

REPÚBLICA DE



CABO VERDE



SAÚDE: UM COMPROMISSO DO ESTADO, RESPONSABILIDADE DE TODOS

VOLUME I

[Versão Final 01]

PRAIA, DEZ.2012

ÍNDICE

PREFÁCIO	4
SIGLAS E ABREVIATURAS	5
PREÂMBULO	6
RESUMO	8
I INTRODUÇÃO	11
II BREVE BALANÇO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PNDS 2008-2011	12
III CONTRIBUIÇÃO DO SECTOR DA SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO DE CABO VERDE	19
IV ENQUADRAMENTO DA REFORMA DO SECTOR SAÚDE	21
IV.1 CONTEXTO DO PAÍS.....	21
IV.2 PERFIL SANITÁRIO DO PAÍS – NECESSIDADES E PROBLEMAS PRIORITÁRIOS.....	22
<i>Não existem dados desagregados que permitam uma avaliação sobre atenção específica prestada a pessoas com deficiência</i>	23
IV. 2.1 <i>Problemas de saúde da população</i>	23
IV. 2.2 <i>Problemas do Serviço Nacional de Saúde</i>	26
IV. 2.2.1 <i>Respeitantes ao desempenho do Serviço Nacional de Saúde</i>	26
IV. 2.2.2 <i>Relativos aos recursos da saúde</i>	27
IV. 2.2.3 <i>Relativos ao financiamento da saúde e participação nos custos</i>	27
IV. 2.2.4 <i>Respeitantes aos determinantes sociais, económicos e comportamentais da saúde</i>	28
IV. 3. AS GRANDES LINHAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO SECTOR DE SAÚDE.....	28
IV. 3.1 <i>Modelo de gestão</i>	29
IV. 3.2 <i>Perfil da Região Sanitária</i>	29
IV. 3.3 <i>Modelo de prestação de cuidados</i>	30
IV. 3.4 <i>Prestação de cuidados terciários, no país ou no exterior</i>	31
IV. 3.5 <i>Política de recursos humanos</i>	31
IV. 3.6 <i>Financiamento da saúde</i>	31
IV. 3.7 <i>Desenvolvimento do Sector Farmacêutico e das tecnologias da saúde</i>	32
<i>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.</i>	32
IV. 3.8 <i>Desenvolvimento do Sistema Nacional de Informação Sanitária e da Investigação em Saúde</i>	32
IV. 3.9 <i>Adaptação da rede de infraestruturas sanitárias</i>	33
IV. 3.10 <i>Enquadramento e desenvolvimento da parceria</i>	33
IV. 3.11 <i>Adequação do quadro institucional para o refoço da liderança e governação do SNS</i>	34
V ORIENTAÇÕES POLÍTICAS, ESTRATÉGIAS E PRIORIDADES DO PNDS 2012-2016	35
V. 1 VISÃO A MÉDIO PRAZO DO DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE	35
V. 4 PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS	40
VI PROGRAMAS INTEGRANTES DO PNDS 2012-2016	41
VI. 1 PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	42
VI. 2 PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	50
IV.3 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS	55
IV.4 PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA REDE DAS INFRAESTRUTURAS SANITÁRIAS	60
IV.5 PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SECTOR SAÚDE	64
IV.6 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SECTOR FARMACÊUTICO E DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE	69
IV.7 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA E DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE	74
IV.8 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	79
V QUADRO GERAL DE EXECUÇÃO	86
VI MECANISMOS DE GESTÃO, SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO	87

FICHA TÉCNICA

Ministra-Adjunta e da Saúde

Dr^a Maria Cristina Fontes Lima

Dr Antonio Pedro Delgado, **Director Nacional de Saúde**

Dr^a Serafina Alves, **Directora Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão**

Dr^a Angela Silvestre, **Directora Geral da Farmacia e do Medicamento**

Dr^a Conceição Carvalho, **Inspectora-Geral de Saúde**

Dr Artur Correia, **Presidente do CNDS**

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

Custeio e Orçamentação do PNDS

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

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

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

Rewriter

Dr^a Alice Dupret Ribeiro, Médica de Saúde Pública.

Prefácio

SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDI	Atenção Integral às Doenças da Infância
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
CNDS	Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
CPS	Cuidados Primários de Saúde
DECRP.....	Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza
DGFM.....	Direcção Geral de Farmácia e Medicamentos
DGPOG	Direcção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão
DNS	Direcção Nacional da Saúde
DOTS [*].....	Tratamento da Tuberculose sob Observação Directa
HAN	Hospital Agostinho Neto
HBS	Hospital Baptista de Sousa
HRSN	Hospital Regional Santiago Norte
INE	Instituto Nacional de Estatísticas
IST	Infecções transmitidas por via sexual
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LNM	Lista Nacional de Medicamentos
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
PET	Positron Emission Tomography
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PIB	Produto Interno Bruto
PLS	Programa de Luta contra a SIDA
PMI/PF	Protecção Materno-infantil/Planeamento familiar
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNLT	Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose
PNS	Política Nacional de Saúde
PVVIH	Pessoas que vivem com o VIH
QDSMP	Quadro de Despesas da Saúde a Médio Prazo
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Severa
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIGOF	Sistema de Informação Financeira
SNS	Serviço/Sistema Nacional de Saúde
SR	Saúde Reprodutiva
TBM	Taxa Bruta de Mortalidade
TBN	Taxa Bruta de Natalidade
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/SIDA

[*] – Directly Observed Treatment, Short Course

PREÂMBULO

As orientações estratégicas do PNDS 2012-2016 estão harmonizadas com o Programa do Governo da VIII Legislatura 2011-2016 e os respectivos programas estão inseridos no Documento de Estratégia, Crescimento e Redução da Pobreza III representando a contribuição do sector da saúde para o desenvolvimento nacional, harmonioso e equitativo.

Constituem ainda referências para o PNDS, os compromissos internacionais de Cabo Verde no domínio da saúde, nomeadamente ao nível da Organização das Nações Unidas, da União Africana e da CEDEAO.

Destacam-se:

- Declaração dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio até 2015;
- Declaração Política de 2011 sobre o VIH/SIDA, da Assembleia Geral das Nações Unidas;
- Declaração de Rio sobre as mudanças climáticas;
- Declaração Política de 2011 da Cimeira da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a prevenção e o controlo das doenças não transmissíveis;
- Convenção sobre os Direitos das Pessoa com Deficiência (CDPD) ratificada por Cabo Verde em 10/10/2011;
- Convenção sobre os Direitos das Crianças;
- Convenção contra todas as Formas de Discriminação da Mulher.

Quatro áreas transversais, o emprego, a abordagem do género, a juventude e o ambiente foram consideradas no Programa do Governo questões-chave que deverão estar presentes em todas as políticas, programas e ações. Assim o PNDS deverá ter em atenção, entre outros, marcos internacionais importantes para a integração das questões de género e equidade de homens e mulheres no que diz respeito à saúde, educação etc. assim como os referentes à promoção, protecção e garantia do pleno gozo dos direitos às pessoas com deficiência, como a Plataforma de Ação da IV Conferencia Internacional da Mulher – Pequim 1995, as ações que visam a transversalização do enfoque do género presentes na agenda estratégica do ICIEG e o Plano de Acção Nacional para a década africana para a deficiência.

O seguimento às resoluções adoptadas pelos Estados-Membros, na Assembleia Mundial da Saúde e no Comité Regional da OMS para a África, constituem também orientações estratégicas para o desenvolvimento sanitário do país e obrigações com relação à protecção da saúde na região e no mundo.

No processo de elaboração do PNDS 2012-2016 foram harmonizados com o DECRP III aspectos importantes, nomeadamente:

- Adopção do mesmo ciclo de planificação do Programa do Governo para a VIII Legislatura e do DECRP III (2012-2016);
- Seguimento de uma lógica coerente de planificação focada em eixos estratégicos, programas, objectivos e componentes/projectos, facilitando assim o ordenamento das despesas públicas;
- Quadro de Despesas de Médio Prazo sectorial harmonizado com o DECRP III e consequentemente com os orçamentos anuais;

O PNDS 2012-2016 constitui-se em oito Programas que por sua vez estão traduzidos em 16 Programas no DECRP III devido à categorização, neste, de algumas intervenções por níveis de atenção, Primária e Hospitalar e, ainda, porque dois Programas do DECRP III têm um carácter transversal a todos os sectores: a Administração Financeira, Orçamental e Patrimonial e a Promoção do Uso de Energias Alternativas e Eficiência Energética.

TABELA DE CORRESPONDÊNCIA DOS PROGRAMAS DO PNDS E DO DECRP III

PNDS 2012-2016	DECRP III 2012-2016	Observações
1. Programa de Prestação de cuidados	1. Prestação dos Cuidados de Saúde na Rede Hospitalar 2. Prestação dos Cuidados de Saúde na rede de atenção Primária 3. Atenção Especifica de Saúde por grupos etários da população	Questões transversais relacionadas ao género, deficiência, juventude e ambiente são consideradas em cada um dos programas
2. Programa de promoção da Saúde	4. Promoção da Saúde e Investigação	
3. Programa de desenvolvimento de Recursos Humanos	5. Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde	
4. Programa de intervenção na rede de infraestruturas sanitárias	6. Infraestruturação da rede de atenção primária de saúde 7. Infraestruturação da rede hospitalar	
5. Programa de sustentabilidade financeira	8. Gestão e Administração Geral	
6. Programa de desenvolvimento do sector farmacêutico e das tecnologias de saúde	9. Desenvolvimento do sector farmacêutico 10. Equipamentos e mobiliários para a rede hospitalar 11. Equipamentos e Mobiliários, para a rede de atenção Primária de Saúde	
7. Programa de desenvolvimento do sistema integrado de informação sanitária e de investigação em saúde	12. Sistema Integrado de informação para Saúde	
8. Programa de desenvolvimento da Liderança e Governação do SNS	13. Desenvolvimento Institucional 14. Certificação da Qualidade dos Serviços de Saúde	
	15. Administração Financeira Orçamental e Patrimonial; 16. Promoção do Uso de Energias Alternativas e Eficiência Energética;	Programas transversais para todos os sectores de governação.

Para facilitar o enquadramento dos dois documentos estratégicos é de clarificar que os Programas do PNDS estão desdobrados em *Componentes* e os Programas do DECRP III em *Projectos*. Para o sector da saúde os Componentes constituem-se numa estrutura maior que os Projectos, visto que cada Componente encerra em si vários projectos.

Resumo

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 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 de Governo para a VIII Legislatura para o sector, assim como as orientações estratégicas fixadas na Política Nacional de Saúde para o horizonte 2020. Constitui ainda uma importante contribuição do sector da saúde para o DECRP III 2012-2016. Pretende-se, também, dar continuidade à implementação das intervenções e projectos do PNDS 2008-2011.

Em conformidade com as orientações do programa do Governo os programas do PNDS integram transversalmente intervenções nos domínios género, juventude, deficiência e meio ambiente.

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 enquadra, sucintamente, o PNDS no contexto do país, nas necessidades de saúde da população, nos problemas do Sistema Nacional de Saúde e na interligação com os factores determinantes do estado de saúde para depois resumir os conceitos básicos e as grandes linhas da reforma do sector de saúde cabo-verdiano. Apresenta as orientações políticas e estratégicas – a visão, os objectivos e as estratégias globais – que guiarão a sua implementação no período de cinco anos. Apresenta os oito programas nos quais o PNDS está estruturado para dar uma visão global destes, considerados os pilares que sustentam o desenvolvimento da saúde em Cabo Verde.

O segundo volume é de carácter mais operacional e traz os detalhes da planificação de cada programa, estruturando-os em componentes e estes em actividades, para uma maior cobertura das necessidades em serviços de saúde.

O volume I apresenta os programas do PNDS 2012-2016, destacando as razões que os tornam essenciais para a sustentação do plano, os objectivos pretendidos, as estratégias para operacionalizar estes e os factores favoráveis ou desfavoráveis para garantir a sustentabilidade do programa. Finalmente traz um quadro geral de execução com referência à previsão de custos e aos mecanismos de execução, de seguimento e de avaliação da implementação das actividades.

Os oito programas são subdivididos em 46 componentes, com a apresentação seguinte:

VI.1 Programa de Prestação de Cuidados de Saúde

Por se tratar dum programa extenso e a essência da intervenção do SNS optou-se por dividi-lo em 3 subprogramas:

1. Prevenção e luta contra as doenças prioritárias (18 componentes);
2. Atenção específica por género e grupos etários da população (quatro componentes);
3. Operacionalização da prestação de cuidados em cada um dos níveis da pirâmide sanitária (quatro componentes).

Cada um destes subprogramas segue, depois, o esquema adoptado para os outros programas.

A previsão orçamental para o programa de prestação de cuidados de saúde é de 8.978.073 mil ECV, representando 25,61% do custo do PNDS.

VI.2 Programa de Promoção da Saúde

O programa de promoção da saúde compreende dois componentes:

1. Desenvolvimento de políticas de promoção da saúde, nas áreas urbana e rural, enquadradas no processo de desenvolvimento nacional, regional e local;
2. Promoção da Saúde Escolar.

A previsão orçamental para o programa de promoção da saúde é de 1.389.023 mil ECV, representando 3,96% do custo do PNDS. Os fundos já mobilizados para as actividades deste programa representam, cerca de 15,6 % do necessário.

VI.3 Programa de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde

O programa de desenvolvimento dos recursos humanos de saúde é constituído por três 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 equipa- tipos, mínimas e funcionais e o equilíbrio entre os diferentes níveis de atenção;
3. Reforço das competências de gestão e de desenvolvimento dos recursos humanos de saúde.

A previsão orçamental para o programa de desenvolvimento de recursos humanos de saúde é de 9.093.679 mil ECV, representando 25,94% do custo do PNDS. Os fundos já mobilizados para as actividades deste programa representam cerca de 76% do necessário.

VI.4 Programa de Intervenção na Rede de Infraestruturas Sanitárias

A intervenção prevista na rede de infraestruturas sanitárias far-se-á em dois eixos que constituem os seus 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.

A previsão orçamental para o programa de intervenção na rede de estruturas sanitárias é de 6.586.285 mil ECV, representando 18,79 % do custo do PNDS. Os fundos já mobilizados para as actividades deste programa representam cerca de 48% do necessário.

VI.5 Programa de sustentabilidade financeira do Sector Saúde

Este programa comporta três componentes, a saber:

1. Melhoria 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

A previsão orçamental para o programa de sustentabilidade financeira do sector saúde é de 3.111.375 mil ECV, representando 8,87% do custo do PNDS.

VI.6 Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico e das Tecnologias de Saúde

O desenvolvimento do sector farmacêutico far-se-á pela implementação de três componentes que são:

1. Desenvolvimento da função de regulamentação e regulação da actividade farmacêutica;
2. Garantia do regular aprovisionamento para a continuidade do medicamento;
3. Padronização e adequação do parque de equipamentos sanitários a cada tipo de estabelecimento e em função do nível respectivo de atenção.

A previsão orçamental para o programa de desenvolvimento do sector farmacêutico e das tecnologias de saúde é de 5.495.420 mil ECV, representando 15,67% do custo do PNDS. Os fundos já mobilizados para as actividades deste programa representam cerca de 58% do necessário.

VI.7 Programa de Desenvolvimento do Sistema Integrado de Informação Sanitária e da Investigação em Saúde

Este programa será desenvolvido nos dois componentes seguintes:

1. Sistema Integrado de Informação para a Saúde;
2. Desenvolvimento da Investigação em Saúde.

A previsão orçamental para o programa de reforço do sistema de informação sanitária e da investigação em saúde é de 225.246 mil ECV, representando 0,64% do custo do PNDS.

VI.8 Programa de Desenvolvimento da Liderança e Governação do Serviço Nacional de Saúde

O desenvolvimento da liderança e governação do SNS far-se-á segundo os componentes:

1. Melhoria do quadro organizacional do Ministério da Saúde;
2. Adequação do quadro legal com desenvolvimento da função reguladora e de controlo do MS;
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.

