, gestão e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS);
2. Reforçar o papel de liderança do MS na integração de políticas de saúde nas políticas públicas e na assunção dos compromissos do país em matéria de saúde nos diferentes fóruns internacionais.

Objectivos específicos

1. Melhorar o quadro organizacional do Ministério da Saúde aumentando as capacidades de administração e gestão dos serviços de saúde;
2. Dinamizar as ações de intersectorialidade a favor da saúde;
3. Participar na elaboração das políticas públicas afins ao sector da saúde;
4. Adequar o quadro legal com desenvolvimento da função reguladora e de controlo do MS;
5. Desenvolver os mecanismos necessários para as ações de complementaridade público-privado na saúde;
6. Mobilizar recursos para a criação do Instituto Nacional de Saúde (INSP);
7. Criar os mecanismos necessários para a administração, coordenação e seguimento da implementação do PNDS.

O Programa de desenvolvimento da liderança e governação do SNS compreende os seguintes componentes:

1. **Melhoria do quadro organizacional do Ministério da Saúde;**
2. **Adequação do quadro legal com desenvolvimento da função reguladora e de controlo do Ministério da Saúde;**
3. **Parcerias e complementaridade Público-Privado na saúde;**
4. **Criação do Instituto Nacional de Saúde Pública(INSP);**
5. **Administração, coordenação e seguimento da implementação do PNDS 2012-2016.**

Quadro Lógico de execução do Programa de Desenvolvimento da Liderança e Governação do SNS

Custos e fonte de financiamento por componente

Componentes	Custos (mil ECV) por ano										Global		
	2012		2013		2014		2015		2016		Custo	Anunciado	A mobili-zar
	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado			
Melhoria do quadro organizacional do Ministério da Saú-de	50		900		10.500		19.750		18.000		49.200		
Adequação do quadro legal com desenvolvimento da função regula-dora e de controlo do MS	0		3.500		2.000		1.000		0		6.500		
Parcerias e com-plementaridade Público-Privado na saúde	1.500		2.150		3.500		600		1.800		9.550		
Criação do Instituto Nacional de Saúde Pública	2.100		21.450		25.000		30.000		30.000		108.550		
Administração, coordenação e seguimento do PNDS 2012-2016	600		750		1.050		750		1.050		4.200		
Total	4.250	46.658	28.750	49.487	43-050	50.337	52.100	111.208	51.850	337.101	180-000	594.793	

Componente 1: Melhoria do quadro organizacional do Ministério da Saúde

Situação actual

O programa de racionalização de estruturas no quadro da reforma da administração pública, em curso, tem chamado a atenção para algumas características que podem dificultar o bom desempenho dos serviços. Assim, apontam-se aspectos relacionados com a duplicação na actuação em áreas idênticas, elevado nível de dispersão funcional e áreas de intervenção e actividades às quais não estão atribuídos recursos de que resulta uma perturbação na sua efectividade.

Com frequência se aponta, no quadro organizacional dos Serviços de Saúde, alguma indefinição nas funções e programas que podem levar a conflitos de competência ou omissão de acção.

Em 2010 foi adoptada uma nova orgânica do Ministério da Saúde que criou a Direcção Nacional de Saúde, a Direcção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão (DGPOG), a Direcção Geral de Farmácia e Medicamento e a Inspecção Geral de Saúde. A orgânica não foi ainda implementada na sua totalidade.

Constituíram como principais intervenções da IGS, auditorias e fiscalizações que têm funcionado com equipas *ad hoc*.

Em algumas estruturas de saúde foi iniciado o processo de implementação de uma plataforma de gestão informática de dados e procedimentos, com o apoio do NOSi. Esta plataforma permite a gestão da informação relacionada com o utente, a gestão de stock e de medicamentos, entre outras.

Uma gestão deficiente nos serviços públicos de saúde e a inadequação quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde impedem uma eficiente gestão operacional do SNS.

A Carta Sanitária de Cabo Verde, elaborada em 1998, apontava a necessidade de reorganização dos serviços de saúde por via da sua regionalização, propondo a criação de distritos/regiões sanitários, englobando um certo número de Delegacias de Saúde próximas, como instância de coordenação intersectorial, intermunicipal e entre os dois níveis, central e local, da administração sanitária.

Pelo Decreto-Lei nº 58/2006 foi criada a Região Sanitária Santiago Norte, como experiência piloto, no quadro do processo de reforma do sector da saúde. Inserido nesta região foi construído o Hospital Regional Santiago Norte Dr Santa-Rita Vieira.

O sistema de informação sanitária, apesar de algumas melhorias verificadas nomeadamente a nível da informação da mortalidade e da vigilância epidemiológica, ainda não funciona como sistema único, o que torna a sua interligação difícil e conduz a uma consequente dispersão de recursos e esforços, bem como reduz a meras pontualidades a sua ligação com a gestão. Por outro lado não integra todas as informações consideradas como essenciais.

A informatização progressiva dos serviços é já uma realidade, aliada à estratégia de governação electrónica levada a cabo pelo Governo através do Núcleo Operacional para a Sociedade de Informação. Projectos de Telemedicina foram elaborados ou estão em discussão.

No quadro de implementação do PNDS, coloca-se o desafio de reestruturar o Ministério da Saúde de maneira a assegurar uma definição clara das funções de cada departamento, nos diferentes níveis, tendo em vista uma maior racionalização e desempenho das estruturas e a necessidade da coordenação de acção das mesmas. Uma nova orgânica é proposta para o Ministério da Saúde.

No âmbito da reforma das estruturas de saúde prevê-se, na vigência do PNDS 2012-2016, a criação do Instituto Nacional de Saúde (INSP) que poderá congregar algumas atribuições actualmente assumidas por outros serviços, nomeadamente de investigação, de vigilância sanitária e epidemiológica. A rede de distribuição de medicamentos para o sector público da saúde até aqui assumida pela DGFM, passará a

ser da responsabilidade da EMPROFAC, considerando as suas disponibilidades, a existência de uma cadeia de distribuição operacional e experiente.

Novas Regiões Sanitárias serão criadas para congregar as Delegacias de Saúde de sua área de coordenação. A Carta Sanitária com 15 anos de existência deverá ser actualizada e adequada aos novos desafios do SNS.

A nível da DGPOG estão em processo de criação as direcções de serviços nomeadamente, Serviços de Gestão de Recursos Humanos, Serviços de Gestão Financeira e Patrimonial.

O PNDS deve dar as orientações estratégicas para a materialização dos objectivos do Programa do Governo para o sector da saúde : "o aumento e a universalização do acesso aos serviços de saúde; a melhoria do atendimento e o conforto dos utentes; a diminuição do tempo de espera; e a diversificação dos cuidados de saúde".

Neste sentido, a melhoria da qualidade das intervenções, em cada estrutura e em cada nível, constitui um aspecto fundamental da reforma do sector pelo que deverão ser reforçadas as acções que visam melhorar a governação clínica (adopção de protocolos de atendimento e terapêuticos) e a gestão de serviços centrada nas pessoas (dignidade, humanização), a capacitação dos RH no geral e em particular para a gestão da qualidade em saúde e a inclusão dos indicadores de qualidade dos serviços e cuidados no SIS e no sistema de avaliação de desempenho dos serviços. .