A previsão orçamental para o programa de desenvolvimento da liderança e governação do serviço nacional de saúde é de 180.000 mil ECV, representando 0,51% do custo do PNDS.

Na sua globalidade, o PNDS tem um custo estimado em 35.235.355 mil ECV, o equivalente a 394 milhões de USD (taxa de 1USD por 89 ECV).

Através dos fundos anunciados (QDMT/DECRP III), o Governo de Cabo Verde prevê financiar as intervenções do PNDS no montante de 21.626.386 o que corresponde a 61% do custo estimado.

Os montantes a mobilizar anualmente, considerando os custos globais estimados e os fundos anunciados apresentam-se da seguinte forma:

ANO	2012	2013	2014	2015	2016	Total
“Gap” de financiamento	2 080 133	3 082 636	2 714 439	2 353 257	3 120 954	13 351 418

I INTRODUÇÃO

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016 é um instrumento essencial para a implementação da Política Nacional de Saúde, transformando esta em ações 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 continuidade da reforma do sector saúde de Cabo Verde como um instrumento de programação, execução e seguimento para a materialização dos grandes objectivos preconizados:

- Promoção de maior equidade nas oportunidades e nas prestações descentralizadas de cuidados de saúde, pelo reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde;
- 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 ações 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** – contem o enquadramento, os fundamentos políticos e estratégicos – a definição da visão, dos objectivos, das estratégias gerais do PNDS - e a declinação dos programas pilares, para dar uma visão dos objectivos e estratégias que conformam cada um, bem como os custos previstos, os fundos mobilizados, as 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.

A segunda parte, apresentada no **VOLUME II**, trata dos aspectos da operacionalização do PNDS. Apresenta um esforço de planificação detalhada com a desagregação de cada um dos seus oito programas em componentes, metas e actividades e, para estas, a estimativa dos custos, a identificação das fontes de financiamento, os montantes não mobilizados e a previsão do cronograma e dos níveis de responsabilidade para a sua realização.

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.

II BREVE BALANÇO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PNDS 2008-2011

O PNDS 2008-2011 compunha-se de 8 programas e 51 componentes e. Pretendendo-se, em parte, com o PNDS 2012-2016 dar continuidade à execução de alguns projectos e intervenções anteriormente previstos no plano quadrienal findo, faz-se necessário listar as principais realizações durante a vigência do PNDS 2008-2011. Esta listagem apoia-se metodologicamente sobre os principais programas do plano tendo por base avaliações internas.

II. 1. Programa de Prestação de Cuidados de Saúde

No domínio da **protecção à saúde** a implementação das intervenções/projectos permitiram avanços para a obtenção dos objectivos delineados, assinalando-se, em geral, uma melhor cobertura na prestação dos cuidados de saúde sendo de destacar:

A evolução positiva e sustentada das taxas de cobertura vacinal no país. A taxa de cobertura vacinal de sarampo passou de 94,2% em 2009 para 96,6 % em 2011. A taxa de cobertura de BCG passou de 99,2% para 107,4% em 2011 (Relatório Estatístico MS, 2011). Foram, neste período, introduzidas novas vacinas no calendário vacinal do país, a vacina contra o Hemophilus influenzae B sob a forma combinada Pentavalente, que substituiu a tripla e as vacinas combinadas contra a Parotidite, Rubéola e Sarampo.

A prevalência contraceptiva passou de 28,6% em 2007 para 35,2% em 2011. A taxa de cobertura de primeira consulta do pré-natal passou de 86,5% em 2007 para 90,9% em 2011 e a média de consultas por grávida passou de 4,1 em 2007 para 4,4 em 2011. Ainda com relação à saúde materna e infantil, o número de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados passou de 9 172 em 2007 para 10 200 em 2011 representando uma taxa de cobertura de 98,7% e as consultas pós-natais passaram de 39,2% em 2007 para 44,3% em 2011^[1]. Não foi possível, na vigência deste PNDS, melhorar o acesso dos homens aos serviços de SR.

Foi criado em 2011 o Banco de Leite Humano no Hospital Agostinho Neto.

A abordagem da luta integrada contra os vectores, adoptada quando da epidemia de dengue, ocorrida em 2009, determinou uma acção voltada prioritariamente para o controlo vectorial dos mosquitos. Com isso, ganhos importantes foram obtidos no processo de pré eliminação do paludismo, em curso no país, passando a sua incidência de 46 casos em 2008 para 36 casos em 2011, diminuindo também o número de casos autóctones que passou de 20 em 2008 para 7 em 2011^[2]. A meta de pré-eliminação, estimada em 1 caso por 1 000 habitantes, (ODM, 2015) foi atingida.

A melhoria na taxa de mortalidade específica por Tuberculose que foi de 3,2 por cem mil habitantes em 2009, contra 4,8 por cem mil em 2006. De notar também, em 2010, uma evolução positiva nas taxas de sucesso terapêutico (77,8%) e de abandono (12%) que, em 2005, foram respectivamente 65% e 17,8%^[3].

Foi realizada, em 2010, a Cartografia e Estudo socio-comportamental e de seroprevalência do VIH/SIDA nas profissionais de sexo. Com efeito do total de PVVIH sob controlo do PLS I, 42,3% (743 pessoas) já estavam em tratamento anti-retroviral. Em 2011, o país adoptou o III Plano Estratégico Multisectorial de luta contra a SIDA, 2011-2015.

Foram criados Bancos de Sangue nos Hospitais Regionais de Santiago Norte, de São Filipe e de Ribeira Grande. A taxa de doação voluntária e benévola foi aumentada significativamente, alcançando 80% em 2010.

^[1] - Relatório Estatístico do MS, 2010

^[2] - Relatório do PNLP, 2011

^[3] - Relatório Estatístico do MS, 2010

Foram realizadas intervenções, em articulação com outras instituições públicas como Educação, Agricultura, Ambiente e com organizações da sociedade civil, visando a prevenção dos factores de risco para as doenças crónicas não transmissíveis prioritárias, destacando-se:

- Campanhas de sensibilização destinadas a informar a população sobre a importância da alimentação saudável e a prática do exercício físico regular;
- Feiras de saúde para despistagem da hipertensão arterial e diabetes;
- Rastreio para cancro da mama;
- Malefícios do uso abusivo do álcool
- Segurança rodoviária.

Os progressos destas intervenções ainda não foram avaliados tendo sido realizado, em 2007, o primeiro inquérito sobre os factores de risco para as doenças não transmissíveis (IDNT I).

Sobre as ações de recuperação da saúde, de realçar a instalação de duas unidades de hemodiálise nos hospitais centrais em 2010. Foram dialisados 37 pacientes no HAN e 10 no HBS, em 2011.

Não existem intervenções sistematizadas de oferta de cuidados de saúde às populações impossibilitadas de procurar os serviços por razões diversas: idosos acamados, pessoas com deficiência, pessoas com doenças crónicas em fase terminal, etc

Outras intervenções foram desenvolvidas visando a prestação de cuidados em relação às doenças não transmissíveis, nomeadamente recrutamento de especialistas nas áreas de cardiologia, endocrinologia e medicina interna, formação, elaboração de protocolos terapêuticos (medicina interna e pediatria), aquisição de equipamentos de diagnóstico (laboratório, imagiologia e de registo gráfico) e introdução da quimioterapia.

Contudo, ainda não é evidente uma evolução positiva nos indicadores de mortalidade das doenças não transmissíveis, mantendo-se as doenças cardiovasculares (DCV) como a primeira causa de óbitos nos últimos 10 anos, tendo passado de 324 óbitos e uma taxa de 67,8 por cem mil habitantes, em 2005 para 655 óbitos e uma taxa de 131 por cem mil, em 2011. Por sexo, a taxa de mortalidade por DCV foi de 128,3 por cem mil nos homens e 133,7 por cem mil em mulheres.

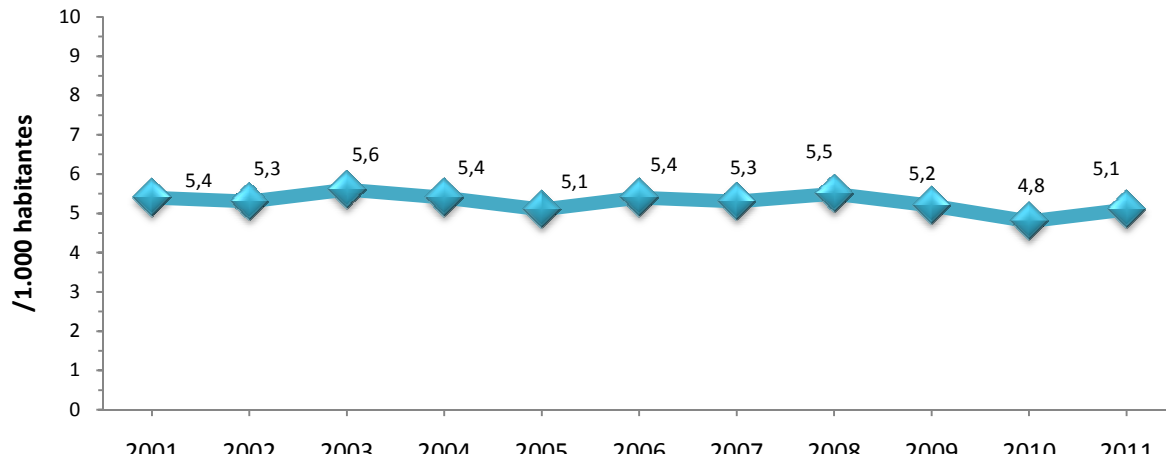
Assinalam-se progressos na área da traumatologia com mais especialistas e equipamentos, com reflexos na redução das evacuações para o exterior. Contudo, mantêm-se importantes constrangimentos na área de ortopedia designadamente falta de neurocirurgião e de equipamentos. Não está ainda estabelecida uma política de acesso à provisão de órteses e próteses embora algumas instituições/associações procurem dar uma resposta neste campo (INPS, ONG's). São incipientes as respostas para se evitar o agravamento da deficiência e o aparecimento da deficiência secundária, constatando-se alguma capacidade instalada para a reabilitação a nível dos hospitais e no sector privado. Existe um Centro Nacional Ortopédico e de Reeducação Funcional (CENORF) com capacidade para produção de algum material de prótese e para reabilitação, cujo funcionamento é apoiado pelo governo.

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 Hospital de Sal) e o serviço de oftalmologia foi beneficiado com novas instalações e equipamentos.

As capacidades de resposta dos laboratórios de análises clínicas dos hospitais foram reforçadas, 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 de colinesterase, troponina, entre outros.

Conforme o gráfico em baixo, constata-se que a taxa de mortalidade geral do país teve uma evolução aceitável nos últimos dez anos, passando de 6,0 por mil, em 2001 para 5,1 por mil, em 2011.

Gráfico: Evolução da Taxa de Mortalidade Geral 2001-2011 em Cabo Verde



(*) Evolução recalculada com a TMC resultante do RGPB 2010

Fonte: SVEI/DNS/MS

II. 2. Programa de Promoção da Saúde

Foi elaborado, em 2008, o Plano Estratégico de Promoção de Saúde 2009-2012 e foram desenvolvidas campanhas de sensibilização e educação para a saúde, por ocasião da comemoração de efemérides, de campanhas de vacinação e durante as epidemias, assim como ações de educação temática relativas à saúde oral, doenças diarreicas, tuberculose, VIH/SIDA, violência baseada no género, inclusão da deficiência, alimentação e nutrição, entre outros.

Várias intervenções foram realizadas, em parceria com as estruturas do Ministério da Educação, no domínio da saúde escolar nomeadamente a desparasitação dos alunos do EBI e a distribuição de ferro nas escolas. Foram realizados estudos sobre a situação nutricional, a cárie e as doenças da pele.

Em 2011, foi aprovada a lei contra a Violência Baseada no Género (VBG) que constitui um marco importante para o reforço de acções de prevenção da VBG.

No mesmo ano, teve lugar o I Fórum Nacional de Promoção da Saúde que reuniu representantes do sector público, privado e da sociedade civil.

II. 3. Programa de desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde

O Ministério de Saúde 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 66% das despesas de funcionamento em 2012 contra cerca de 75% em 2007. Houve uma evolução no efectivo que passou de 2.000 funcionários, em 2007, para 2.588 em 2010 representando um aumento de 29%^[4].

O rácio por 10.000 habitantes também evoluiu positivamente em todas as categorias, constatando-se que, em 2011, foi de 5,8 médicos contra 4,7 em 2008, de 10,9 enfermeiros contra 9,6 em 2008, de 1,2 farmacêuticos contra 0,8 em 2008 e de 1,9 para outros técnicos superiores contra 1,8 em 2008.

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.

^[4] - Relatório Estatístico, 2010 e SIGOF, 2012

Entretanto, a nível das unidades de saúde foram contratados trabalhadores essencialmente da categoria auxiliar^[5].

Em 2010 foram realizadas promoções que abrangeram 113 médicos, 111 enfermeiros e 12 técnicos superiores, assim como progressões e, ainda, 46 médicos beneficiaram de formação especializada.

II. 4. Programa de intervenção na rede de infraestruturas sanitárias

Na vigência do PNDS 2008-2011 foram construídas as seguintes infra-estruturas: Hospital Regional Santiago Norte (conclusão); Maternidade da Praia e Central de Consultas do HAN; Policlínica de Sal; Centros de Saúde de Achada de Santo António, Tira-Chapeu, Achadinha, Achada Grande Trás e Ponta de Água, na cidade da Praia; Centros de Saúde de Tarrafal de Santiago, Boavista, Maio e Mosteiros; Postos Sanitários de Telhale Chão Bom. Em curso a construção da sede da Delegacia de Saúde de São Vicente.

Foram ainda remodeladas/reabilitadas várias estruturas de saúde nomeadamente, Banco de Urgência e rede hidro-sanitária do HBS; bloco cirúrgico e enfermaria de saúde mental do HR da Ribeira Grande e Centro de Saúde de Paúl, em Santo Antão; Centro de Saúde de Santa Cruz e de Cova Figueira; farmácia de Estado do Plateau, na Praia; farmácia do HAN; Postos Sanitários de 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.

É de destacar que os equipamentos estão sendo construídos buscando seguir as normas que permitem o acesso das pessoas com deficiência e mobilidade reduzida faltando no entanto estudos que actualizem a cobertura da rede sanitária.

Nos últimos anos (PNDS 2008-2011) foram desenvolvidas várias iniciativas no sentido de diminuir a dispersão de marcas e modelos dos equipamentos na rede de laboratórios dos Hospitais Centrais da Praia e Mindelo, nomeadamente através de Planos de Aquisição Comum que garantem um processo comum e integrado de contratualização de equipamentos e manutenção, tendo como contrapartida a aquisição de reagentes e consumíveis. Estas iniciativas já foram intruduzidas noutros laboratórios do país, incluindo no 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 centros de saúde de Boavista, Maio, Tarrafal, Mosteiros e Santa Cruz dispõem da mesma marca e modelo de aparelhos de Raios X digital. Na maioria das estruturas de saúde do país, a revelação de imagens foi substituída pela impressão digital.

II. 5. Programa de sustentabilidade financeira do sector da saúde

Durante a vigência de PNDS 2008-2011, a contribuição do governo para as despesas de funcionamento do Ministerio da Saúde variou de 8,13% em 2008 a 9,7% em 2011(Relatorio Orçamento de Estado, 2013).

O INPS, uma das principais instituições de protecção social do país, passou a cobrir cerca de 37% da população em 2011 correspondente a 181.919 beneficiários, incluindo entre as suas prestações custos com os cuidados de saúde de seus segurados. A taxa destinada à 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^[6]. O INPS transfere anualmente 192 mil contos para o Ministério da Saúde o que representa cerca de 6% do respectivo orçamento de funcionamento. Ainda de referir, os custos suportados pelo INPS quanto a medicamentos e evacuações para seus beneficiários que, em 2009, atingiram um montante, respectivamente, de 590 489 e 211 833 contos.