Assim, prevê-se a criação de uma Direção/Serviço da Qualidade, assim como o desenvolvimento de um programa nacional nesta área, com o respectivo enquadramento orgânico e funcional.

No contexto do programa de reforma de Estado propõe-se a criação de uma Inspecção Geral de Estado, em que a área de saúde seria integrada, podendo para o exercício de suas atribuições requisitar peritos aos serviços públicos.

Por experiência comparada, a Provedoria do utente será desenvolvida no seio do Ministério da Saúde como um órgão privilegiado de recurso, para a comunicação e resposta às reclamações dos utentes. A instalação destes serviços deve ser estimulada em todos os hospitais, centrais e regionais.

A fim de minimizar os problemas relacionados com as indefinições de funções e programas, torna-se necessário regular/regulamentar as responsabilidades e competências sobre o seguimento, integração das recomendações e medidas resultantes de avaliações e evidências de boa governação dos serviços de saúde.

Estratégias operacionais

1. Avaliação, eventual revisão e regulamentação da estrutura orgânica do MS;
2. Definição de normas e procedimentos de coordenação técnica e administrativa no seio do MS a diferentes níveis;
3. Criação de um quadro privativo da carreira de técnicos superiores de saúde por níveis, funções;
4. Criação de um quadro privativo para os cargos de direcção técnica;
5. Melhoria dos mecanismos de coordenação das intervenções dos parceiros do desenvolvimento sanitário nacionais e internacionais;
6. Aceleração e reforço de gestão da informação, conhecimentos e do processo de informatização em curso, dos serviços;
7. Estabelecimento de um plano de comunicação dirigido aos profissionais de saúde e ao público.
8. Formação contínua dos gestores dos serviços de saúde em administração, estatística e gestão da saúde;
9. Desenvolvimento do Programa Nacional de qualidade em saúde e criação de uma direção/serviço;
10. Constituição de um quadro institucional de seguimento e avaliação do PNDS;

Metas

1. Avaliar a estrutura orgânica do MS até finais de 2013;
2. Ter a inspecção da saúde plenamente funcional a partir de 2013;
3. Criar e implementar as regiões sanitárias de Santo Antão em 2013/2014 e de Fogo e Brava em 2014/2015;
4. Actualizar e publicar a nova Carta Sanitária até o fim de 2013;
5. Institucionalizar a conferência nacional de saúde, a partir de 2013;
6. Criar a provedoria de utentes, a partir de 2013;
7. Ter implementada a carreira para os técnicos superiores de saúde até 2016;
8. Ter implementada a carreira para os cargos de direcção técnica até 2014;
9. Ter elaborado e em implementação o plano de comunicação do MS até 2014;
10. Ter elaborado e em implementação o plano de formação contínua dos gestores de saúde a partir de 2014.
11. Ter até fim de 2013, uma Direção/Serviço da Qualidade em saúde;
12. Ter a partir de 2014, em implementação, um Programa nacional de qualidade em saúde.

Intervenções

1. Avaliar, rever, regulamentar e implementar a estrutura orgânica do Ministério da Saúde;
2. Fazer uma análise sobre as condições ambientais (pontos fortes e fracos) para a implementação das mudanças institucionais e operacionais no Ministério da Saúde;
3. Definir o quadro legal, instalar e reforçar as capacidades da Inspecção-geral de Saúde;
4. Criar a provedoria do utente da saúde;
5. Rever a regulamentação do sector privado da saúde com vista à delimitação de competências com o sector público;
6. Organizar periodicamente a conferência nacional de saúde, como mecanismo de coordenação das parcerias no sector saúde;
7. Criar os mecanismos de seguimento e avaliação do PNDS e dos respectivos planos operacionais;
8. Actualizar e publicar o conjunto de normas e procedimentos de funcionamento dos serviços;
9. Criar as condições humanas, técnicas e financeiras para o funcionamento da Região Sanitária de Santo Antão;
10. Criar as condições humanas, técnicas e financeiras para o funcionamento da Região Sanitária de Fogo e Brava;
11. Actualizar a Carta Sanitária;
12. Formar gestores para os diferentes níveis do SNS;
13. Elaborar e implementar um plano nacional de telemedicina/telessaúde e respectivo suporte legal;
14. Compilar, completar e publicar as leis e normas do sector da saúde;
15. Propor a criação do quadro privativo de carreira de técnicos superiores de saúde;
16. Propor a criação do quadro privativo para cargos de direcção técnica;
17. Elaborar e implementar o plano de comunicação do Ministério da Saúde;
18. Definir o quadro conceptual e implementar o Observatório nacional de saúde;
19. Assegurar as condições materiais e financeiras para o funcionamento da CNEPS;
20. Criar a Direção/Serviço da Qualidade em saúde

21. Mobilizar recursos para a implementação do Programa Nacional de qualidade em saúde.

Resultados esperados

1. Leis e normas do sector da saúde compiladas e publicadas.
2. Carta sanitária publicada;
3. Provedoria do utente funcional;
4. Comunicação interna e externa melhorada;
5. Conferência nacional da saúde institucionalizada;
6. RS de Santo Antão e de Fogo e Brava criadas e funcionais;
7. Capacidade de inspecção e de fiscalização reforçadas;
8. Capacidade de gestão e planeamento melhorada;
9. Serviços com gestão de qualidade institucionalizada;
10. Carreiras de técnicos superiores de saúde e de cargos de direcção implementadas;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde:DGPOG; DGFM; DN Saúde; CNDS/INSP; DS, RS, Hospitais;
2. Parceiros nacionais: Administração Pública; Descentralização e Ordenamento do território; Ministério das Finanças e Planeamento; Unidade de Coordenação da Reforma do Estado; Câmaras Municipais; NOSI;
3. Parceiros Internacionais: OMS, Escritório Comum das NU/CV, Cooperação bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Diploma/regulamentos da nova Lei Orgânica do MS;
2. Documento de Carta Sanitária;
3. Orçamento de funcionamento das Regiões Sanitárias de Santo Antãoe de Fogo e Brava;
4. Nº de Conferências Nacionais de Saúde realizadas;
5. Existência de um programa de qualidade em saúde;
6. Nº de serviços/estruturas com gestão de qualidade institucionalizada.

Meios de verificação e seguimento

1. Relatórios dos diferentes departamentos e instâncias do Ministério da Saúde;
2. Publicação de diplomas;
3. Relatórios de actividades do MS;
4. Orçamento do MS;
5. Relatório a meio percurso do PNDS.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de uma vontade política;
2. Implementação do processo de modernização e reforma da Administração Pública.
3. Experiência acumulada do sector da saúde

Pontos fracos

1. Resistências internas ou apatia no que se refere às mudanças;
2. Fraca disponibilidade de recursos humanos adequados;
3. Dificuldade de implementação das decisões;
4. Inexistência de indicadores de qualidade no SIS.

Condicionantes ambientais

1. O processo de Reforma da Administração Pública pode condicionar a estrutura orgânica do Ministério da Saúde.

Componente 2: Adequação do quadro legal e desenvolvimento da função reguladora e de controlo do Ministério da Saúde

Situação actual

A função reguladora é exercida pelo Governo através do membro do Governo responsável pela área da Saúde com o apoio dos serviços que dele dependem e pelas autoridades de saúde, competindo-lhes, em especial, o planeamento estratégico do SNS, e a coordenação dos elementos que o integram, com o concurso, sempre que necessário, de outros departamentos governamentais com influência na saúde das populações (Lei de Bases de Saúde, 2004).

As bases gerais para o funcionamento do SNS foram estabelecidas na Lei de Bases de Saúde (Lei n.º 41/VI/2004) que reconhece a natureza multi-sectorial das questões relativas à saúde, e define que o Serviço Nacional de Saúde é constituído por todas as entidades públicas ou privadas que desenvolvem actividades de Promoção, Protecção, Prevenção, Tratamento e a Reabilitação da doença na área da saúde. O SNS integra diferentes níveis de responsabilidade, a administração central, as autarquias e outras entidades que asseguram o direito à saúde da população e, em particular, a prestação de cuidados de saúde adequados às suas necessidades.E ainda define como "Autoridades de Saúde", os órgãos e serviços do Estado que, a nível nacional, concelhio e local, têm por função a defesa da saúde pública e a vigilância das decisões de outras entidades nesta matéria.

A actual estrutura orgânica do Ministério da Saúde foi aprovada em 2010 pelo Decreto-Lei n.º 39/2010 que entre outros cria a Direcção Nacional de Saúde, a Direcção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão (DGPOG) e a Inspecção Geral de Saúde.Entretanto constata-se que a orgânica não foi totalmente implementada bem como a sua regulamentação.

Uma leitura atenta desse diploma faz ressaltar algumas lacunas, quer em termos de sobreposições de áreas de responsabilidade quer quanto a efectiva existência de determinados serviços, nomeadamente tendo em atenção os recursos humanos que lhes são atribuídos.

Este mesmo diploma prevê a reorganização do Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS) para se adequar às necessidades de reforma do Ministério da Saúde. Anteriormente estas propostas de reorganização constaram de diploma próprio (Decreto-regulamentar n.º 17/93), mas desde a sua publicação, a estrutura do CNDS não corresponde ao legislado com as inerentes dificuldades de funcionamento. O CNDS deverá ser transformado no Instituto Nacional de Saúde.

Em 2005 foi publicado o Decreto-lei nº 83/2005 dos Hospitais Centrais que estabelece os princípios e normas porque se regem os Hospitais Centrais. Entretanto, os Regulamentos Internos dos dois Hospitais Centrais ainda não foram publicados.

A lei orgânica do MS (2010) define as regiões sanitárias como serviços autónomos do Ministério da Saúde. O Decreto-lei nº 58/2006 cria a Região Sanitária de Santiago Norte (RSSN) e a publicação do Decreto-regulamentar n.º 1/2006, que estabelece as normas de estruturação e gestão das Delegacias de Saúde.

Em 2009 foi publicado o Decreto-lei nº 37/2009 que define as normas de organização e funcionamento dos Hospitais Regionais. O Decreto-Lei nº 36/2009, criou o Hospital Regional Santiago Norte, ficando ainda por adoptar o regulamento interno do mesmo. No seguimento da publicação da Política Farmacêutica Nacional(Resolução n.º 16/2003) foi publicado o Decreto-Lei n.º 59/2006 que regula a autorização de introdução no mercado, o registo, o fabrico, a importação, a exportação e a comercialização de medicamentos, dos donativos e a publicidade de medicamentos de uso humano, assim como o diploma que regula as condições de acesso à actividade farmacêutica e o seu exercício em farmácia de oficina.Entretanto falta regulamentar as actividades previstas no diploma.

O Dec-Lei nº 34/2007 e as Portarias Nº 31 e 32/2007 estabelecem e regulamentam o licenciamento e funcionamento de farmácias privadas.

A ratificação Convenção Quadro para o controlo do Tabaco (Resolução n.º 142/VI/2005) pressupõe a adopção de medidas legislativas algumas das quais já estão sendo introduzidas. A ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência implica a necessidade de revisão da legislação nacional que já está em curso.

No que diz respeito à luta contra uso abusivo do álcool a Lei nº 27/V/97 interdita a venda de bebidas alcoólicas a menores e interdita a publicidade de bebidas alcoólicas em algumas situações e a Portaria nº1/99 estabelece o método de detecção de álcool no sangue, fixa a tabela de preços dos respectivos exames e define os laboratórios autorizados a proceder às competentes análises.

O novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) foi aprovado pela Assembleia Mundial de Saúde de 2005, tendo entrado em vigor na ordem jurídica internacional em 2007. O Decreto nº 9/2010 aprovou a entrada em vigor do Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) na ordem jurídica interna de Cabo Verde. Nesse âmbito,foram implementados todos os instrumentos de controlo sanitário aéreo e marítimo, as normas e manuais de vigilância epidemiológica foram actualizados, as instituições parceiras foram identificadas e integradas no processo. Constata-se algumas insuficiências no reforço das capacidades tanto a nível do sector da saúde, como nos pontos de entrada, no tocante aos requisitos mínimos para efeitos de vigilância e resposta para efeitos de vigilância e resposta (anexo 1 - A e B) e relativo ao instrumento de decisão para avaliação e notificação das ocorrências que possam constituir uma emergência de saúde pública de âmbito internacional (anexo 2). Os principais desafios constituem o reforço dos recursos humanos e das capacidades laboratoriais para a confirmação das ocorrências e sua notificação imediata aos níveis superiores e à OMS.

As transformações socio-económicas ocorridas na sociedade cabo-verdiana, com uma maior integração no mercado global, requerem uma revisão de diversa legislação de saúde, seja no sector farmacêutico, seja no referente ao sector privado da saúde, seja no domínio da vigilância sanitária e epidemiológica e de inspecção de saúde.

A existência de um Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (PEDRHS, 2005-2014), instrumento programático para orientação e gestão da formação de técnicos de saúde, pressupõe a sua plena implementação e necessária regulamentação.

O Decreto-lei nº 40/2009 aprovou os Estatutos da ordem dos Médicos Cabo-verdianos. O Decreto-lei nº 13/2004 aprova o Código Deontológico da profissão médica. A Lei nº 148/IV/95 cria a carreira médica e o Decreto-regulamentar nº 24/97 regula o regime de trabalho dos médicos no SNS integrado na carreira. A Lei nº 149/IV/95 cria a carreira de enfermagem e o Decreto-regulamentar nº 23/97 regula o regime de trabalho dos enfermeiros do SNS integrado na carreira.

Na vigência do PNDS 2012-2016 propõe-se rever as carreiras profissionais de médicos e de enfermeiros, no quadro da revisão do PCCS em curso dos agentes da administração pública.Para os Técnicos Superiores de Saúde propõe-se criar um quadro privativo que integre as profissões específicas para o sector da saúde.

A Politica Nacional de Saúde aponta a necessidade de elaboração e publicação de legislação que regule o exercício da actividade privada em saúde, filantrópica ou lucrativa, nomeadamente as funções, os limites e a articulação entre os subsistemas público e privado.

Com vista a promover a saúde da pessoa com deficiência e de acordo com o estipulado na CDPD, as reformas políticas e a legislação devem abordar as questões relativas às seguintes áreas: Acessibilidade; Preço acessível; Disponibilidade; e Qualidade. buscando por um lado prevenir barreiras ao acesso à saúde da pessoa com deficiência garantindo que as políticas sejam “amigáveis” para as pessoas com deficiência e, por outro, reduzindo as disparidades.