^[5]- Direcção do Serviço de Recursos Humanos/DGPOG

^[6] - Contas Nacionais de Saúde, 2008-2009

As famílias contribuem com 36,9% para o financiamento global do sector da saúde, representando em 2009 um montante de 2 138 989 494 escudos. A desagregação desse valor indica que o pagamento directo dos cuidados de saúde pelas famílias foi de 1 277 912 713 escudos (59,7%) enquanto as contribuições para o INPS e os seguros privados corresponderam acerca de 40%^[7].

Os dados de execução orçamental de 2011 apontam para arrecadação directa dos serviços de saúde através do desembolsado 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 direccionado 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.

Foi implementado o sistema de informação financeira (SIGOF) nos serviços centrais do Ministério da Saúde, nos Hospitais Centrais e no CNDS e esta implementação deve ser alargada às estruturas de saúde de todo o país em 2012. 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.

II. 6. Programa de desenvolvimento do sector farmacêutico

Na vigência do PNDS 2008-2011 foram elaborados, para o sector farmacêutico, um conjunto de diplomas legais, nomeadamente a Lista Nacional de Medicamentos e a Lista de Medicamentos para postos de venda, o regime de preços de medicamentos de uso humano e as normas de vigilância da vertente económica do sistema integrado de monitorização do mercado farmacêutico – SIMFAR.

No sector privado, as farmácias aumentaram de 28 em 2008 para 33 no mesmo período segundo o Relatório Estatístico do Ministério da Saúde de 2010. O rácio farmácia/habitante em julho de 2012 é de 1 farmácia por 14 000 habitantes, excluindo as farmácias públicas que passaram de 22 em 2008 para 30 em 2010. Contudo, persistem assimetrias regionais na distribuição de farmácias.

O número de farmacêuticos evoluiu de 36 em 2007 para 61 em 2010, correspondendo a uma evolução no rácio farmacêutico/habitante de 0,8 para 1,2 por 10 000^[8]. Dos 61 farmacêuticos no sector, 47 estão no privado.

Da percentagem do Orçamento do Estado atribuído ao Sector público da Saúde, cerca de 1/5 destina-se aos medicamentos e acessórios. Em 2010, as despesas *per capita* com medicamentos e vacinas foi de 1.177 ECV, dos quais 1.123 ECV para medicamentos^[9].

Em 2011 foram registados (AIM) 85 especialidades farmacêuticas, entre as quais 10 da INPHARMA.

^[7] - Contas Nacionais de Saúde, 2008-2009

^[8] - Relatório Estatístico do MS, 2010

^[9] - Relatório Estatístico do MS, 2010

II. 7. Programa de desenvolvimento do Sistema de Informação Sanitária e da Investigação em Saúde

Desde 2004 o Ministério da Saúde produz um relatório estatístico anual, cuja qualidade vem sendo melhorada e, em 2011, foram elaboradas as primeiras Contas Nacionais de Saúde referentes aos exercícios dos anos 2008 e 2009, em concertação com o INE.

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 MS, OMS e o Núcleo Operacional para a Sociedade de Informação/ NOSI.

O NOSI está a operacionalizar uma base de apoio informático ao sistema integrado de informação sanitária, sob a forma de experiência piloto no HAN e nos centros de saúde da Delegacia de Saúde de Praia.

Foram realizados alguns estudos e inquéritos no país com interesse para o sector da saúde, nomeadamente nos domínios da nutrição e da infecção VIH/Sida.

Será importante reforçar a inclusão da dimensão da deficiência e também a do género e da juventude, melhorando o processo de exploração e desagregação de dados e realizando pesquisas que permitam identificar barreiras assim como outros problemas. De notar que, já no censo de 2010, o INE integrou um módulo específico para a deficiência, utilizando metodologias internacionalmente recomendadas, o que veio permitir uma melhor desagregação dos dados.

II. 8. Programa de desenvolvimento do Quadro Institucional

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, a Direcção Geral de Farmácia e Medicamento e a Inspecção Geral de Saúde. A orgânica não foi ainda implementada na sua totalidade.

A primeira região sanitária foi implementada, a Região Sanitária de Santiago Norte.

O Decreto-Lei nº 36/2009 criou o Hospital Regional Santiago Norte, ficando ainda por adoptar o regulamento interno do mesmo. No mesmo ano, foi publicado o Decreto-lei nº 37/2009 que define as normas de organização e funcionamento dos Hospitais Regionais.

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.

Durante a vigência do PNDS 2008-2011, as ações de coordenação e seguimento da execução do PNDS foram desenvolvidas pelo Gabinete do Ministro, através de sua assessoria e do Gabinete de Estudos Planeamento e Cooperação. Anualmente, nas reuniões do Conselho do Ministério da Saúde, foram definidas as prioridades do Ministério da Saúde para o ano seguinte.

Principais constrangimentos

A implementação do PNDS 2008-2011 enfrentou alguns constrangimentos:

- Inexistência de orçamentação das intervenções o que dificultou a mobilização de recursos;
- Insuficiente apropriação pelos parceiros e instituições com intervenção directa no sector da saúde;

- Fraco desenvolvimento de acções de intersectorialidade para a implementação do PNDS, incluindo os eixos transversais como género, deficiência, juventude;
- Alguns dos componentes do PNDS não tiveram responsáveis directos;
- Não constituição dos órgãos competentes previstos para a gestão e seguimento do PNDS, excepção feita às discussões das prioridades anuais, no Conselho do Ministério;
- Fraco alinhamento dos planos e programas das estruturas de saúde com o PNDS;
- Fraca avaliação interna e inexistência de avaliações externas do PNDS.

Com base neste breve balanço da implementação do anterior PNDS consideram-se como alguns desafios para o PNDS 2012-2016:

- Mobilização de recursos para fortalecer intervenções com enfoque nas questões de género em interface com os diferentes setores do governo e da sociedade civil;
- Pactuar acções que envolvem diferentes setores e fortalecer parcerias com o Ministério da Educação, Ministério da Juventude, Trabalho e Família, com o intuito de apoiar e fortalecer a transversalização da abordagem de género e deficiência na implementação do PNDS;
- Apoiar e fortalecer a atuação do órgão de gestão do PNDS e o CNS no que diz respeito ao monitoramento e avaliação sistemática do PNDS.
- Fortalecer a participação ativa da sociedade civil, através das organizações representativas, em todas as fases do PNDS, planeamento, implementação, seguimento e avaliação.
- Alinhar e pactuar planos e programas das estruturas de saúde com o PNDS;

III CONTRIBUIÇÃO DO SECTOR DA SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO DE CABO VERDE

A taxa de crescimento do PIB em Cabo Verde no período de 1995 a 2011 está estimada em 5,2% por ano, sendo uma das melhores na região africana. No entanto, a recente crise financeira desacelerou a economia e o crescimento do PIB ficou em cerca de 4% por ano.

O espaço fiscal tem mantido um balanço positivo. No período 2004-2011, as receitas públicas representaram 35,5% do PIB, enquanto as despesas atingiram 24,7% do PIB. Isso possibilitou ao país fazer face ao impacto da crise financeira internacional e financiar a sua resposta anti-cíclica.

Uma análise económica das despesas públicas com sectores sociais, incluindo a saúde (Brasil 2011), indica que elas geram riqueza, reduzindo as desigualdades na sua distribuição, e que podem constituir uma alavanca para economia, mormente em tempos de crise. O Instituto de Pesquisa Económica Aplicada (IPEA)¹⁰ do Brasil, defende que os gastos nos sectores sociais, como a saúde, a educação e a previdência social, produzem um efeito multiplicador maior no crescimento do PIB e no aumento das receitas fiscais, do que alguns sectores produtivos, como a construção civil, indústrias de extracção, entre outros.

No nosso país a saúde representa cerca de 5% do PIB (Contas Nacionais de Saúde), contribuindo para tal o Estado, as famílias e fundos externos. Por sua vez, a saúde tem contribuído significativamente para a melhoria das condições de vida das populações e ao desenvolvimento do país. O aumento da esperança de vida e a redução da mortalidade, em particular, a infantil, figuram entre os factores que determinaram a ascensão do índice de desenvolvimento humano e a saída de Cabo Verde, em 2008, do grupo dos países menos avançados (PMA).

Embora haja um crescimento real do orçamento para a saúde, apesar das oscilações, o peso das despesas com este sector no orçamento do Estado desceu a partir de 2006 em 6% e estabilizou-se em cerca de 7% nos últimos anos.

Crescimento anual, em termos reais, do orçamento do Ministério da Saúde

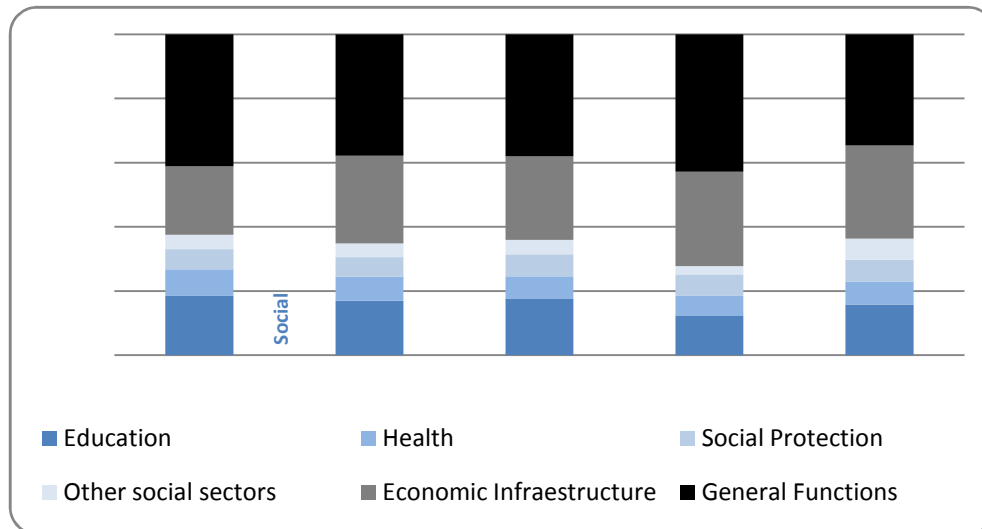
	<i>(em milhões escudos correntes e constantes de 2005)</i>						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Orçamento da saúde (termos nominais) *	1,670	1,741	1,837	2,190	2,517	2,656	2,931
Deflator (GDP)		102.6	104.0	107.3	111.8	115.5	120,0
Orçamento da saúde (constante 2005 escudos)		1,696	1,766	2,041	2,251	2,299	2,442
Taxa de crescimento anual em termos reais		+1.6%	+4.1%	+15.6%	+10.3%	+2.1%	+6.6%

Fonte: PEMFAR 2011- "Public Expenditure Management and Financial Accountability Review"

As despesas públicas no período 2007 a 2011 reflectiram as prioridades do segundo Documento de Estratégia de Governo e de Redução da Pobreza (DECRP II), nomeadamente a boa governação, recursos humanos, a coesão social, a competitividade e infra-estrutura económica. A participação da protecção social foi estabilizada, enquanto a percentagem de educação e saúde caiu de 26,5 por cento, em 2007 para 22,8 por cento, em 2011, sendo esta diminuição no sector da saúde devida essencialmente ao nível de implementação do envelope dos projectos de infra-estruturação.

¹⁰IPEA 2011, Gastos com a política social: alavanca para o crescimento com distribuição da renda. Análise de multiplicadores de uma matriz de contabilidade social. O aumento de 1% das despesas de saúde com relação ao PIB pode multiplicar o crescimento económico em 1,7%. Igualmente, o aumento dos gastos com os sectores sociais, nomeadamente, a saúde tem um efeito multiplicador no rendimento das famílias, equivalente a 1,4% (aumento do consumo interno e a produção de bens de consumo para as famílias).

Composição das despesas públicas por funções, 2007-11



Fonte: PEMFAR 2011

Pode-se afirmar, ainda, que a saúde é um ramo de economia em rápido crescimento.

Há necessidade de uma análise do efeito do sector da saúde na economia no nosso país. Senão vejamos, cerca de 70% das despesas públicas com a saúde destina-se a salários do pessoal. O pessoal paga impostos, contribuindo para o aumento das receitas fiscais e consome bens e serviços, sustentando a produção e criando riquezas. Não existem estudos sobre o número de emprego indirecto gerado pelo sector saúde, em geral.

O sector empresarial deste ramo, em 2009, teve um volume de negócios de mais de 5 milhões de contos e o valor acrescentado bruto (VAB) foi superior a 1,2 milhões de contos. Comparativamente a 2007, o volume de negócios aumentou em 62% e o VAB em 75%. Ainda em 2009, o número de empregados era de 850, sendo as despesas com o pessoal superior a 500 mil contos e o montante total do IUR superior a 130 mil contos¹¹.

Os principais nichos de actividades do sector empresarial na saúde estão concentrados nas áreas de estomatologia, farmácias, clínicas, imagiologia, laboratórios de análises clínicas, fisioterapia. As empresas no ramo da saúde eram de 139 em 2009 (INE, Inquérito às Empresas 2007-2009). O sector da saúde conta actualmente com algumas indústrias instaladas na área de produção de medicamentos, na produção de gases medicinais e de próteses.

Um nicho de desenvolvimento do sector empresarial da saúde com potencialidades é o turismo da saúde, particularmente nas ilhas onde esta actividade apresenta maior concentração, podendo ser este um tema de uma investigação aplicada das instituições de investigação no nosso país.

¹¹INE: Inquérito às empresas 2007, 2008 e 2009.

IV ENQUADRAMENTO DA REFORMA DO SECTOR SAÚDE

IV.1 CONTEXTO DO PAÍS

O SNS de Cabo Verde cresceu ao longo dos anos pós-independência, para atingir um patamar de qualidade e assegurar a disponibilidade de cuidados de saúde para todos, incluindo o acesso aos medicamentos e a prestação de cuidados gratuitos a grupos específicos nomeadamente mães, crianças e doentes crónicos.

A elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário e a sua execução fazem-se num contexto de estabilidade política que cria uma base sólida para o progresso de Cabo Verde, caracterizada pela consolidação da democracia e pela afirmação crescente do papel da sociedade civil. A participação desta é assegurada a nível do Conselho Nacional de Saúde, órgão de acompanhamento do MS, as Comissões deliberativas e o Conselho consultivo a nível da Região Sanitária, a Comissão municipal de saúde a nível local/municipal e ainda as ONG com intervenções na área da saúde. A sociedade civil participa também em comissões específicas para questões de saúde nomeadamente SIDA, droga entre outras.

O País regista sucessos no seu crescimento económico e no desenvolvimento humano, factos que contribuíram para que as Nações Unidas tivessem aprovado a resolução visando graduá-lo à categoria de país de rendimento médio, a partir de 2008. Para isso terão contribuído um conjunto de políticas económicas que favoreceram um crescimento progressivo de investimentos públicos e privados que vêm contribuindo para uma redução paulatina das taxas do desemprego e dos níveis da pobreza, assim como de políticas sociais que sustentam uma evolução favorável dos indicadores económicos e sociais.

O índice de desenvolvimento humano de Cabo Verde em 2011 foi de 0,568, ocupando o lugar 133 entre 187 países e integrando o grupo de desenvolvimento humano médio (<http://hdr.undp.org>).

O Produto Interno Bruto/PIB^[12] vem apresentando um crescimento gradual ao longo dos últimos anos e, entre 1999 e 2007, foi em média de 7,2% ao ano, estimando-se um PIB per capita em 2010 de US\$ 3.157^[13]. O sector económico que mais cresceu nos últimos anos foi o secundário, movido pelos investimentos na construção civil sendo, no entanto, o sector terciário o principal responsável pela economia em Cabo Verde representando 73% do PIB do país em 2010, tendo como elemento chave o turismo

A crise económica e financeira global que atinge os países centrais desde 2009, afigura-se como um contexto de incertezas e que interpela o país para o esforço de geração de riqueza nacional de um lado e por outro a medidas de contenção e do reforço do sentido de eficácia e eficiência na utilização de recursos disponíveis a todos os níveis.