Assim no âmbito da implementação do PNDS será feito um esforço para elaborar, rever e publicar os diplomas legais considerados indispensáveis ao bom funcionamento do sector.

Estratégias operacionais

1. Adequação do quadro jurídico do sector da saúde;
2. Reforço das capacidades de controlo do MS.
3. Criação de uma comissão multi-sectorial e interdisciplinar para o acompanhamento da implementação do RSI;

Metas

1. Avaliar, rever e publicar a nova Lei Orgânica do MS em 2013;
2. Elaborar e publicar os Estatutos dos 2 Hospitais Centrais em 2013;
3. Actualizar e publicar os Regulamentos Internos dos Hospitais Centrais em 2013;
4. Elaborar e publicar os Estatutos dos Hospitais Regionais de Ribeira Grande, de São Filipe e do Sal em 2014;
5. Elaborar e publicar o Regulamento Interno do HRSN em 2013;
6. Regulamentar o DL 59/2006 até finais de 2013;
7. Regulamentar o SNIS até o fim de 2014;
8. Regulamentar a criação da comissão multi-sectorial e interdisciplinar para o acompanhamento da implementação do RSI até 2013;
9. Regulamentar até 2014 a Comissão Nacional de Qualidade em saúde;
10. Regulamentar até 2013 o Observatório de Saúde;
11. Elaborar e publicar o diploma que cria o INSP em 2013;
12. Elaborar e publicar o regulamento interno do INSP em 2013;
13. Rever as carreiras profissionais de médicos e de enfermeiros em 2012;
14. Criar a carreira de técnicos superiores de saúde até finais de 2013.

Intervenções

1. Avaliar, rever e publicar a Orgânica do Ministério da Saúde;
2. Elaborar e publicar o diploma orgânico do INSP;
3. Elaborar e publicar o regulamento interno do INSP;
4. Regulamentar o funcionamento do Sistema de Informação Sanitária;
5. Elaborar e publicar os Estatutos dos 2 Hospitais Centrais;
6. Elaborar e publicar os Regulamentos Internos dos Hospitais Centrais;
7. Elaborar e publicar os Estatutos dos Hospitais Regionais de Santo Antão, Fogo/Brava e do Sal;
8. Elaborar e publicar o Regulamento Interno do HRSN;
9. Rever a Legislação Farmacêutica;
10. Rever e publicar legislação que regula o exercício da actividade privada em saúde;
11. Rever a legislação sobre condições de dissuasão e restrição do uso do tabaco no quadro da Convenção de luta contra o Tabaco;
12. Rever a legislação sobre a venda, o consumo e publicidade de bebidas alcoólicas;
13. Rever as carreiras profissionais de médicos e de enfermeiros;
14. Criar o quadro privativo dos técnicos superiores de saúde;

15. Formalizar a comissão multi-sectorial e interdisciplinar de acompanhamento da implementação do Regulamento Sanitário Internacional e criar as condições para o seu funcionamento;
16. Participar na elaboração do quadro legal que cria os serviços de emergência pré-hospitalar.

Resultados esperados

1. Quadro jurídico da saúde actualizado;
2. Serviços centrais do Ministério da Saúde com melhor desempenho;
3. Hospitais centrais e regionais com melhor gestão;
4. Sistema de Informação de Saúde coordenado e eficiente;
5. Sector farmacêutico com regulamentação actualizada;
6. Legislação sobre tabagismo e alcoolismo implementada;
7. Vigilância sanitária reforçada no quadro do RSI.
8. Instituto Nacional de Saúde instalado;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: Gabinete do Ministro; DGPOG; DGFM; DNS; IGS; CNDS/INSP; DS, RS; Hospitais;
2. Parceiros nacionais: DG Administração Pública; DG Alfândegas, DG Comércio, Autoridades portuárias e aeroportuárias; DGAE; ARFA;
3. Parceiros internacionais: OMS, OOAS.

Indicadores de avaliação

1. Diplomas publicados

Meios de verificação e seguimento

1. B.O;
2. Relatórios dos Serviços;
3. Actas das reuniões do Conselho do Ministério.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Implementação do processo de modernização e reforma da Administração Pública;
2. Consonância com programas da OMS (Convenção Quadro de luta contra tabaco, RSI, Luta contra o alcoolismo);
3. Experiência acumulada no sector e acesso facilitado à legislação comparada;
4. Capacidade técnica e jurídica nacional;
5. Existência da Inspecção Geral de Saúde.

Pontos fracos

1. Falta de jurista com experiência em legislação sanitária;
2. Falta de regulamentação dos diplomas;
3. Insuficiente capacidade de controlo.

Condicionantes ambientais

1. Mercado de trabalho dificulta o recrutamento e a permanência de juristas;
2. Resistências sociais às mudanças de comportamento quanto ao álcool e tabaco;
3. A promoção do turismo e a livre circulação de pessoas e bens pode interferir com a aplicação de algumas medidas previstas no RSI.

Componente 3: Parcerias e complementaridade Público-Privado na Saúde

Situação atual

O sector privado da saúde, neste componente, é entendido como o conjunto de que fazem parte os "profissionais de saúde em exercício liberal", as "associações para a promoção e defesa da saúde" e os denominados "subsistemas de saúde" de natureza privada (Lei de Bases da Saúde, 2004) e outras entidades de natureza privada com interesses no sector da saúde.

O sector privado da Saúde, vocacionado para constituir um complemento do Serviço público conheceu um incremento no seu desenvolvimento nos últimos anos, tendo estabelecido o seu nicho fundamentalmente nas seguintes áreas: farmácia, estomatologia, consultórios médicos e policlínicas, laboratório de análises clínicas, imagiologia e exames de registo gráfico, fisioterapia.

Igualmente existem intervenções prestadas por ONG´s em matéria de Proteção Materno-Infantil, Saúde Mental, Saúde do adolescente e jovem e de Reabilitação com oferta de consultas, inclusive estratégias de consultas móveis e de exames complementares e cuidados preventivos. De destacar a VerdeFam, a Cruz Vermelha, a PONTE, Morabi, OMCV, ADVIC entre outros. As intervenções destas organizações da sociedade civil centram-se, essencialmente, nas ações de promoção e prevenção.

Algumas instituições de carácter coletivo e privado intervêm no sector da saúde, através de mecanismos de financiamentos autónomos, com a vista à promoção e melhoria do acesso da população aos cuidados de saúde, nomeadamente às consultas e aos medicamentos. Estes mecanismos de financiamentos são realizados através das associações mutualistas e empresas de seguro-doença. Neste sector, destaca-se o crescente desenvolvimento de mutualidades de saúde, particularmente nas ilhas de Santiago, Fogo e Santo Antão. Os seguros privados de saúde, embora incipientes, são oferecidos por empresas seguradoras nacionais.

A rede de serviços privados, segundo o Relatório Estatístico do Ministério da Saúde de 2010, apresenta a seguinte distribuição e composição: 33 Farmácias, 67 consultórios médicos, 47 consultórios de estomatologia, 16 Laboratório de Analises Clínicas, 7 Centros de Fisioterapia, 6 Postos de Venda de Medicamentos e 5 Postos de Enfermagem.

Em Março de 2012 foi realizado o I **Fórum Nacional sobre a Complementaridade e as Parcerias Público Privadas na Saúde,** com o objetivo de contribuir para o melhor conhecimento da dinâmica da parceria e da complementaridade entre os sectores Publico e Privado e projetar o seu desenvolvimento. Entre as principais recomendações desse Fórum merecem ser destacadas as seguintes:

- O desenvolvimento de ações que promovam a complementaridade deve ser estimulado; as PPP´s na saúde devem merecer estudos para a definição de eventuais nichos;
- É necessário definir um quadro legal específico para o desenvolvimento da complementaridade público-privada, através de uma regulamentação específica e com base num *menu* de serviços e cuidados essenciais e as respetivas tabelas de preços e critérios de qualidade a serem observados;
- A liberdade de escolha consagrada na lei de bases deve ser garantida, no acesso aos cuidados de saúde, em tempo útil e a custos adequados, no limite da capacidade de resposta do SNS;
- É necessária uma análise de custos com os cuidados de saúde, como fator de transparência e garantia de competitividade entre os prestadores de cuidados;

- É necessário reforçar o papel regulador do Estado, a fiscalização e a inspeção das atividades de prestação de cuidados;
- É necessário o alargamento das áreas de complementaridade, para além dos cuidados médicos e de diagnóstico, de forma a englobar os cuidados promocionais e de prevenção; deve, ainda, incluir nesta complementaridade as áreas de apoio, nomeadamente as de hotelaria, transporte, manutenção, etc.
- É necessária uma maior abertura das entidades de seguro de saúde aos prestadores de cuidados de saúde privados, através de convenções estabelecidas dentro do quadro legal existente e sujeito a adequações, para a garantia de um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados;

Constata-se hoje um fluxo importante de população ligado ao turismo, essencialmente, o que exige um desenvolvimento consequente do sector privado para o qual deverão ser criadas as condições promocionais necessárias para o investimento no sector privado da saúde, particularmente nas ilhas de Sal, Boavista e Maio.

A legislação vigente na matéria, carece de revisão para a sua adequação às exigências actuais de transformação do país, em matéria de instalação de estabelecimentos privados e de acreditação de técnicos estrangeiros.

Os custos elevados de equipamentos médico-hospitalares constituem um entrave ao investimento privado nacional no sector da saúde, situação dificultada pela ausência de mecanismos de proteção no acesso ao crédito.

A capacidade de regulação, inspecção e de fiscalização técnica da actividade privada no sector da saúde pelo Ministério da Saúde tem-se revelado insuficiente. Outras instituições de regulação e de inspecção deverão se envolver de forma activa neste processo, nomeadamente a ARE, ARFA, IGAE entre outras.

Uma área potencial para a realização de parcerias técnicas, entre os sectores publico e privado, é a utilização dos Blocos Operatórios dos Hospitais, com vista à optimização das disponibilidades técnicas e materiais e ao aumento de acesso da população aos cuidados de saúde.

Será necessário, nesse contexto, promover uma política de complementaridade entre os sectores público e privado na oferta de cuidados e gestão de serviços públicos de saúde.

Estratégias operacionais

1. Promoção de estudos sobre os potenciais nichos de parcerias e complementaridades entre os sectores Publico e o Privado;
2. Revisão da legislação referente ao sector privado da saúde e correspondente aplicação;
3. Estabelecimento de parcerias/convénios para implementar serviços/cuidados de saúde;
4. Promoção de investimentos nacionais e estrangeiros no sector para a oferta de serviços, com as garantias necessárias, de qualidade e de custo-benefício;
5. Criação de espaços de concertação regular entre os sectores público e privado da saúde.

Metas

1. Até 2014 ter feito a revisão e publicação da legislação relativa ao sector privado da saúde;
2. Ate finais de 2013 realizar estudo sobre potenciais nichos de parcerias e complementaridades entre os sectores público e privado;
3. A partir de 2013, desenvolver parcerias/convénios entre os sectores público e privado para a implementação de serviços/cuidados de saúde;

4. Até finais de 2012, realizar um estudo sobre a análise de custos com os cuidados de saúde;
5. Realizar em 2012 e em 2014 Fóruns Nacionais sobre as Parcerias e as complementaridades PP na saúde.

Intervenções

1. Rever e publicar a legislação sobre o sector privado da saúde;
2. Promover a realização de Fóruns Nacionais sobre as Parcerias e complementaridades entre os sectores PP da saúde;
3. Realizar estudos sobre potenciais nichos de parcerias e complementaridades entre os sectores, público e privado;
4. Debater e promover convénios entre os sectores público e privado, de acordo com as necessidades identificadas para cuidados a prestar e de gestão de serviços;
5. Fazer a advocacia, junto de instituições vocacionadas, da necessidade de alargar e diversificar no sector privado, o leque de prestação de cuidados de saúde;
6. Promover a inclusão no sector privado da "promoção e defesa da saúde", para o alargamento das ações de promoção da saúde e de prevenção da doença;
7. Promover, junto das entidades competentes, a melhoria de acesso ao crédito do sector privado nacional, para apoiar iniciativas privadas no sector da saúde;
8. Realizar um estudo sobre a análise de custos com os cuidados de saúde.
9. Incentivar as seguradoras a divulgar e desenvolver a modalidade de seguro privado de saúde à população;
10. Incentivar a realização de um Fórum sobre a Mutualidade em saúde em Cabo Verde;
11. Dinamizar o estabelecimento de protocolos de cooperação com as instituições privadas sem fins lucrativos.

Resultados esperados

1. Legislação sobre o sector privado da saúde revisto e publicado;
2. Mobilizados os recursos necessários para o apoio à expansão do sector privado;
3. Convénios de prestação de cuidados e gestão de serviços assinados entre os sectores públicos e privado;
4. Nichos de investimentos e de parcerias e complementaridades identificados.

Organismos e instituições, responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde: CNDS/INSP, DNS, DGFM; DGPOG, Hospitais; Delegacias de saúde;
2. Parceiros nacionais: OMC; Associação de Enfermeiros de CV, INPS; Ministério das Finanças; Bancos Comerciais; Representantes do Sector privado, Plataforma de ONG´s; ONG's;
3. Parceiros Internacionais: Banco Mundial, BAD, OMS, OOAS, Investidores estrangeiros na saúde.

Indicadores de avaliação

1. Número de diplomas publicados;
2. Número de convénios assinados, por áreas;
3. Número de fóruns de concertação realizados.

Meios de verificação e seguimento

1. Boletim oficial;
2. Convénios assinados com o sector privado da saúde;
3. Relatórios do Ministério da Saúde;
4. Relatórios dos fóruns de concertação entre os sectores publico e privado;
5. Relatórios de estudos realizados.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Compromisso assumido na Lei de Bases do SNS;
2. Comprometimento político do governo;
3. Desenvolvimento crescente do sector privado nacional de saúde;
4. Demanda de investimentos por entidades estrangeiras.

Pontos fracos

1. Fragilidade financeira do sector privado nacional;
2. Deficiente articulação entre os sectores, público e privado, da saúde;
3. Fraca inclusão do sector privado nas ações de promoção e da defesa da saúde;
4. Fiscalização técnica insuficiente.