A população de Cabo Verde passou de 434.625 habitantes em 2000 para 491.575 habitantes em 2010 o que representa uma taxa de crescimento médio anual de 1,23%, com uma forte concentração no meio urbano (62%) embora, em 16 dos 22 Concelhos do país, a população rural ainda seja proporcionalmente maior do que a urbana. A razão H/M é de 98% e a idade média passou de 18 para 22 anos respectivamente, de 2000 a 2010. As crianças menores de 15 anos de idade representam 31,7% da população geral. O tamanho médio das famílias é de 4,2 pessoas por agregado familiar^[14].

A proporção da população de menores de 15 anos começou a diminuir de 47,2% em 1970 para 42,3% em 2000 e 31,7% em 2010, enquanto o inverso se verifica em relação à população com 70 ou mais anos de 3,3% para 4,2% e 6,4% no mesmo período^[15]. Os imigrantes representam 2,9% da população residente (14.373 pessoas) sendo 71,9% do continente africano. Entre 2000 a 2010, aproximadamente 19 mil cabo-verdianos emigraram do país. A população flutuante devido ao fluxo relacionado com o turismo representa um número considerável a ter em conta nos processos de planificação para a prestação de cuidados de saúde (336 mil turistas visitaram o país em 2010).

[12] - Produto interno bruto (PIB) com base na paridade do poder de compra- (PPP) do país

[13] - <http://www.imf.org>

[14] - Censo 2010

[15] - Relatório Estatístico do MS, 2010

A esperança de vida à nascença aumentou de 56,3 anos em 1970 para 72,1 anos, em 2005. Assiste-se a uma transição demográfica, em resultado da diminuição do índice sintético de fecundidade (ISF) de 7,1 filhos por mulher, em 1980, para 4 em 2000 e 2,9 em 2005^[16] e a redução da mortalidade geral que, em 2011, foi de 5,1‰.

De acordo com o Censo de 2010 do Instituto Nacional de Estatística, existem 104.432 pessoas com algum grau de deficiência em Cabo Verde ou seja 21,2 % da população (audição, mobilidade, visão, memória/concentração, autonomia, comunicação). Com incapacidade de grau extremo, a prevalência foi de 4,7% correspondente a 23.015 pessoas. Do total de pessoas com deficiência a maioria é do sexo feminino, 58,2%, implicando num total de 60.570 mulheres para 43.862 homens. As incapacidades de visão, de memória, mobilidade, e auditivas são as de maior prevalência tendo representado respectivamente, 13,2% (M: 16,3 e H: 10,1), 5,5% (M: 6,5 e H: 4,6) 5,0% (M: 5,8 e H: 4,1) 4,4% (M: 4,9 e H: 3,9).

A partir dos 5 anos, a prevalência de incapacidade aumenta quanto maior é a faixa etária. Com efeito, na faixa etária de 5 a 9 anos 10,6% da população possui alguma deficiência, enquanto na de 55 a 59 anos 44,3% apresenta pelo menos uma forma de incapacidade pesquisada passando a 81% acima dos 80 anos.

Entre os aspectos positivos, verificados nos sectores afins, destacam-se as elevadas taxas de escolarização (da ordem dos 90% no ano lectivo 2009/10 para a população dita escolarizável em Cabo Verde, isto é, entre 6 e 17 anos) e de alfabetização e a larga predominância do género feminino não só na população escolar como entre os docentes, condições essenciais para o reforço da protecção e promoção da saúde bem como da prevenção e combate à doença. Nos últimos anos verificou-se um forte investimento na melhoria do acesso à água potável (mais de 80% da população) e, embora em menor escala também ao saneamento básico^[17]. A diminuição progressiva do crescimento da população pode representar uma vantagem, a longo termo.

Este desenvolvimento traz novas exigências e desafios ao país, nomeadamente relativos à sustentabilidade financeira para adequar os níveis de recursos atribuídos às necessidades de saúde da população, quer vindos do tesouro público, quer da segurança social, da comparticipação dos utentes e de parcerias externas, para assegurar novos investimentos em infraestruturas, equipamentos e pessoal qualificado e poder assim responder às demandas da população cabo-verdiana e às exigências da indústria do turismo.

A liberalização económica e social, nomeadamente no campo da prestação de cuidados de saúde obriga, por um lado, a uma reorganização do sector público baseada numa descentralização efectiva das respostas aos problemas de saúde prevalentes e aos emergentes, em resultado da transição epidemiológica e, por outro, a um enquadramento e complementaridade com o sector privado de saúde, para alargar o âmbito e a qualidade das respostas.

Assente neste contexto geral do país, o PNDS terá que equacionar as alternativas para lançar bases seguras para a reforma da saúde preconizada pela Política Nacional.

IV.2 PERFIL SANITÁRIO DO PAÍS – NECESSIDADES E PROBLEMAS PRIORITÁRIOS

As necessidades de saúde da população cabo-verdiana ^[18] e os problemas que o serviço nacional de saúde enfrenta, sobretudo tendo em conta as limitações socio-económicas e de recursos, constituem um enorme desafio à formulação dum plano nacional de desenvolvimento sanitário capaz de lançar as bases da reforma do sector da saúde.

A evolução dos indicadores de saúde mostra que Cabo Verde se encontra numa fase de transição epidemiológica, caracterizada pela coexistência dum incidência significativa de doenças infecto-contagiosas, típicas de países pouco desenvolvidos e uma ocorrência crescente de doenças degenerativas, tais como os acidentes vasculares cerebrais, os tumores e as doenças do aparelho circulatório, ou de

[16] - Inquérito Demográfico e de desenvolvimento da saúde Reprodutiva/IDSR II, 2005

[17] - QUIBB 2007/Questionário Unificado sobre Indicadores Básicos de Bem-estar

[18] - Profil du Système de Santé du Cap Vert, Ministère de la Santé & OMS, Praia, Cap Vert, 2007

traumatismos, entre as principais causas de mortalidade. Destas, as primeiras causas identificadas são as doenças do aparelho circulatório, que quase duplicaram entre 2005 e 2011 passando de 324 óbitos e uma taxa de 67,8 por cem mil, para 655 óbitos correspondentes a uma taxa de 131 por cem mil habitantes. Em 2010, foram também principais causas de morte as doenças cerebro-vasculares (59,5 por cem mil), os tumores malignos (61,6 por cem mil), os traumatismos e envenenamentos (31,3 por cem mil) e ainda as causas infecciosas e parasitárias (43,1 por cem mil) e as afecções respiratórias (48, por cem mil).

Entre 1995 e 2005 a mortalidade infantil sofreu uma redução acentuada, tendo passado de 56,2 para 20,2 por mil nados vivos. Contudo, de 2005 a 2009 verifica-se uma oscilação à volta dos 20 por mil nados vivos (23,0‰ em 2011), constatando-se que mais de 50% dos óbitos são devidos a afecções perinatais registadas durante os primeiros sete dias de vida (147 óbitos em 2011, 61,8%) e que ultrapassaram as causas devidas a anomalias congénitas (12,2%, 29 óbitos). A terceira causa é constituída pelas doenças infecciosas e parasitárias (10,9% em 2011) aparecendo como quarta causa as afecções respiratórias (6,3%, 15 óbitos) as quais, no entanto, vêm diminuindo gradualmente.

A mortalidade entre menores de cinco anos situava-se, em 1995, em 74,6‰ nados vivos passando a 22,6‰, em 2005 e a 26,2‰, em 2011.

A mortalidade materna, cuja taxa evoluiu de 69,1 para 14,5 mortes por cem mil nados vivos na década de 1995 e 2005, correspondeu a 5 mortes em 2011 e ocorre, em grande parte, nos hospitais do país onde persistem insuficiências na prestação de cuidados obstétricos de base e de urgência, não obstante os progressos verificados.

A evolução das principais causas de morte atesta bem a transição epidemiológica vivida com as causas não transmissíveis a se responsabilizarem, em 2010, por 69% dos óbitos entre a população geral excluídas as causas classificadas como “mal definidas”. A mortalidade materna (5 óbitos em 2011) e a perinatal (26,3 por 1000 NV em 2011) indicam a persistência de problemas de organização e funcionamento dos serviços para uma resposta efectiva aos problemas ligados à gravidez e ao parto.

Não existem dados desagregados que permitam uma avaliação sobre atenção específica prestada a pessoas com deficiência.

IV.2.1 Problemas de saúde da população

Na Política Nacional de Saúde, foram considerados prioritários problemas de saúde de mais elevada prevalência ou com maiores potencialidades epidémicas, por um lado e aqueles que irão exigir do SNS uma atenção particular por estarem em vias de erradicação/eliminação, por outro.

Entre as situações de doença que afectam a população cabo-verdiana e que são objecto da intervenção do Serviço Nacional de Saúde, destacam-se:

A **tuberculose**, com taxas de incidência a situarem-se em índices relativamente elevados, à volta dos 69 por cem mil habitantes ^[19] embora aquém do teoricamente previsível pela OMS, à roda de 150, constitui ainda um problema de saúde da população. A taxa de sucesso de tratamento passou de 65% em 2005 para 77,8% em 2010 (esperado > 85% em 2010). A taxa de abandono, em 2010, foi de 12,0% e, embora mais baixa comparativamente aos 17,8% em 2005, continua elevada tendo em conta a meta de 5 % estipulada pelo PNLT para o ano de 2010.

A **lepra**, que teve uma expressão relativamente importante no passado e em algumas ilhas, tendo-se assinalado “uma prevalência à volta de 1200 casos nos fins dos anos setenta” e desde 1998, foi eliminado como problema de saúde pública.

As **infecções respiratórias agudas** com 27.352 casos em menores de cinco anos, registados em 2010, assim como as **doenças diarreicas agudas** com 13.660 casos no mesmo grupo e ano, têm uma frequência elevada e a sua importância deriva, sobretudo, da repercussão na morbi-mortalidade entre as crianças.

A **infecção pelo VIH/SIDA** é considerada como “uma epidemia de fraca prevalência”, de 0,8% segundo o IDSRII de 2005 e do tipo concentrada. Transmitida predominantemente pela via heterossexual (80-90%), as

[19] - Relatório Estatístico do Ministério da Saúde 2010

outras formas importantes de contágio são pela transmissão mãe-filho (18% em 2010) e entre usuários de drogas embora, neste grupo, os dados apontem para menos de 1% também em 2010. Ainda neste ano, a taxa de detecção do VIH foi de 83,6 por cem mil contra 48,2 por cem mil, em 2005. Até Dezembro de 2009, já tinham sido notificados 2.888 casos de infecção por VIH/SIDA. A taxa de mortalidade situou-se em 12,0 por cem mil em 2011 (60 óbitos), contra 14,0 por cem mil, em 2005. De acordo com os resultados do Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II 2005) a taxa de seroprevalência é de 0,8%, sendo 1,1% nos homens e 0,4% nas mulheres. Com relação à seroprevalência por regiões, a região de Sotavento, que inclui as ilhas de Santiago, Maio, Fogo e Brava é a mais afectada com uma taxa de prevalência de 1,1%. A região de Barlavento, que inclui as ilhas de Santo Antão, S. Vicente, São Nicolau, Sal e Boa Vista regista uma taxa de prevalência de 0,1%. Os centros urbanos apresentam uma taxa de prevalência de 0,9% contra 0,6% nas zonas rurais.

As outras **infecções sexualmente transmitidas**, pese embora uma sub notificação, apresentam uma prevalência elevada sendo a incidência das uretrites e vaginites de 86,1 casos para dez mil habitantes, em 2000 e 42,9 casos para dez mil habitantes, em 2003. A incidência da sífilis variou entre 7,6 casos para dez mil habitantes, em 2000 e 4,6 para dez mil, em 2003^[20].

As **doenças preveníveis pela vacinação** já não representam um problema de saúde pública. Registou-se, desde a independência, duas epidemias de poliomielite: uma em 1986 e outra no ano 2000, não se assinalando mais caso algum, desde então. A última epidemia de sarampo foi assinalada em 1997 (8.584 casos). A difteria e a coqueluche desapareceram de há muito dos boletins nosológicos de Cabo Verde.

Uma epidemia de rubéola foi registada em 2008 e 2009 com 9.648 e 19.479 casos respectivamente. Foi revisto o calendário vacinal e foram introduzidas novas vacinas no PAV em 2010.

O **paludismo** é de baixa endemicidade, de carácter instável com uma transmissão sazonal, ocorrendo predominantemente na Ilha de Santiago. Produziu, nos últimos cinco anos, menos de oitenta casos por ano, entre autóctones e importados e as taxas de incidência variaram entre 0,1‰ em 1997 e 3,0‰ no ano 2000 e entre 1,6‰ em 2006 e 0,9‰ em 2010^[21]. Existe um plano de pré eliminação 2009- 2013 que focaliza estratégias visando o reforço do sistema de saúde, a qualidade do diagnóstico e seguimento dos casos, o controlo do vector e a implementação de um sistema de monitorização e avaliação. A Política Nacional de Saúde estabeleceu a eliminação do paludismo até 2020.

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 da dengue e quatro óbitos. A epidemia incidiu sobretudo nas ilhas de Sotavento (Santiago, Fogo, Brava e Maio). Cerca de 69% dos casos de dengue concentraram-se no Concelho da Praia, único município onde ocorreram óbitos. Em 2010, foram ainda registados 382 casos de dengue maioritariamente no 1º trimestre, sem óbitos.

Considerando que existe, em certas ilhas, o vector da febre-amarela e da dengue, *Aedes aegypti* e tendo em conta os frequentes contactos com países onde essas doenças são endémicas, torna-se necessário reforçar medidas de vigilância.

Na vigência do PNDS 2008-2011 foram ainda registadas repetidas epidemias de conjuntivite, varicela, viroses de etiologia desconhecida, hepatite A e febre tifoide.

A última epidemia de **Cólera** em Cabo Verde teve lugar entre 1994 e 1996 com 13.469 casos e 255 óbitos.

Estudos sobre certas doenças não transmissíveis dão um panorama, ainda que incompleto, da situação no relativo a algumas entidades nosológicas.

Um inquérito transversal de prevalência sobre a **cegueira**, realizado em 1998, revelou um problema de saúde pública pela existência de mais de 3.000 pessoas cegas [0,76% da população] e de mais de 15.000 pessoas em risco, por uma baixa da visão bilateral ou mesmo perda de visão unilateral. Entre as causas, a catarata decorrente do envelhecimento ocupa o primeiro lugar, o glaucoma de ângulo aberto posiciona-se em segundo e em terceiro estão as opacidades da córnea, não tracomatosas e as retinopatias vasculares. Segundo dados do Censo 2010, 0,23% da população são pessoas cegas que não conseguem ver

[20] - Relatório de vigilância epidemiológica 2003, Serviço de Epidemiologia/Programa de Luta contra a SIDA – Ministério da Saúde, Janeiro de 2005

[21] - Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento. Relatório de Seguimento 2003. Ver no anexo as cifras relativas aos casos, autóctones e importados, registados por concelho, até 2002. Relatório Estatístico do Ministério da Saúde 2010.

de modo algum (1.115 pessoas); 2,55% têm muita dificuldade em ver (12.529 pessoas) e 10,45% têm alguma dificuldade em ver (51.377 pessoas).

A **saúde buco-dentária**^[22], revela-se 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.

O primeiro estudo epidemiológico das **doenças alérgicas** em Cabo Verde, iniciado em 1993,^[23] revelou uma prevalência da atopia entre 6% a 11,9% e de asma em torno de 11%, entre crianças de idade escolar, em duas das ilhas do arquipélago de Cabo Verde.

Um “Levantamento Estatístico e Estudo Epidemiológico dos **transtornos mentais** em Cabo Verde nos anos 1988 e 1989”^[24] aponta uma prevalência de 4,3 por 1.000 habitantes, sobretudo entre a população de 21 a 40 anos, para as perturbações mentais que se configuram como um problema preocupante de saúde pública.