Condicionantes ambientais

1. Mercado de saúde relativamente pequeno;
2. Legislação desatualizada para responder às exigências atuais.

Componente 4: Criação do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP)

Situação actual

O Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário, abreviadamente designado por CNDS foi criado e regulamentado em 1993[82] como um serviço autónomo personalizado do Estado, tutelado pelo Ministério da Saúde, com as seguintes competências:

1. Promover o desenvolvimento Sanitário do País**,** numa base institucional e multissectorial, articulando as relações entre o sector da Saúde e outros sectores públicos e privados, de forma a propiciar a resolução dos problemas de saúde nacionais;
2. Divulgar atitudes e conhecimentos necessários à adopção de estilos de vida saudáveis, através de técnicas adequadas de informação, educação e comunicação para a saúde;
3. Promover e organizar acções de formação de recursos humanos para o desenvolvimento sanitário.

Durante o seu funcionamento, o CNDS não conseguiu cumprir cabalmente a sua ambiciosa missão, em parte devido à insuficiência dos recursos disponibilizados. Sente-se a necessidade da sua reorganização para se adaptar a sua missão aos novos desígnios contidos na reforma do sector saúde e ser transformado no Instituto Nacional de Saúde (INSP), agregando outros serviços e competências próprias de um instituto nacional de saúde.

É de se reconhecer que existe uma incipiente cultura de investigação em saúde em Cabo Verde e que isso não pode ser atribuído apenas ao baixo nível de desenvolvimento económico do país. Embora estejam previstas estruturas vocacionadas para a investigação, como o Departamento de Vigilância Epidemiológica e o CNDS, não existe ainda no Ministério da Saúde uma agenda de investigação e uma incitação sistemática à pesquisa, nem meios para a difusão do conhecimento.

A missão do CNDS deve ser revista no sentido de reforçar o papel e as funções enquanto órgão central de execução/coordenação da política de promoção da saúde no país. Em 2012 foi criada uma Comissão Coordenadora para a instalação do INSP, instituição esta que deverá assumir as competências de coordenação da política de promoção de saúde e de investigação, nomeadamente as funções básicas de um instituto de género: análise do estado de saúde da população, a vigilância epidemiológica, a investigação e participação na promoção da formação do pessoal de saúde.

Para a instalação do INSP existe uma série de desafios, nomeadamente (1) recursos humanos qualificados e suficientes; (2) meios financeiros e um orçamento de funcionamento adequado à sua missão; (3) um espaço adequado para o seu funcionamento; e (4) um plano estratégico.

Estratégias operacionais

1. Discussão alargada aos departamentos do MS, aos sectores e parceiros com influência no estado de saúde da população, sobre a criação e instalação do INSP;
2. Elaboração dos documentos estratégicos do INSP;
3. Mobilização de recursos para o funcionamento do INSP.

Metas

1. A partir de 2012 nomear a Comissão de instalação do INSP;
2. Ate finais de 2012, mapear as principais funções de saúde publica desenvolvidas no país;

[82] – Decreto-lei nº 37/93 e Decreto-regulamentar n.º 47/93 de Setembro de 1993

3. Elaborar até finais de 2012 o documento estratégico do INSP;
4. A partir de 2013 instalar o INSP.

Intervenções

1. Nomear a Comissão Coordenadora da instalação do INSP;
2. Mapear as principais funções de saúde publica desenvolvidas no país e as respectivas instituições executoras;
3. Negociar com as instituições identificadas as funções de saúde publica passíveis de serem transferidas para o INSP;
4. Elaborar e validar o documento estratégico do INSP;
5. Elaborar e publicar o estatuto do INSP;
6. Instalar o INSP;
7. Mobilizar os meios necessários para recrutar ou reafectar os quadros necessários à implementação do INSP.

Resultados esperados

1. INSP criado, instalado e dotado de recursos necessários ao exercício de sua missão.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde**:** CNDS/INSP, DNS, DGPOG; Hospitais; Delegacias de Saúde
2. Parceiros nacionais**:** DGAP, ME, MESC, Instituições da Sociedade Civil; Associações profissionais; CNEPS; Sector privado da saúde; Instituições de Ensino Superior;
3. Parceiros internacionais: FIOCRUZ, IHMT; OMS, OOAS, Rede Internacional de Saúde Pública/CPLP; IANPH.

Indicadores de avaliação

1. Diploma legal da criação do INSP;
2. Orçamento de funcionamentodo INSP.

Meios de Seguimento, avaliação

1. Relatórios sobre a evolução do processo de instalação do INSP;
2. Boletim Oficial;
3. Oramento Geral do Estado para 2013 e seguintes.

Sustentabilidade: Pontos Forte e Fracos

Pontos fortes:

1. Vontade política em criar o INSP;
2. Experiência acumulada, embora dispersa;
3. Quadro de pessoal experiente, embora insuficiente.

Pontos fracos:

1. Dificuldades financeiras;
2. Número insuficiente de recursos humanos qualificados;

Condicionantes ambientais

1. Resistência à mudanças;
2. Crise económica internacional.

COMPONENTE 5: ADMINISTRAÇÃO, COORDENAÇÃO E SEGUIMENTO DO PNDS 2012-2016

Durante a vigência do PNDS 2008-2011 as acções de coordenação e seguimento da execução do PNDS foram desenvolvidas pelo Gabinete do Ministro, através de sua assessoria e do GEPC. Anualmente nas reuniões do Coselho do Ministerio da Saúde foram definidas as prioridades do Ministerio da Saúde para o ano seguinte. Entretanto nem sempre estas prioridades foram na sua totalidade incorporadas nos respectivos Planos Anuais de Actividades. De referir ainda as várias realizações no decurso da execução do PNDS e também de um conjunto de actividades não realizadas que não foram objecto de avaliações, não obstante os registos desenvolvidos das implementações. Os distintos níveis de coordenação e seguimento previstos não chegaram a ser instalados. Em decorrência disso o PNDS resumiu-se num documento de orientação estratégica do nível central e quanto ao seu papel de ligação para as acções de intersectorialidade consolidou-se como um instrumento do Ministerio da Saúde.

Para a coordenação e seguimento do PNDS 2012-2016 propõe-se que o serviço de planeamento seja o órgão do Ministério da Saúde responsável de apoio técnico à administração, coordenação e seguimento do PNDS, devendo igualmente assumir o secretariado das reuniões do Conselho do Ministério da Saúde sobre a matéria. Para o cabal cumprimento dessa função, o serviço de planeamento deverá constituir-se como órgão de assessoria do Gabinete do Ministro.

O serviço de planeamento deverá ser dotado de técnicos, com experiência no processo de planeamento e com reconhecidas competências nos domínios de economia de saúde, epidemiologia, administração de serviços de saúde etc.

As suas atribuições são:

1. Assegurar a fiscalização da inclusão nos sucessivos planos anuais das Direcções centrais de pelo menos 85% das actividades constantes no PNDS ou dos financiamentos requeridos para a execução dos Planos submetidos à aprovação.
2. Supervisionar a implementação do PNDS
3. Assegurar a coordenação nacional da execução dos diversos planos e programas
4. Dar pareceres sobre os pedidos de financiamento
5. Seguir o desbloqueamento de fundos e o envio dos justificativos aos diversos parceiros
6. Organizar as reuniões de balanço anuais
7. Assegurar o seguimento e as avaliações dos planos e programas inscritos no PNDS
8. Elaborar relatórios semestrais e anuais de execução do PNDS
9. Preparar os planos anuais e programas para aprovação pelo órgão de seguimento do PNDS.