As **causas externas** de mortalidade, a par das doenças crónicas não transmissíveis, constituem um problema que merece ser devidamente enquadrado para estimular uma capacidade nacional de resposta e de propostas de soluções que passam necessariamente por uma abordagem multisectorial. Quando associadas aos traumatismos representam, juntos, o quarto grupo de causas da mortalidade geral do país e a primeira causa de mortalidade proporcional nos grupos etários 5-14, 15-24 e 30-39 anos.

A **toxicodependência** é um grave problema de saúde pública, com destaque para o alcoolismo, o tabagismo e consumo de outras drogas, segundo vários inquéritos feitos no país.

A **situação alimentar e nutricional** constitui ainda uma preocupação que exigirá ao Serviço Nacional de Saúde uma participação activa, no quadro intersectorial, na definição das intervenções indispensáveis. Alguns estudos realizados ^[25] apontam uma evolução favorável da situação nutricional entre menores de cinco anos.

O inquérito sobre prevalência da anemia e factores associados, em crianças menores de 10 anos, mostra que, em 2009, mais da metade das crianças entre 0 e 5 anos tinham algum grau de anemia (52,4%). Este é um avanço se comparado com os números de 1996 que apontavam 70,4% das crianças nesta faixa etária. De realçar que 19% das mães que tiveram filhos em 2009 tinham anemia gestacional contra 42% observado num estudo realizado em 1992. A desnutrição crónica, que afectava 16% da população entre 0 e 5 anos em 1994, diminuiu para 9,7% em 2009. A mesma tendência é apresentada para a desnutrição aguda que caiu de 6% para 2,6%. Estes avanços em relação à desnutrição fizeram com que Cabo Verde conseguisse atingir a meta dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio em relação à desnutrição crónica que era de reduzir para, pelo menos, 11,5%. Relativamente à taxa de insuficiência ponderal ou seja crianças que se encontram abaixo do peso que é considerado saudável, os dados apontam para 4% nesse grupo etário contra 8% observado em 2006 (QUIBB-CV). Entretanto, 5% das crianças entre 0 e 5 anos apresentam sobrepeso.

Um estudo, elaborado em 2010 pelo Ministério da Saúde, revela que a taxa de prevalência do bócio passou de 25,5% ^[26] em 1996 para 7,6% em 2010, o que traduz uma endemia ligeira de Distúrbios Derivados da Carência em Iodo (DDCI) a nível nacional.

Estudos de 1996 referentes às carências em micro nutrientes, em menores de 5 anos, revelaram uma hipovitaminose A em 2%.

Segundo o IDRS II, em 2005, 59,6% das crianças com menos de seis meses de idade estavam a fazer amamentação exclusiva. O IDRS I, em 1998, tinha registado 38,9%. No entanto é de se ter em conta que o aleitamento materno não exclusivo, em Cabo Verde, é praticado pela grande maioria das mulheres até aos 15 meses.

Outras situações de doenças não transmissíveis que tendem a aumentar com um peso significativo sobre o SNS, nomeadamente no internamento como a hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares, a

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

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

[24] - Catherine Barreau, Psicóloga clínica, José Barba, Psiquiatra. Dezembro 1990

[25] - Inquérito sobre Prevalência da Anemia e Factores Associados em Crianças Menores de 10 anos (IPAC 2009).

[26] - Enquête nationale sur la carence en iode et la consommation du sel au Cap Vert. MSPS/OMS. Septembre 1997. Inquérito sobre os Distúrbios devidos a Carência em Iodo em Cabo Verde – MS 2010.

insuficiência renal crónica, a diabetes, entre outras, devem beneficiar duma intervenção preventiva prioritária e requerem soluções programadas do SNS.

Resumindo, pode-se dizer que o estado de saúde da população cabo-verdiana caracteriza-se por uma diminuição gradual das doenças transmissíveis que, no entanto, ainda persistem e por tendência crescente do peso das doenças crónicas não transmissíveis, sobretudo:

1. Doenças do foro cardiovascular, com tónica sobre a hipertensão arterial, os acidentes vasculares cerebrais, as doenças isquémicas do miocárdio, cardiopatias reumáticas e congénitas, estas causas frequentes de evacuações para o exterior.
2. Doenças metabólicas como diabetes e suas complicações;
3. Doenças degenerativas do foro oftalmológico, com tónica sobre as cataratas;
4. Tumores, nomeadamente do foro digestivo e genital;
5. Traumatismos e suas sequelas, sobretudo por acidentes rodoviários;
6. Perturbações da saúde mental;
7. Doenças buco-dentárias.

As evacuações sanitárias inter-ilhas e sobretudo para o exterior do país, constituem uma prestação terciária de cuidados de saúde decorrente de insuficiências dos serviços de saúde com um peso social e financeiro grande.

IV.2.2 Problemas do Serviço Nacional de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde, em Cabo Verde, compreende a nível central os serviços e organismos que assistem o Ministro na formulação da política de saúde, no exercício da função de regulação do SNS e na avaliação do desempenho. Conta com órgãos consultivos como o Conselho do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Medicamentos e ainda com o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário e as Coordenações das Regiões Sanitárias.

A desconcentração do SNS faz-se através das Delegacias de Saúde, cuja circunscrição coincide com o Concelho ou Município, base da divisão administrativa do país e que representa o nível primário. Foi implementada a primeira região sanitária de Cabo Verde a Região Sanitária Santiago Norte o que permite lançar as bases para a criação de novas Regiões Sanitárias. Estas representam o nível secundário, como entidade descentralizada de administração e prestação de cuidados de saúde, pela reunião de um certo número de Delegacias de saúde contíguas, tendo os Hospitais Regionais como as estruturas de referência em termos de maior complexidade de resposta.

Em termos de instituições prestadoras de cuidados, o SNS possuía em 2011 dois hospitais centrais, três hospitais regionais, uma policlínica (Sal), trinta centros de saúde, cinco centros de saúde reprodutiva, dois centros de saúde mental, trinta e quatro postos sanitários, cento e treze unidades sanitárias de base. Nesse ano, o sector privado contava com o licenciamento de trinta e três farmácias, seis postos de venda de medicamentos, sessenta e sete consultórios médicos, quarenta e sete consultórios de estomatologia/odontologia, dezasseis laboratórios de análises clínicas, sete centros de fisioterapia e cinco postos de enfermagem.

De notar, na análise do SNS, alguns problemas para os quais se deve equacionar, no PNDS, as medidas correctivas:

IV.2.2.1 Respeitantes ao desempenho do Serviço Nacional de Saúde

1. A ainda deficitária qualidade da prestação de cuidados em atenção primária particularmente, aos adolescentes, jovens, homens, pessoas com deficiência assim como na perspectiva da abordagem do género;
2. Uma ainda insuficiente oferta de cuidados de atenção primária à população concentrada nas cidades da Praia e de Mindelo, (42,2% da população do país) servida por uma rede de centros de saúde, resultando

- numa procura inadequada e não diferenciada desses cuidados no hospital central da respectiva área e numa deficiente prestação de cuidados aos doentes que vivem com patologias crónicas;
3. Um inadequado conteúdo funcional e desajustada dotação de recursos, conduzindo à confusão de funções e de práticas e à perda gradual da operacionalidade das instituições
 4. A inadequação quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde;
 5. Os gastos exagerados (27% segundo estudo da Organização Internacional do Trabalho em 2012), a prescrição nem sempre criteriosa e as frequentes rupturas de stocks de medicamentos, a maioria dos quais dispensada gratuitamente nos estabelecimentos públicos de saúde;
 6. A falta de confiança de uma franja da população em certas instituições de saúde, em parte pelo atendimento inadequado dos utentes por alguns profissionais da saúde;
 7. Os imperativos e limites da descentralização de que resulta uma baixa inter-relação entre os níveis, traduzida pelo fraco sistema de referência e contra-referência, insuficientes visitas itinerantes de especialistas e descontinuidade de cuidados;
 8. O subsistema de informação sanitária, com ainda fraca contribuição para a gestão operacional do SNS.
 9. A indefinição das fronteiras entre os sectores, público e privado, resultando numa fraca articulação, na inexistência de medidas de fiscalização e controlo e na ausência de convénios, estabelecendo as bases da cooperação entre os dois, para a desejada complementaridade.
 10. A fraca articulação nas intervenções relativas ao sector de reabilitação contribui para que as respostas a esse nível atendam às necessidades do país

IV.2.2.2 Relativos aos recursos da saúde

1. O efectivo dos recursos humanos é dominado por médicos e enfermeiros gerais, com uma carência grande particularmente em profissionais especializados nos diversos domínios, incluindo em saúde pública e gestão da saúde;
2. A insuficiência de recursos humanos em outras áreas nomeadamente de farmacêuticos, biólogos, nutricionistas, psicólogos, estomatologistas, técnicos de radiologia, técnicos de laboratório, assistentes sociais e sobretudo de administradores de saúde;
3. O comprometimento da sustentabilidade financeira do sistema pela insuficiência dos recursos e a fraca participação dos utentes;
4. A insuficiente coordenação da cooperação em matéria de saúde com, por vezes, a duplicação desnecessária de actividades ou de projectos e de ações intervenientes no terreno;
5. A disparidade de tipos de aparelhos e equipamentos nas diversas instituições da mesma categoria da rede e a fraca capacidade de manutenção dos mesmos.

IV.2.2.3 Relativos ao financiamento da saúde e participação nos custos

Apesar do sistema de saúde em Cabo Verde ter conseguido alcançar parâmetros de cobertura e indicadores de impacto elevados, merecem destaque os problemas de sustentabilidade financeira que se colocam à efectivação da reforma. Os novos patamares de desenvolvimento da saúde exigirão a incorporação de novas tecnologias de diagnóstico e de intervenção, a construção de novas infra-estruturas sanitárias, a substituição de equipamentos, o enquadramento de equipas técnicas adequadas e gastos operacionais, incluindo medicamentos, que implicam custos financeiros elevados.

A percentagem do Orçamento Geral do Estado para a saúde situou-se em 6,8% em 2011. O Instituto Nacional de Previdência Social cobre cerca de 37% da população, nomeadamente trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores da Função Pública. A despesa *per capita*, em saúde, foi estimada em 155 dólares em 2010 contra 64 dólares *per capita* em 2001^[27]. No entanto, os critérios e mecanismos da gestão dos fundos internos e externos continuam demasiadamente administrativos, não se baseando ainda em dados

[27] - Relatório Mundial da Saúde, OMS

epidemiológicos e estatísticos do país, pelo que o relativamente elevado valor de despesa *per capita* pode não ter uma tradução real nos benefícios para a saúde da população.

Assim, o desafio de manter a sustentabilidade financeira do sistema passará por dois momentos simultâneos, primeiro, de como rentabilizar a utilização dos fundos e, segundo, de como fazer aumentar a participação das fontes de financiamento do sistema: 1) a parte do OGE disponibilizada pelo Estado enquanto primeiro provedor de recursos para a saúde; 2) o pagamento indirecto dos cuidados com o alargamento das bases tributárias dos organismos gestores da segurança social; 3) a comparticipação do cidadão cabo-verdiano nos encargos com a sua saúde, directa ou indirectamente através de associações mutualistas e 4) financiamentos específicos de parte do PNDS pelos parceiros externos.

IV.2.2.4 Respeitantes aos determinantes sociais, económicos e comportamentais da saúde

1. O ritmo acelerado da urbanização do país (61,8% da população) e a pressão consequente sobre os equipamentos sociais;
2. A percentagem crescente da população com 65 anos e mais, de 6,4% fator diretamente ligado a aumento da prevalência da deficiência.
3. A proporção relativamente importante da população a viver na pobreza [26,6% QUIBB-2007], entre os quais 20,5% na extrema pobreza^[28];
4. A insuficiência do abastecimento da água (54,8% das famílias com ligação à rede pública, QUIBB-2007) e as deficiências do saneamento básico (67,6% das famílias ligadas à rede pública de esgotos ou fossa séptica);
5. A insuficiência e irregularidade dos meios de transportes entre as ilhas, particularmente os marítimos;
6. O peso da morbimortalidade devido às causas externas (acidentes, violência);
7. A importância dos factores de risco modificáveis para as doenças não transmissíveis, nomeadamente o uso abusivo do álcool e de outras substâncias psicotrópicas, tendência crescente do sobrepeso e da obesidade

Os problemas acima mencionados e as tendências que parecem desenhar-se à volta dos mesmos, constituem os desafios à modernização do sector saúde em Cabo Verde e serão tomados em consideração no PNDS para o equacionamento de soluções nos próximos anos.

IV.3. AS GRANDES LINHAS PARA O DESENVOLVIMENTO DO SECTOR DE SAÚDE

O PNDS encontra as linhas de força para a sua formulação e execução nas orientações estratégicas do Programa do Governo para a VIII legislatura e da Política Nacional de Saúde, retoma e desenvolve as estratégias dos cuidados primários de saúde e do reforço do papel do distrito sanitário em aproximar os cuidados de saúde das populações, levando em consideração as populações mais vulneráveis e com menor acesso aos serviços de saúde. É certo que o melhoramento do estado de saúde da população não depende apenas da intervenção do sector Saúde mas preconiza-se como fundamental que todas as ações devam ser coordenadas pelo órgão gestor do PNDS, na procura de melhores e maiores resultados.

O PNDS enquadra-se na perspectiva duma contribuição de qualidade de Cabo Verde no esforço mundial de alcançar os objectivos de desenvolvimento do milénio, tendo em conta que três desses objectivos estão directamente ligados à saúde e outros quatro exigem uma forte contribuição do sector para o seu alcance.

Promovendo a natureza social das prestações de saúde, o PNDS faz parte integrante da organização do desenvolvimento nacional e constitui um instrumento importante de justiça social integrado na estratégia nacional de crescimento e redução da pobreza.

O PNDS baseia-se ainda nos diversos convénios e nas estratégias internacionais adoptadas nomeadamente, pela Organização Mundial da Saúde,^[29] particularmente as orientadas para as camadas mais expostas a riscos para a saúde, as crianças, as mulheres, e as pessoas com deficiência^[30]

[28] - A Dinâmica da Pobreza em Cabo Verde. INE. Banco Mundial. 2005. Ver também Cartografia da Pobreza, Outubro 2005.

IV.3.1 Modelo de gestão

A Política Nacional de Saúde defende a reorganização do Serviço Nacional de Saúde como um dos pilares fundamentais do processo da reforma, baseada num modelo de gestão que vise:

1. Aumentar a capacidade de direcção do nível central com relação e em suporte às estruturas locais;
2. Reforçar o poder técnico e administrativo das Delegacias de Saúde, promovendo a descentralização dos recursos e de poderes para o nível municipal;
3. Criar as Regiões Sanitárias, definindo claramente o seu papel, atribuições, funções e relações hierárquicas no sistema de Serviços de Saúde para que se traduzam no reforço da descentralização das ações de saúde;
4. Reestruturar os programas nacionais de Saúde Pública na perspectiva de organização, de normalização e de mobilização de recursos e promover a execução periférica das actividades respectivas, integradas nas actividades das Delegacias de Saúde;
5. Diferenciar a capacidade técnica e os níveis de intervenção dos Hospitais Centrais para a assunção plena da sua função terciária e de referência nacional;
6. Consolidar a reorganização da rede de Centros de Saúde nas cidades da Praia e do Mindelo para a prestação duma atenção primária de qualidade e reestruturar a prestação dos cuidados secundários nos Hospitais Centrais aí sedeados;
7. Organizar, com prioridade, a rede de Centros de Saúde nas regiões sanitárias criadas para a prestação duma atenção primária de qualidade e reestruturar a prestação dos cuidados secundários nos Hospitais Regionais respectivos;
8. Definir normas e padrões de funcionamento e procedimentos e linhas gerais de referência que disciplinem o SNS, nas relações entre os níveis e serviços;
9. Fomentar a complementaridade com o sector privado;
10. Integrar a perspectiva de género para acolher/atender as demandas de homens e mulheres e qualificar atenção primária a saúde;
11. Fortalecer estratégias para adolescentes e jovens e idosos e as pessoas que vivem com deficiência.

O sector público da saúde está estruturado em três níveis – o **municipal**, como porta de entrada do SNS, organizado à volta do Centro de Saúde como a unidade por excelência para prestar uma atenção primária de qualidade, coincidindo com a divisão administrativa do país em concelhos; o **regional**, organizado pela junção funcional de níveis municipais próximos e afins e por dispor de um Hospital Regional, para prestar uma atenção secundária e o **central**, de abrangência nacional, organizado para garantir a prestação de cuidados de atenção terciária, sobretudo a função hospitalar com progressiva diferenciação e uma competência política e estratégica, de definição e condução da política geral e sectorial de saúde.

IV.3.2 Perfil da Região Sanitária

A reforma do Sector Saúde assenta no princípio segundo o qual os Serviços de Saúde de Cabo Verde necessitam de ser reforçados na sua capacidade organizativa e em recursos, para desempenharem convenientemente o seu papel na melhoria do estado de saúde da população.

A Região Sanitária^[31], prestando cuidados primários e secundários descentralizados, é considerada a unidade funcional, fundamental da gestão e prestação de cuidados de saúde, para materializar os princípios da

[29] - Saúde para Todos no Ano 2000/CPS, Alma Ata, 1978; "Cenários de Desenvolvimento Africano em três fases, OMS, 1985; Declaração sobre Saúde no Mundo, Assembleia Mundial da Saúde, 1998; Política de Saúde para Todos na Região Africana no século XXI: Agenda 2020, AFR/RC50/R1, 2000; Convenção sobre os Direitos das pessoas com deficiência; Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra as mulheres Conferência de Pequim; ONUSIDA

[30] - "Roteiro para a redução da mortalidade materna"; a estratégia "para uma gravidez sem riscos", a "atenção integrada às doenças da infância" o "programa alargado de vacinação" e "a estratégia da Região Africana para a sobrevivência da criança" que traduzem um esforço conjunto para reduzir a situação precária desses dois grupos-alvo.

[31] - No conceito de distrito sanitário da OMS, a Região Sanitária é definida por uma área geográfica, uma população abrangida suficientemente grande para a produção de casos, uma rede de estruturas com complexidades diferentes e um conjunto de normas e procedimentos de funcionamento, para prestarem cuidados primários e secundários necessários.

cobertura universal e da equidade no acesso aos cuidados de saúde, de homens e mulheres. Possui um gabinete técnico de apoio à gestão da região sanitária e comporta como estruturas prestadoras de cuidados:

1. Centros de Saúde, incluindo as suas extensões que são os Postos de Saúde e as Unidades Sanitárias de Base;
2. Hospital Regional.

A Região Sanitária disporá dum conjunto de tecnologias de saúde, essenciais para suportar o cumprimento do conteúdo funcional fixado pelos critérios de operacionalidade dos Serviços de Saúde e dar forma à descentralização dos cuidados, disponibilizando-os o mais próximo possível do local de residência dos cidadãos, ao mesmo tempo que garante um nível de complexidade compatível com as patologias mais frequentes e prioritárias. Os Centros de Saúde (CS) e o Hospital Regional (HR) garantirão, sempre tendo em conta a abordagem género nomeadamente:

- a) Actividades promocionais e preventivas;
- b) Ambulatório para responder à demanda espontânea da população;
- c) Desenvolvimento de acções de saúde na comunidade incluindo Reabilitação com Base Comunitária Saúde Mental e busca activa
- d) Atendimento permanente de urgência;
- e) Internamento quer na unidade de internamento do CS para situações passíveis de serem diagnosticadas e tratadas com qualidade, com os recursos disponíveis a esse nível^[32] e no HR, sobretudo por referência dos CS;
- f) Disponibilidade e acesso a medicamentos essenciais de qualidade como uma resposta fundamental às necessidades prioritárias da população;
- g) Serviços complementares de diagnóstico, incluídos no conjunto básico e essencial de cuidados;
- h) Evacuação sanitária para os Hospitais Centrais, nível terciário, para casos com maior complexidade.

IV.3.3 Modelo de prestação de cuidados

A prestação de cuidados de saúde, preconizada pela Política Nacional de Saúde no quadro da reforma do Sector, visa alargar a cobertura da população em atenção primária com respostas eficazes e de qualidade através da organização duma rede de Centros de Saúde, a nível municipal. A assistência hospitalar é oferecida em dois níveis, no Hospital Regional, essencialmente para responder às necessidades de atenção secundária e no Hospital Central, na sua vertente terciária, para oferecer os cuidados hospitalares, especializados e mais diferenciados.

Este modelo de prestação de cuidados assenta em mudanças essenciais nas condições actuais de prestação, nomeadamente:

1. Na procura de um equilíbrio entre um modelo assistencial, centrado na pessoa e nas necessidades da população para uma prática integrada de prestação de cuidados de saúde onde haja actividades promocionais, preventivas e de reabilitação, ao lado das propriamente ditas de tratamento;
2. Na definição de “*um conjunto essencial de cuidados*” como conteúdo básico de prestação nos CS e de conjuntos complementares de actividades para os Hospitais Regionais e Centrais ^[33] que traduzam a hierarquia e a complementaridade entre os três níveis da pirâmide sanitária, com normas de referência e contra-referência estabelecidas para o funcionamento do sistema enquanto tal;
3. Na criação progressiva de serviços nacionais complementares de diagnóstico e terapêutica (rede de laboratórios, imagiologia e de transfusões sanguíneas) para garantir em todos os níveis do SNS os critérios de funcionalidade – qualidade técnica, continuidade no serviço prestado, acessibilidade ao

[32] - Em Medicina Geral, Pediatria Médica e Maternidade com cuidados obstétricos (e neo natais de urgência de base e completos) os quais, segundo a OMS, devem englobar: a) administração parenteral de antibióticos, oxitócicos e sedativos (eclâmpsia); (b) a remoção manual da placenta e (c) a remoção de restos de produtos retidos;

[33] - Ver Carta Sanitária vol. II cap 4. Hierarquização das estruturas de saúde e o conteúdo funcional

menor custo – e uma resposta eficaz às necessidades da população incluindo as pessoas com deficiência.

4. No atendimento dos utentes para satisfação destes, enquanto elemento fundamental para uma relação de confiança entre os utentes e os prestadores e para o alcance das actividades de sensibilização e promoção de saúde para a adopção de estilos de vida e, particularmente o desencadeamento de comportamentos individuais para a protecção da sua saúde.

IV.3.4 Prestação de cuidados terciários, no país ou no exterior

A Política Nacional de Saúde dá orientações estratégicas em matéria de prestação de cuidados e oferta de serviços, para o desenvolvimento dum nível terciário, de âmbito nacional, pela concentração da capacidade técnica, da tecnologia e de recursos humanos especializados que possibilite a realização de intervenções de complexidade crescente para resolver nomeadamente certas situações que são objecto, até este momento, de evacuações médicas. Estas continuarão com maior diferenciação, enquanto parte dos cuidados terciários ainda não prestados no país.

A organização dos cuidados terciários de saúde é, até agora, concentrada nos Hospitais Centrais e o seu desenvolvimento basear-se-á na complementaridade entre as duas instituições existentes e eventuais outros pólos terciários, públicos e privados, que possam surgir no tecido nacional. Isto requer uma melhoria significativa da organização e do desempenho dessas instituições para atingirem os níveis de excelência pretendidos.

As respostas às necessidades terciárias no país indicam avanços significativos em algumas áreas importantes mas apontam, também, para deficiências com um peso nosológico, social e financeiro apreciáveis noutras que devem ser cuidadosamente reorganizadas na vigência do PNDS, quer para serem incluídas nas evacuações médicas, quer para terem resposta com a instalação de novas capacidades em Cabo Verde que conduzam ao alargamento dos cuidados terciários. As evacuações médicas correspondem a prestações de nível terciário que não foram disponibilizadas porque a sua complexidade ultrapassa os recursos instalados no país.

IV.3.5 Política de recursos humanos

Na asserção de que os recursos humanos constituem um elemento de primeira importância na realização de actividades de saúde, a PNS considera fundamental o seu desenvolvimento para a materialização da reforma do sector da Saúde e remete ao PNDS a implementação do “Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde 2005 – 2014”, promovendo ações e mobilizando recursos para, nomeadamente:

1. Implantar a descentralização como uma estratégia para melhorar a gestão e a qualidade das respostas dos Serviços de Saúde, num quadro de mudança na cultura da instituição e dos profissionais;
2. Redefinir o quadro-tipo do pessoal para cada tipo de estrutura e o perfil de cada grupo profissional;
3. Planificar a formação do pessoal, no país e no exterior, para preencher o quadro-tipo definido;
4. Contribuir para a modernização dos procedimentos e mecanismos de gestão dos recursos humanos da saúde.
5. Contemplar no conteúdo das acções de formação a abordagem género, as especificidades das pessoas com deficiência e na 3ª idade, as questões de direitos humanos em saúde assim como as do meio ambiente e saúde.

IV.3.6 Financiamento da saúde

Segundo a Constituição da República de Cabo Verde, compete ao Estado seja por via do OGE, seja pela mobilização e coordenação da ajuda externa, suportar a maior parte dos custos de implementação da saúde, como um factor de desenvolvimento do país.

Os novos patamares de desenvolvimento do sector exigirão a incorporação de novas tecnologias em matéria de diagnóstico e intervenções extremamente dispendiosas, a que se acrescem os custos da construção das infraestruturas sanitárias, dos equipamentos, do enquadramento com equipas técnicas adequadas e os custos operacionais, incluindo os dos medicamentos. A percentagem do Orçamento Geral do Estado para a

saúde situou-se em 6,8% em 2011 e a despesa *per capita* em saúde, foi estimada em 155 dólares em 2010^[34]. Apesar de um aumento significativo da cobertura da população por mecanismos de seguro e de protecção social, o INPS com 37% e o Regime de Pensão Social com 4,2%, ainda há uma franja importante de população vulnerável inclusive as pessoas com deficiência, que dificilmente pode pagar os cuidados com a sua saúde e à qual deverá continuar a ser assegurado o acesso aos serviços de saúde.

Assim, a PNS recomenda o desenvolvimento de instrumentos para um aumento progressivo da fatia do OGE afecta ao sector Saúde, acima dos 10%. Recomenda, também, que se negoceie com a Segurança Social o montante global dos custos de saúde com os segurados e que os beneficiários participem directamente nos gastos induzidos.

O PNDS deverá ainda permitir a revisão dos mecanismos de comparticipação dos utentes e estimular as iniciativas comunitárias, para que a população suporte parte dos custos com a sua própria saúde. A revisão e observância de critérios precisos para a afectação e utilização dos recursos e a adopção de normas de gestão, constituem um instrumento importante para a melhoria da eficiência do sector. Os serviços de saúde terão de se capacitar para uma resposta atempada e de qualidade, sobretudo no que tange à aplicação informática SIGOF para as operações de orçamentação e administração financeira.

IV.3.7 Desenvolvimento do Sector Farmacêutico e das tecnologias da saúde

As orientações estratégicas da PNS vão no sentido da revisão e execução da Política Farmacêutica Nacional visando dotar o país dum quadro jurídico actualizado para o sector e desenvolver a função reguladora da actividade farmacêutica. Também se propõe assegurar o aprovisionamento regular e a garantia da qualidade de medicamentos, a preços acessíveis e promover a formação de técnicos de saúde e a informação do público, com vista ao uso racional do medicamento.

Quanto à indústria farmacêutica nacional, recomenda-se o estabelecimento de incentivos ao seu desenvolvimento com o objectivo de assegurar uma autonomia progressiva do aprovisionamento da maior parte dos medicamentos da Lista Nacional de Medicamentos.

A agência de regulação e supervisão dos produtos farmacêuticos e alimentares - ARFA - enquanto reguladora e com responsabilidade na vigilância sanitária nesta área, deverá ter uma articulação reforçada com a Direcção Geral de Farmácia e do Medicamento e a Inspeção de Saúde, constituindo-se num parceiro privilegiado para o desenvolvimento das competências do futuro Instituto Nacional de Saúde P(INSA).

A empresa nacional de produtos farmacêuticos - EMPROFAC - além da importação, distribuição e comercialização dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos, deverá assumir a distribuição directa para as estruturas públicas de saúde do país.

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.

IV.3.8 Desenvolvimento do Sistema Nacional de Informação Sanitária e da Investigação em Saúde

O desenvolvimento do SNIS e da investigação em saúde são aspectos cruciais para a melhoria do desempenho do SNS. O SNIS conjugando os subsistemas de estatística sanitária, vigilância epidemiológica e as informações sobre o funcionamento do sistema, deve constituir-se num instrumento de gestão.

As orientações estratégicas para a informação sanitária apontam para a adopção e implementação gradual e progressiva da Política Nacional de Informação Sanitária, ^[35] de forma a recriar um sistema nacional para a gestão da informação em saúde e a redefinir o quadro dos diversos subsistemas existentes, o seu papel e funções.

A finalidade dessa política é dotar o SNS de uma estrutura globalmente aceite para a gestão da informação em saúde e normalizar e fixar regras de funcionamento do SNIS.

^[34] Relatório Mundial da Saúde, OMS

^[35] - Ver proposta de Política Nacional de Informação Sanitária de Junho de 2005

A análise de situação do SNIS mostra a necessidade de melhorar a articulação do conjunto de sub-sistemas em todos os níveis da pirâmide sanitária e de promover e avançar no caminho da integração entre os sistemas de informação e no uso da informática, para a melhoria da produtividade e qualidade dos processos de trabalho e para que os seus produtos possam responder às exigências do sistema nacional de planeamento e à crescente demanda de gestores e outros interessados no processo da saúde.

Desagregar dados por sexo e faixa etária, além de aprofundar na análise os determinantes relacionados aos papéis de género é fundamental para qualificar as intervenções, gerando respostas mais efetivas.

Apointa-se ainda a necessidade de se desenvolver mecanismos institucionais de suporte e promoção da investigação em saúde no país, privilegiando a coordenação, a observância da ética e a ligação entre os serviços existentes. As competências de coordenação das investigações em saúde deverão ser assumidas pelo futuro INSA a partir de uma agenda de investigação elaborada, tendo como prioridade os estudos, inquéritos e avaliações propostos no quadro do PNDS. Pretende-se aumentar as aptidões dos investigadores, reforçar os conhecimentos sobre as situações que afectam as populações e adequar as intervenções dos profissionais e dos serviços a essas situações.

IV.3.9 Adaptação da rede de infraestruturas sanitárias

Para sustentar os objectivos de cobertura e equidade previstos na reorientação da oferta e da organização dos cuidados de saúde, torna-se obrigatório rever e adequar a rede de estruturas na sua diversidade de tipo e de competências e quanto à sua funcionalidade.

Dever-se-á prever a actualização da Carta Sanitária para uma clara planificação da rede de estruturas, incluindo as unidades privadas de saúde; a implantação duma rede de Centros de Saúde nas cidades da Praia e do Mindelo e nas cidades ou vilas sedes dos hospitais regionais, para responder às necessidades das populações concentradas nesses centros urbanos; a dotação progressiva das estruturas sanitárias com tecnologias de saúde para respostas eficazes em termos de exames complementares de diagnóstico e de terapêutica e o desenvolvimento duma capacidade de manutenção dos edifícios e equipamentos, vertente essencial da intervenção na rede de infraestruturas.