A implementação do PNDS será da responsabilidade de cada Director Geral, designado gestor de programa pela área das suas atribuições legais e funcionais. Os Delegados de Saúde, os Directores de Hospitais, os chefes de serviço e os directores de programas de saúde pública responderão pela gestão das áreas directamente vinculadas ou dependentes das suas competências em conformidade com a orgânica do sector.

Para a coordenação técnica e o seguimento do PNDS em algumas áreas de prestação de cuidados de saúde, pela sua complementaridade entre componentes afins, serão criados “clusters”, com o objectivo de maior integração das contribuições de diferentes serviços e competências. Serão definidos os termos de referência gerais para os “clusters”, que devem ser adaptados às especificidades de cada situação. Estas acções de coordenação podem ser materializadas através de workshops/encontros para reflexão, programação e avaliação conjunta pelo que todos os programas deverão ter como domí-

nio de intervenção, nos diferentes componentes, a participação nas reuniões dos respectivos cluster de acordo com a seguinte organização:

CLUSTER					
Oncologia	**IRC**	**DCV**	**Saúde escolar**	**VIH/SIDA/IST**	**Traumatismos**
Álcool	Diabetes	Diabetes	Saúde oral	Tuberculose/	Álcool
Tabaco	DCV	Nutrição	Nutrição	Lepra	Promoção da Saúde
Promoção da saúde	Promoção da Saúde	Promoção Saúde	Promoção da Saúde	Atenção grupos específicos/Género	Medicamentos
Atenção **a** grupos específi**cos/Género**	Segurança transfusional	Medicamentos	Medicamentos	Promoção da Saúde	Rede de exames
Medicamentos	Medicamentos	Rede de exames	Rede de exames	Medicamentos	Atenção grupos específicos/Género
Rede de exames	Rede de exames			Rede de exames	

Ainda no campo da coordenação técnica, a especificidade de alguns programas e a fraca capacidade de resposta nacional por se tratar de áreas ainda insuficientemente desenvolvidas faltando a expertise técnica necessária, propõe-se a organização de um sistema de supervisão técnica externa para apoiar a implementação, o seguimento e a avaliação dos respectivos serviços, nomeadamente Oncologia, Nefrologia, Diálise e Ortopedia (artroplastias)

A coordenação e o seguimento do processo de implementação do PNDS serão assegurados nos níveis Central e Regional do Serviço Nacional de Saúde.

A nível do DECRP 2012-2016, o PNDS identifica-se com o programa sectorial da Saúde. A gestão da sua implementação e seguimento é da responsabilidade dos gestores de programas, feita através do SIGOF.

I) AO NÍVEL CENTRAL:

O seguimento do PNDS será atribuído ao Conselho do Ministério da Saúde por despacho do Ministro de Saúde a quem competirá:

- Aprovar os planos anuais;
- Arbitrar a distribuição de recursos;
- Apreciar os relatórios de seguimento do PNDS: relatórios técnicos e financeiros;
- Validar os resultados das avaliações internas e externas.

Para o seguimento do PNDS, o CNS reúne-se uma vez por semestre/ano, sendo o secretariado dessas reuniões assegurado pelo Serviço de Planeamento do Ministério da Saúde, a saber:

- Para a coordenação com os responsáveis das direcções centrais do Ministério e das regiões, uma reunião semestral com o objectivo de monitorar o processo e preparar os diferentes relatórios de actividades;
- Para a coordenação dos parceiros do desenvolvimento sanitário, nacionais e internacionais, será organizada uma Reunião anual de revisão e planificação do Sector, cujo objectivo principal será o seguimento anual do PNDS, a análise dos resultados e da execução financeira e os compromissos para o ano seguinte.

Este plano deverá marcar uma melhoria na coordenação dos parceiros.

Cabo Verde aderiu à Parceria Internacional para a Saúde (IHP+), tendo o Ministério da Saúde assinado o

Compact Global em Maio de 2012, em Genebra, por ocasião da Assembleia Mundial da Saúde. A Iniciativa IHP+ consiste na mobilização e compromisso dos parceiros com relação ao plano nacional de desenvolvimento sanitário. De acordo com um dos eixos de ação no âmbito desta iniciativa (IHP+) deverá ser assinado o Pacto Nacional de parcerias a favor da saúde em Cabo Verde como uma plataforma privilegiada de coordenação das intervenções na área da saúde desenvolvida pelos diversos parceiros: sector público e privado da saúde, sociedade civil, parceiros do desenvolvimento nacionais e internacionais e sectores conexos.

A iniciativa IHP+ compreende ainda outros eixos de acção, nomeadamente: i) apoio ao processo nacional de planificação; ii) avaliação conjunta das estratégias ou planos nacionais de desenvolvimento sanitário; iii) sistema único de relatorios, baseado num seguimento comum dos resultados; e iv) reforço da responsabilidade mútua dos parceiros através da melhoria do dialógo sobre a política nacional de saúde e no seguimento dos resultados.

II) AO NÍVEL REGIONAL [83]:

Na Região Sanitária, o Director e as reuniões especializadas da Comissão Deliberativa, que o assiste, devem fazer repercutir nos Planos anuais da Região, nos documentos de prestação de contas e relatórios de actividades, as orientações estratégicas da Política Nacional de Saúde e os objectivos, metas e estratégias previstos no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário para se seguir e avaliar o processo de implementação do PNDS.

O Director, órgão executivo de cada Região Sanitária, no âmbito da implementação do PNDS, tem entre as suas atribuições:

- Assegurar a fiscalização sucessiva da inclusão nos Planos Anuais das Delegacias de Saúde e dos Hospitais Regionais de pelo menos 85% das actividades constantes no PNDS ou dos financiamentos requeridos para a execução dos Planos submetidos à aprovação.
- Coordenar a elaboração e a execução dos diversos planos e programas da região;
- Supervisionar a implementação do PNDS na região;
- Elaborar relatórios semestrais e anuais de execução do PNDS;
- Organizar as reuniões de balanço semestrais/anuais.

A nível municipal, os Delegados de Saúde e as respectivas equipas incluindo as que não pertençam a qualquer região sanitária, são responsáveis pela implementação, em colaboração com as outras entidades no terreno (Câmaras Municipais, outras autoridades locais, ONG, representantes das comunidades, etc.), dos planos anuais das respectivas delegacias e deverão elaborar um relatório semestral a enviar à Direcção da Região Sanitária ou à Direcção Nacional de Saúde. O mesmo relatório deverá ser apresentado à Comissão Municipal de Saúde no respectivo município.

Cada Delegacia fará uma reunião semestral (Delegado de Saúde, equipa quadro da Delegacia e entidades pertinentes) para análise da execução do seu plano de actividades e planificação para o trimestre seguinte.