IV.3.10 Enquadramento e desenvolvimento da parceria

Os grandes objectivos da parceria deverão ser os de contribuir para o desenvolvimento de aptidões técnicas, constituir-se num factor importante para a eficácia dos serviços, sustentar a criação de estruturas de apoio e ajudar a mobilizar os recursos necessários. Ela visa a optimização da utilização dos recursos – não apenas a obtenção de maiores recursos mas, sobretudo, melhor rentabilidade dos mobilizados – e a plena inclusão da saúde no processo de desenvolvimento. O PNDS deverá prever as condições para:

1. Desenvolver uma “*capacidade nacional de coordenação da parceria em saúde*” e os mecanismos necessários para se obter consensos para o melhor desenrolar das intervenções;
2. Enquadrar a coordenação da cooperação bilateral e multilateral no Plano de Desenvolvimento Nacional e, em particular, no Plano de Desenvolvimento Sanitário;
3. Reforçar a colaboração intersectorial e com instituições da sociedade civil, em forma de diálogo na definição das prioridades e de concertação das ações;
4. Incentivar, especificamente, a participação da sociedade civil e de outros sectores na promoção de iniciativas comunitárias em prol da sua saúde, tendo sempre em atenção a transversalização do enfoque de género, deficiência, juventude e ambiente

Deverão ainda ser estimuladas as parcerias e a intersectorialidade nas intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, que contemplem a transversalização da abordagem de género para a redução das desigualdades e a promoção da equidade de homens e mulheres à saúde, constituindo a realização das Conferências Nacionais de Saúde uma das estratégias a implementar para esse efeito.

IV.3.11 Adequação do quadro institucional para o refoço da liderança e governação do SNS

A operacionalidade do PNDS exige a introdução de algumas alterações organizativas e funcionais para reformar o quadro institucional e adequá-lo às novas funções de direcção, de organização e de funcionamento do Sector da Saúde.

Essas adequações consistirão na elaboração e publicação dum conjunto de leis e regulamentos, necessários à formalização de todas as novas matérias que vierem a ser propostas e à institucionalização de novas relações entre os diversos serviços que os tornem mais funcionais, nomeadamente:

1. Adequação da actual Lei Orgânica do Ministério da Saúde;
2. Revisão da Lei de Bases de Saúde, à luz do novo perfil do SNS e das relações hierárquicas e de funcionamento;
3. Redefinição dos critérios de operacionalidade e funcionamento dos Serviços de Saúde;
4. Estabelecimento de normas e mecanismos de relacionamento entre os níveis de prestação de cuidados, incluindo as evacuações médicas;
5. Alterações específicas, no quadro legislativo e regulamentar, para dar o suporte legal aos outros pilares da reforma no tocante aos recursos.
6. Promoção da participação e reforço do controlo social.

V ORIENTAÇÕES POLÍTICAS, ESTRATÉGIAS E PRIORIDADES DO PNDS 2012-2016

V.1 VISÃO A MÉDIO PRAZO DO DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE

Cabo Verde definiu na sua Política Nacional de Saúde [PNS 2020] uma visão de crescimento do sector da saúde como factor do desenvolvimento integral, de justiça social e de luta contra a pobreza, baseada nos princípios de solidariedade, com partilha das responsabilidades, de equidade no acesso e na utilização dos serviços e de ética na defesa da dignidade humana.

Com esta visão, pretende-se garantir a saúde da população cabo-verdiana construindo num contexto socio-económico favorável um serviço nacional de saúde universalmente acessível, eficaz e equânime a ser materializado através dos sucessivos PNDS, os quais constituem os instrumentos primordiais para a execução das orientações estratégicas.

Com a implementação do PNDS 2012-2016 espera-se obter como principais ganhos:

- 1) Oferta de cuidados de saúde com qualidade, acessíveis e a um custo abordável;
- 2) Melhor qualidade de saúde da população traduzida por níveis mais baixos de mortalidade e de morbilidade em geral;
- 3) Redução dos riscos de ocorrência de epidemias;
- 4) População mais informada sobre os determinantes da saúde e mais participativa na resolução dos principais problemas de saúde;
- 5) Parcerias a favor da saúde mais reforçadas
- 6) Redução das desigualdades de género no acesso aos cuidados de saúde e uma abordagem mais efetiva das questões de género nas diferentes intervenções propostas no PNDS 2012-2016.

Articular as políticas e estratégias sectoriais com o DECRP III para o desenvolvimento sócio-económico de Cabo Verde e contribuir para a redução da pobreza a par com outros sectores da vida nacional, constitui um dos objectivos do PNDS. Promover hábitos e estilos de vida saudáveis e a acção sobre os determinantes sociais, ambientais e económicos da saúde, com o envolvimento dos cidadãos e em parceria com os outros sectores sociais e políticos, assumem um lugar importante para a materialização da visão 2020 da PNS. A implantação das novas Regiões Sanitárias até 2016 é outra componente importante desta visão.

O PNDS 2012-2016 resultou da revisão do PNDS 2008-2011, na perspectiva da implementação da Política Nacional de Saúde no horizonte 2020. Constitui um marco para a reforma do sector saúde e a transformação do serviço nacional de saúde. Durante a execução do PNDS 2008-2011 foram feitos grandes investimentos na rede das infraestruturas de saúde e foram lançadas as bases para a reforma, nomeadamente a implementação da Região Sanitária de Santiago Norte.

As orientações estratégicas do PNDS 2012-2016 estão harmonizadas com o Programa do Governo da VIII Legislatura 2011-2016 que delineou sete desafios/objectivos estratégicos para esse período, estando a saúde integrada no terceiro intitulado “Promover o desenvolvimento e a coesão sociais e facilitar o acesso aos serviços básicos”. Entre as orientações estratégicas, destacam-se aquelas com enfoque nas questões de género e que vêm sendo coordenadas pelo ICIEG em consonância com a Saúde e outros setores governamentais, tais como o da Solidariedade Social, Juventude, Administração Interna e Justiça.

Os objectivos no domínio da saúde são “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”destacando-se de entre as principais medidas de política e programas para o sector:

- Implementação da reforma do sector em consonância com a Política Nacional de Saúde;
- Revisão da aplicação da tabela de cuidados e correcção das disfunções detectadas;

- Criação de mecanismos legais e incentivos que encorajem a prática privada em saúde, de modo a alargar e diversificar a oferta de cuidados de saúde e responder à demanda dos diferentes sectores da sociedade e da indústria turística;
- Reorganização do SNS, nomeadamente através da implementação das Regiões Sanitárias;
- Reforço do pacote de normas e regulamentos do sector;
- Intensificação da luta contra as grandes endemias (VIH/SIDA, Tuberculose, Paludismo) e contra as doenças não transmissíveis e crónicas;
- Desenvolvimento do serviço de Oncologia;
- Desenvolvimento da pesquisa e da formação em Saúde Pública;
- Funcionamento de um serviço de emergências médicas para melhorar as condições técnicas e de transferência de doentes entre os níveis do SNS.

Ainda no domínio da saúde, o Programa do Governo identificou como desafios imediatos a melhoria do atendimento, a consolidação do programa de luta contra as doenças transmitidas por vectores e a implantação de um serviço de hemodiálise.

Quatro áreas transversais, o emprego, a abordagem do género, a juventude e o ambiente foram consideradas no Programa do Governo questões-chave que deverão estar presentes em todas as políticas, programas e ações e que devem nortear o objectivo de “construir uma economia dinâmica, competitiva e inovadora, com prosperidade partilhada por todos” e orientar a avaliação das ações da governação da VIII Legislatura.

O PNDS 2012-2016 está harmonizado com o III DECRP 2012-2016 cuja finalidade é a articulação das políticas públicas/ou a coordenação de políticas públicas e estratégicas ou seja, as grandes ações que representariam as estratégias de cada um dos diversos sectores, em busca do objectivo maior que seria o crescimento económico e consequente redução da pobreza^[36].

A harmonização consiste, nomeadamente no seguinte:

- Adopção do mesmo ciclo de planificação (2012-2016), alinhado também com o programa do governo;
- Definição de um sistema de coordenação funcional, no âmbito da articulação das políticas públicas, em particular no que tange à acção sobre os determinantes sociais da saúde.
- Seguimento de uma lógica coerente de planeamento, focada em eixos, definição clara dos objetivos e das metas a serem alcançadas no final do período, facilitando o ordenamento das despesas públicas, a médio prazo, do programa sectorial da saúde.
- Definição do Quadro de Despesas a Médio Prazo sectorial, harmonizado com o QDMP e, consequentemente, com o Orçamento Anual, na busca de mais eficácia das despesas públicas e da integração da execução do orçamento no processo de planeamento.
- Integração com o sistema único de seguimento e avaliação e adopção das directivas do Ministério das Finanças e Planeamento, na implementação do sistema de monitoramento – com interface na Internet – permitindo o acompanhamento dos processos e programas, criando assim a possibilidade de se avaliar a eficácia e eficiência das ações.

^[36] - Relatório de avaliação do DECRP II.

Constituem ainda referências para o PNDS, os compromissos internacionais de Cabo Verde no domínio da saúde, nomeadamente o nível da Organização das Nações Unidas, da União Africana e da CEDEAO. O seguimento desses compromissos será materializado através das orientações estratégicas do PNDS, seus objectivos específicos, intervenções, indicadores e mecanismos de seguimento e avaliação. Destacam-se: a Declaração dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio até 2015; a Declaração Política de 2011 sobre o VIH/SIDA, da Assembleia Geral das Nações Unidas; a Declaração de Rio sobre as mudanças climáticas; a Declaração Política de 2011 da Cimeira da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a prevenção e o controlo das doenças não transmissíveis; a Convenção sobre os Direitos das Pessoa com Deficiência (CDPD) ratificada por Cabo Verde em 10/10/2011; a Convenção sobre os Direitos das Crianças; a Convenção contra todas as Formas de Discriminação da Mulher.

Também o seguimento às resoluções adoptadas pelos Estados-Membros, na Assembleia Mundial da Saúde e no Comité Regional da OMS para a África, constituem orientações estratégicas para o desenvolvimento sanitário do país e obrigações com relação à protecção da saúde na região e no mundo, assim como marcos internacionais importantes para a integração das questões de género e equidade de homens e mulheres no que diz respeito à saúde, educação etc. assim como os referentes à promoção, protecção e garantia do pleno gozo dos direitos às pessoas com deficiência.

Constitui um desafio importante a revisão e adopção de novas estratégias para controlar as doenças associadas à pobreza, à exclusão e à ignorância bem como as emergentes, transmissíveis e não transmissíveis, que caracterizam a transição epidemiológica do país. Nessas novas estratégias figuram como essencial a organização, implantação e desenvolvimento duma: (a) atenção primária, a nível municipal, (b) atenção secundária, regional e (c) atenção terciária de âmbito nacional, os três níveis claramente delimitados mas complementares e interligados. As estruturas sanitárias, em cada nível, terão que se adaptar a essa nova organização dos serviços de saúde.

Nesta visão ter-se-á que introduzir adequações para criar as bases dum desenvolvimento sanitário sustentável, acessível e inclusivo nomeadamente no quadro institucional da saúde, no que concerne ao financiamento do sector e à política de formação de quadros, na relação com o sector privado da saúde e na informação dos indivíduos e das comunidades, assegurando a ampliação do acesso à saúde da população geral e de grupos vulneráveis.

V. 2. PRIORIDADES DO PNDS 2012-2016

Considerando a evolução da situação sanitária e as orientações estratégicas nacionais e globais, segue-se a definição das seguintes prioridades sectoriais:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Saúde da criança/adolescente • Saúde da mulher • Saúde dos adultos e idosos • Doenças transmissíveis • Doenças não transmissíveis e crónicas • Causas externas de morbi-mortalidade • Saúde mental • Saúde oral • Luta contra o alcoolismo • Promoção da saúde, prevenção e controlo dos factores de | <ul style="list-style-type: none"> riscoassociados à saúde, incluindo os factores ambientais e o impacto das mudanças climáticas • Sustentabilidade do sector da saúde • Parcerias e complementaridades a favor da saúde • Criação de novas regiões sanitárias • Qualidade dos serviços e cuidados de saúde • Emergências pré-hospitalares |
|---|--|

V.3 OBJECTIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS DO PNDS

O PNDS é um instrumento para a materialização das orientações da PNS e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento do sector da saúde com repercussões no estado de saúde da população. Visa, nomeadamente o reforço e a melhoria do desempenho do serviço nacional de saúde, com ênfase nos seus pilares essenciais: liderança e governação; prestação de cuidados centrados na abordagem dos Cuidados Primários de Saúde; recursos humanos de saúde; medicamentos, vacinas, produtos médicos e tecnologias; financiamento da saúde; informação sanitária; e determinantes sociais da saúde.

Para isso deve:

1. Traduzir as orientações, estratégias políticas afins definidas na PNS e prioridades em **programas e intervenções e adequar o SNS para a sua execução;**
2. **Identificar e mobilizar os recursos** de saúde necessários para executar o plano;
3. Constituir-se num **mecanismo de enquadramento e coordenação da parceria em saúde;**
4. Estabelecer mecanismos para o **seguimento dos progressos e avaliação dos resultados** alcançados.

A realização deste desiderato é perseguida através de objectivos gerais e específicos que visam, no seu conjunto, a prestação de cuidados de saúde de forma descentralizada por níveis de complexidade para articular a atenção primária aos cuidados hospitalares, melhorar a sua qualidade, reforçar o controlo das doenças endémicas e a vigilância epidemiológica e promover medidas de protecção individual e colectiva.

1. **Melhorar a prestação de cuidados de saúde à população cabo-verdiana nas vertentes preventivas, curativas e de reabilitação e de promoção de saúde, pela articulação da atenção primária aos cuidados hospitalares.**
 - 1.1. Reforçar a luta contra cada uma das doenças transmissíveis e não transmissíveis e controlar as situações que afligem a população cabo-verdiana;
 - 1.2. Melhorar o acesso aos serviços de saúde e prestar uma atenção específica a determinados grupos da população, nomeadamente às crianças, à mulher e pessoas com deficiência.
2. **Descentralizar a disponibilidade, a oferta e a qualidade dos serviços de saúde em cada um dos três níveis da pirâmide sanitária, com consequentes respostas às expectativas da população.**
 - 2.1. Operacionalizar a prestação de cuidados em cada um dos níveis da pirâmide sanitária para alargar a cobertura e aproximar os cuidados das populações;
 - 2.2. Ampliar serviços de saúde relacionados com a deficiência tão perto quanto possível das suas comunidades, incluindo nas áreas rurais;
 - 2.3. Promover hábitos e estilos de vida saudáveis com o envolvimento da sociedade cabo-verdiana na defesa da sua saúde;
 - 2.4. Adoptar um quadro regulamentar claro sobre a complementaridade Público/Privado no sector da saúde e reforçar as capacidades de governação relativamente à fiscalização da sua aplicação.
3. **Melhorar a organização, a gestão e o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde através da afectação de recursos e aplicação de normas e procedimentos que aumentem a eficiência e a qualidade das respostas do SNS.**
 - 3.1. Desenvolver e qualificar os recursos humanos pilar essencial para uma resposta de qualidade, inclusive em direitos humanos, abordagem de questões relativas ao género, juventude e deficiência;
 - 3.2. Adequar a rede de estruturas de saúde segundo as normas estabelecidas na Carta Sanitária de Cabo Verde e pela incorporação de novas tecnologias de saúde;
 - 3.3. Alcançar a sustentabilidade financeira do desenvolvimento do sector saúde;
 - 3.4. Disponibilizar medicamentos essenciais e outros produtos farmacêuticos em toda a pirâmide sanitária incluindo materiais de compensação e dispositivos e tecnologias para pessoas com deficiência;
 - 3.5. Reforçar o sistema de informação sanitária para a produção sistemática e regular de informações para uma vigilância apertada dos agravos da saúde e para apoiar a gestão;

- 3.6. Adaptar o desenvolvimento da direcção e governação e da capacidade reguladora do sector saúde às mudanças previstas na reforma do sector.
- 4. Melhorar o conhecimento e a acção sobre os determinantes sociais, económicos e ambientais no estado de saúde da população e no acesso à saúde, e, em consequência, definir a colaboração intersectorial no domínio da saúde.**
- 4.1. Realizar e publicar estudos sobre os determinantes da saúde com uma perspectiva multi-sectorial e interdisciplinar da saúde;
- 4.2. Integrar a produção e a utilização de indicadores sobre os determinantes da saúde no seguimento e avaliação dos serviços e programas de saúde;
- 4.3. Reforçar a inclusão da acção sobre os determinantes sociais de saúde e género nas políticas públicas nacionais.
- 5. Promover a Investigação em saúde**
- 5.1. Elaborar uma agenda para a investigação em saúde que tenha em conta a transversalização das questões sobregénero, juventude, deficiência e ambiente.;
- 5.2. Mobilizar parcerias e recursos a nível nacional e internacional para a promoção da investigação em saúde;
- 5.3. Capacitar em técnicas de investigação em saúde, produção e gestão de conhecimentos;
- 5.4. Publicar os resultados das investigações, com adequada desagregação da informação e em cumprimento com as normas técnicas internacionais.