B. AVALIAÇÃO DO PNDS 2012-2016

A avaliação do PNDS será feita através de:

I) Avaliações em curso de execução (anuais e bienal/a meio percurso)

[83] – São órgãos de gestão da Região Sanitária: o Director; a Comissão Deliberativo e o Conselho Consultivo

II) Avaliação final (no segundo semestre de 2016)

As **avaliações anuais** são avaliações internas de execução dos planos anuais, feitas com base nos relatórios seguintes:

a. Relatórios de execução dos planos das direcções, dos programas prioritários e das regiões sanitárias;
b. Relatórios de supervisão periódicos do nível regional pelo nível central;
c. Relatórios de inspecção das actividades sanitárias;
d. Relatórios financeiros e contabilísticos semestrais.

A **avaliação a meio percurso** é uma avaliação mista - interna e externa, feita em conjunto com os parceiros e departamentos governamentais afins com base nos documentos referidos no paragrafo anterior, e também por meio de inquéritos. Serão utilizados os **seguintes indicadores**:

a. Indicadores de resultados, relacionados com intervenções programadas: taxas de realização das entradas (inputs) e dos outputs
b. Indicadores de cobertura, relacionados com os programas prioritários, como a saúde reprodutiva, a luta contra as endemias, etc. Ex: taxa de cobertura vacinal, etc.

A **avaliação final** será externa, com a participação dos parceiros de desenvolvimento. Será feita por inquéritos quantitativo e qualitativo. O inquérito quantitativo será dirigido aos resultados, à cobertura e ao impacto das acções programadas.

Os **indicadores** de resultados e de cobertura são os mesmos da avaliação a meio percurso.

Os **indicadores** de impacto estão relacionados com a morbilidade, mortalidade, e equidade em saúde.

O inquérito qualitativo permitirá a apreciação dos serviços de saúde pelos beneficiários, principalmente, o nível de satisfação dos mesmos em relação à qualidade dos cuidados (acolhimento, acessibilidade financeira aos serviços, acesso e utilização pelas camadas mais pobres da população, etc).

C. RELATÓRIOS ANUAIS DE ACTIVIDADES

Os instrumentos de suporte para a gestão devem ser produzidos/preenchidos periodicamente em conformidade com as exigências de cada tipo de relatório.

Os relatórios de execução de certas actividades específicas, principalmente as que tenham beneficiado de apoio financeiro de parceiros, serão obrigatoriamente elaborados.

D.INDICADORES PARA O SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO DO PNDS:

- Indicadores das intervenções (Componentes)
- Indicadores dos Programas e Subprogramas (efeitos)
- Indicadores globais do PNDS (impacto).

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Ministério da Saúde**:** CNDS/INSP, DNS, DGPOG; Hospitais; Delegacias de Saúde
2. Parceiros nacionais**:** MFP, sector de Educação e Ensino Superior, sector de Agricultura, D. G. Solidariedade Social, INPS, ARFA, Agência de Regulação Económica, Instituições da Sociedade Civil; Associações profissionais; Sector privado da saúde;
3. Parceiros da cooperaçinternacionais: OMS, OOAS, parceiros de cooperação bilateral e multilateral.

Meios de verificação e seguimento

1. Constituição da equipa de coordenação e seguimento do PNDS;
2. Relatórios Anuais sobre a evolução da implementação do PNDS;

3. Relatorios de avaliação de meio percurso e final do PNDS;
4. Planos de Actividades Anuais dos Programas e das Direcções Gerais do MS.

Sustentabilidade: Pontos Forte e Fracos

Pontos fortes:

1. Vontade política em implementar o PNDS;
2. Experiência acumulada da execução do PNDS 2008-2011;
3. Quadro de pessoal experiente, embora insuficiente.

Pontos fracos:

1. Dificuldades financeiras;
2. Número insuficiente de recursos humanos qualificados.

Condicionantes ambientais

1. Resistência às mudanças (formalização, prestação de contas, estrutura organizacional e institucional);
2. Crise económica internacional.

Agradecimentos,

Aos que participaram dos trabalhos de revisão do PNDS:

Da Direcção Nacional de Saúde

Dr Antonio Pedro Delgado, Director Nacional de Saúde

Responsaveis dos Programas de Saúde Publica

- Dr Antonio Moreira (PNLS)
- Dr Jorge Noel Barreto (PNLTL)
- Dra Yorleydis Rosabal (PNSR)
- Dr Julio Monteiro (PNLP)
- Dra Conceição Pinto (Segurança Transfusional)
- Dra Irenita Soares (PDNT)
- Dra Irina Spencer (PNN)
- Dra Tereza Morais (Saúde Escolar)
- Dra Hirondina Borges (Prevenção e Tratamento de Tumores Malignos)
- Dr Helder Tavares (Prevenção e Tratamento IRC)
- Dr Tito Rodrigues (Prevenção e Tratamento Orto-Traumatologia)
- Dra Margarida Cardoso (Saúde Mental)
- Dr Jose Manuel Monteiro Aguiar (Luta contra o uso abusivo do álcool e do tabaco)
- Dra Maria do Ceu Teixeira (Prevenção e Tratamento Doenças Alergicas)
- Dr Mario Tavares, Dr Osias … (Saúde Oral)
- Dra Francisca Inocêncio (Saúde Ocular)
- Dra Filomena Moniz (Rede Nacional de Laboratorios)
- Dra Maria de Lourdes Monteiro (Vigilância Sanitaria)
- Dr Ildo Augusto Carvalho (SIS)

Da Direcção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão

Dra Serafina Alves, Directora Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão do MS

- Dr Miguel Lopes (Recursos Humanos)
- Dr Paulo Soares (Recursos Financeiros e Patrimoniais)
- Dra Giselle Martins (Recursos Humanos)
- Dra Sandra Andrade (Recursos Humanos)

Da Direcção Geral da Farmácia e do Medicamento

Dra Ângela Silvestre, Directora Geral de Farmácia e Medicamento

- Dra Ester Gonçalves
- Dr Bruno Santos

Do CNDS

Dr Artur Correia, Presidente do CNDS

- Dra Joana Alves

Da Inspecção Geral de Saúde

Dra Conceição Carvalho, Inspectora Geral de Saúde

Dos Hospitais

Dra Ricardina Andrade, Directora do HAN,

Dra Mecilde Fontes, Directora Clinica do HAN

Dr Alcides Gonçalves, Director Clinico do HBS

Dr Helder Almada, Director do HRSN

Orgãos de consulta e de acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde (validação do PNDS 2012-2016)

Membros do Conselho Nacional de Saúde

Membros do Conselho do Ministerio da Saúde

Aos Delegados de Saúde (reunidos na encontro nacional da DNS, Praia, Novembro de 2012);

Parceiros com intervenção nas áreas transversais da saúde (Genero, Juventude, Deficiencia)

Direcção Geral de Solidariedade Social

- Dra Ermelinda Tavares Lima, Directora Geral da Solidariedade Social
- Dr Lamine MAS Tavares

Instituto Caboverdiano para a Igualdade, Equidade e Genero (ICIEG)

- Dra Catarina Ressureição

Associação Acarinhar,

- Sra Teresa Mascarenhas, Presidente da Associação Acarinhar;

ONU Mulheres/Cabo Verde

- Dra Maritza Roasabal.

E a todos que participaram de forma directa ou indirecta para o sucesso deste trabalho.