V.4 PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS

Para atingir os objectivos propostos, no quadro da implementação do PNDS, serão desenvolvidas estratégias que constituirão directivas específicas, normas e procedimentos que definem os padrões nacionais com relação às seguintes problemáticas:

1. **Organização descentralizada da prestação de cuidados de saúde por níveis de complexidade:** definição e publicação dos pacotes essenciais de saúde por níveis de serviços; publicação de uma estratégia para as regiões sanitárias; definição e organização do serviço das evacuações de doentes; definição e organização do serviço da rede de laboratórios de análises clínicas e de anatomia patológica.
2. **Melhoria da qualidade das intervenções em cada estrutura e em cada nível:** definição e publicação de um programa nacional sobre a qualidade dos serviços de saúde e o respectivo plano de acção; elaboração/actualização de protocolos de atendimento e terapêuticos.
3. **Reforço do controle das doenças endémicas e da vigilância epidemiológica:** actualização das estratégias dos programas de saúde pública; revisão e publicação do sistema de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta; desenvolvimento da rede nacional de laboratórios; elaboração do plano de acção para a implementação do Regulamento Sanitário Internacional 2005.
4. **Promoção de medidas de protecção individual e colectiva:** revisão da estratégia nacional de promoção de saúde incluindo o reforço da acção intersectorial.
5. **Reforço da inclusão da acção sobre os determinantes sociais da saúde e questões do género nas políticas públicas nacionais:** realização de um atelier nacional sobre os determinantes sociais da saúde e elaboração da respectiva estratégia visando a sua devida integração nas políticas públicas.
6. Elaboração de diretrizes que reforcem e requalifiquemos serviços de reabilitação, promoção e cuidados de saúde, para garantir que as pessoas com deficiência consigam obter o mais alto estado de saúde possível sem discriminação;
7. **Qualificação dos recursos humanos de saúde, no país e no exterior:** revisão/actualização do Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde com vista à sua adequação aos actuais desafios do serviço nacional de saúde.
8. **Mobilização e coordenação das parcerias internas e externas, para o aumento dos recursos como forma de apoiar a implementação do PNDS:** divulgação do PNDS junto dos parceiros nacionais e internacionais da saúde; estabelecimento do sistema de coordenação, seguimento e avaliação do PNDS.
9. **Afectação de maiores recursos financeiros ao sector saúde e sua melhor utilização:** definição de uma estratégia nacional de financiamento da saúde; revisão e seguimento do Quadro das Despesas de Saúde a Médio Prazo; adopção e seguimento de normas de gestão racional dos serviços e recursos, com base em critérios claros de eficácia e eficiência na utilização dos fundos públicos.
10. **Disponibilidade assegurada de medicamentos essenciais e produtos farmacêuticos em resposta aos problemas:** publicação da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais; definição de uma política de genéricos; definição e seguimento dos indicadores de acesso; revisão/publicação da legislação que regulamenta a cobertura geográfica das farmácias; definição das normas e boas práticas sobre a qualidade dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos.
11. **Produção regular e sistemática de informações para um funcionamento do SNS baseado em evidências:** elaboração, divulgação e seguimento do plano de acção integrado do Sistema de Informação Sanitária, priorizando a abordagem de género, deficiência e segmentos populacionais (crianças, adolescentes e jovens, adultos e população idosa) apoiado na plataforma tecnológica do governo (NOSI); definição e divulgação de normas sobre o funcionamento do SIS; implementação da auditoria da qualidade do SIS.
12. **Adaptação do quadro jurídico e regulamentar do sector saúde às mudanças previstas na reforma:** definição de uma estratégia para o desenvolvimento do quadro institucional do Ministério da Saúde visando o reforço da função reguladora e de controlo promovendo a transversalização do enfoque de género; revisão/adequação da legislação sobre a saúde incluindo a sua regulamentação; definição de

um plano de acção para a fiscalização e seguimento da aplicação da legislação; definição de uma estratégia para o Instituto Nacional de Saúde Pública.

13. **Adequação da rede de estruturas de saúde, segundo as normas estabelecidas na Carta Sanitária:** actualização da carta sanitária e seguimento da sua implementação; elaboração e seguimento de um plano da manutenção das estruturas.
14. **Incorporação de novas tecnologias de saúde:** definição e publicação das listas essenciais de tecnologias de saúde por níveis da rede, incluindo a capacidade de manutenção de equipamentos biomédicos; definição e divulgação de indicadores de seguimento do acesso às tecnologias de saúde; promoção e disponibilidade de tecnologias de apoio e ajudas técnicas para pessoas com deficiência; definição de uma estratégia nacional sobre a telesaúde/telemedicina.
15. **Desenvolvimento da investigação em saúde para a geração e divulgação de conhecimentos científicos e tecnológicos sobre a saúde e seus determinantes:** realização de pesquisas, de carácter operacional e avançado, sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis; realização de pesquisas sobre o SNS incluindo o acesso universal e a avaliação de programas de saúde pública; análise das condições de saúde das populações; desenvolvimento da investigação clínica.

VI PROGRAMAS INTEGRANTES DO PNDS 2012-2016

Para se alcançar os objectivos fixados para o PNDS, estes são transformados em programas prioritários que constituem os seus pilares de sustentação para promover um desenvolvimento harmonioso que fortaleça a capacidade de gestão, qualifique os recursos humanos, procure a sustentabilidade financeira, consiga a coordenação das intervenções da parceria, descentralize as ações de saúde e que, finalmente, melhore a saúde dos cabo-verdianos:

- VI.1 Programa de Prestação de Cuidados de Saúde**
- VI.2 Programa de Promoção da Saúde**
- VI.3 Programa de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde**
- VI.4 Programa de Intervenção na Rede de Infraestruturas Sanitárias**
- VI.5 Programa de Sustentabilidade Financeira do Sector Saúde**
- VI.6 Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico e das Tecnologias de Saúde**
- VI.7 Programa de Desenvolvimento do Sistema Integrado de Informação Sanitária e da Investigação em Saúde**
- VI.8 Programa de Desenvolvimento da Liderança e Governação do Serviço Nacional de Saúde**

VI.1 PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

O programa de prestação de cuidados de saúde é, com toda a evidência, uma componente maior do PNDS por o seu conteúdo constituir a finalidade última de um Serviço Nacional de Saúde.

Os progressos verificados no desempenho do SNS colocam como desafio actual consolidar os ganhos registados e melhorar a sua qualidade, diversificar as especialidades médicas oferecidas no país e incorporar profissionais de outras áreas como psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, para qualificar os cuidados de saúde na atenção primária e atender demandas não restritas aos cuidados médicos e alargar a cobertura no território nacional. Neste sentido, as orientações da Política Nacional de Saúde 2020 apontam para um modelo de prestação de cuidados que articule a atenção primária aos cuidados hospitalares de forma descentralizada por níveis de complexidade, para alargar a disponibilidade, melhorar a qualidade do acesso, reforçar o controlo das doenças endémicas e a vigilância epidemiológica e promover a participação dos indivíduos e sectores na protecção da saúde individual e colectiva.

Este programa é vasto e multifacetado o que justifica ser dividido em subprogramas que contemplem as diversas componentes da prestação de cuidados, para ser suficientemente detalhado e corresponder às expectativas. Foram considerados três subprogramas para organizar e prestar actividades específicas nas seguintes áreas:

1. Prevenção e luta contra as doenças prioritárias;
2. Atenção específica a grupos vulneráveis da população;
3. Operacionalização da prestação de cuidados em cada um dos níveis da pirâmide sanitária.

Neste âmbito, é importante a reorganização dos programas nacionais de saúde com base na revisão dos respectivos planos, para o reforço das estratégias específicas de prevenção, tratamento e vigilância epidemiológica. Destacam-se a luta contra a tuberculose, com vista a um controlo eficaz desta doença, a pré-eliminação do paludismo e, ainda, a resposta do sector da saúde na luta contra o VIH/SIDA, à luz do melhor conhecimento sobre a evolução desta epidemia no país e as directrizes internacionais, incluindo o seguimento da implementação do III Plano estratégico de luta contra a SIDA. Constitui também prioridade, o reforço do sistema de vigilância integrada das doenças, assim como as capacidades para a implementação do regulamento sanitário internacional (RSI 2005).

As doenças não transmissíveis, em crescente aumento na transição epidemiológica que Cabo Verde vive, acrescidas das novas situações de risco constituídas pelos traumatismos devidos a agressões, acidentes de estrada e de trabalho ou ligadas ao consumo abusivo do álcool, do tabaco e de drogas psicotrópicas representam desafios actuais a que o PNDS procurará dar respostas priorizando:

- A revisão do plano estratégico de luta contra as doenças não transmissíveis, incluindo a organização das respostas a nível dos Cuidados Primários de Saúde, tendo em conta as situações de vulnerabilidade de jovens, adultos e população idosa, homens e mulheres;
- A implementação do programa nacional de oncologia e a criação do serviço nacional de hemodiálise;
- A produção e publicação de um relatório analítico sobre as causas externas de morbi-mortalidade e as suas determinantes; a definição e implementação de um plano de acção multisectorial.

Os transtornos mentais configuram em Cabo Verde um problema de saúde pública importante devendo-se, durante a vigência do PNDS 2012-2016, elaborar e publicar lei sobre a saúde mental, implementar protocolos terapêuticos para as deficiências psicossociais e transtornos mentais e realizar estudos que permitam um melhor conhecimento dos principais factores de risco e vulnerabilidade para os diferentes grupos. Será ainda dada prioridade à revisão e implementação do plano nacional de luta contra o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, com uma abordagem multisectorial.

Relativamente à saúde oral, sente-se necessário sistematizar as intervenções procurando efectivar a complementaridade entre o sector público e privado, devendo-se dar uma atenção particular à criação de um programa nesta área assim como à elaboração e implementação de planos operacionais preferencialmente em articulação com o programa de saúde escolar.

Um grupo de intervenções particularizadas será orientado prioritariamente para ações direccionadas a grupos específicos tais como a mãe e a criança (saúde sexual e reprodutiva/maternidade sem risco, cuidados essenciais ao recém-nascido, programa alargado de vacinação, atenção integrada às doenças da infância), os adolescentes e jovens, os adultos e os idosos. Prioritariamente, neste campo, o PNDS deve:

- Implementar um programa de cuidados neonatais, institucionalizar a auditoria às mortes no período perinatal e ainda promover um quadro multisectorial de prevenção dos acidentes domésticos e uma estratégia sobre a saúde dos adolescentes e jovens;
- Rever a implementação do plano de atenção integrada à saúde da mulher e do plano de acção sobre a oferta dos cuidados obstétricos e neonatais de urgência e reforçar a prevenção e o rastreio dos cancros do colo de útero e da mama;
- Definir um plano/estratégia para a melhoria da saúde da terceira idade, com ênfase na promoção da saúde e na qualidade de vida em articulação com as associações comunitárias e instituições que prestam cuidados à 3ª idade.

As intervenções e ações, no quadro do PNDS, incidirão ainda sobre a criação de mecanismos de garantia da qualidade das prestações, com destaque para a avaliação e plano de acção sobre a governação clínica e gestão dos serviços e cuidados centrados nas pessoas – qualidade, dignidade e humanização - a capacitação dos recursos humanos sobre a gestão da qualidade em saúde e ainda a revisão do sistema de informação sanitária para fornecer os indicadores de seguimento da qualidade dos serviços e cuidados. Esforços serão desenvolvidos para iniciar o processo de certificação dos serviços dos hospitais.

Além disso, serão também criados mecanismos para delimitação dos campos de acção, mas também de complementaridade entre os três níveis que configuram a pirâmide sanitária de Cabo Verde, incluindo o sector privado, para: (1) reorganizar uma atenção primária de prestação de cuidados essenciais com base nas Delegacias de Saúde; (2) operacionalizar uma atenção secundária, pela melhoria das competências e do funcionamento dos hospitais regionais incluindo na Praia e no Mindelo, fundamental para melhorar a equidade na oferta descentralizada desse tipo de cuidados ao nível das regiões sanitárias e (3) desenvolver uma atenção terciária nacional, baseada nos actuais hospitais centrais e em eventuais outros pólos terciários, incluindo hospitais privados e universitários, para aumentar a diversidade e melhorar a resposta aos problemas complexos de saúde, incluindo aqueles que constituem o grosso das evacuações médicas.

A definição dos pacotes de cuidados primários, secundários e terciários a desenvolver em cada nível e a mobilização de recursos para a sua implementação, constitui a essência da reforma em termos de respostas aos anseios da população.

Com o PNDS, projecta-se estruturar em rede os laboratórios de patologia/análises clínicas para potenciar, através da concentração, os recursos humanos e técnicos e, assim, oferecer uma maior e melhor resposta às necessidades clínicas e de saúde pública desse tipo de exames complementares de diagnóstico e terapêutica e iniciar a reestruturação da rede de laboratórios e a implantação dum serviço nacional de imagiologia/radiologia/endoscopia, descentralizado e hierarquizado segundo os níveis de complexidade do sistema. Além disso, criar-se-ão condições para a realização dos exames de citologia, de forma descentralizada, nas regiões sanitárias e para a realização dos exames de histologia num laboratório nacional de anatomia patológica.

De igual modo, a instalação dum 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. A incorporação de novas tecnologias de saúde implica a definição e publicação das listas essenciais de tecnologias de saúde por níveis da rede; a definição de uma estratégia nacional sobre a tele saúde/telemedicina; a definição e divulgação de indicadores de acesso às tecnologias de saúde.

Objectivo geral

1. Melhorar e alargar a prestação de cuidados de saúde integrados, de forma durável, através de melhor disponibilidade, de maior acesso, da eficácia e da racionalidade em função das necessidades de saúde.

Objectivos específicos

1. Reforçar as intervenções específicas contra as doenças prevalentes ou emergentes, transmissíveis e não transmissíveis, com um peso significativo no perfil epidemiológico de Cabo Verde;
2. Atender especificamente a grupos populacionais mais expostos a factores de risco como as crianças, os adolescentes e jovens, os homens, as mulheres, os idosos, as pessoas com certas patologias crónicas e pessoas com deficiência;
3. Prestar uma atenção primária de qualidade, organizada no nível dos municípios e baseada nas Delegacias de Saúde, com respostas eficazes às necessidades essenciais de saúde da população;
4. Operacionalizar uma atenção secundária, com a oferta de cuidados hospitalares bem como cuidados promocionais e preventivos, supra municipais, nas regiões sanitárias;
5. Reforçar e ampliar os serviços de reabilitação e acompanhamento de utentes com deficiência;
6. Alargar os cuidados terciários e melhorar a qualidade dos cuidados especializados, incluindo as evacuações sanitárias para o exterior.

Estratégias

1. Definição e adopção de “*um conjunto essencial de cuidados*” aplicável a cada nível de atenção priorizando uma abordagem de género, que leve em conta as necessidades e vulnerabilidades dos diferentes grupos populacionais;
2. Fixação das atribuições relativas a cada estabelecimento-tipo ou serviço de prestação de cuidados e das respectivas responsabilidades, no conjunto do SNS;
3. Elaboração, utilização e monitorização de protocolos (normas, regras e procedimentos) ajustados a cada escalão da pirâmide sanitária e a cumprir em cada estabelecimento de prestação de cuidados, relativamente ao diagnóstico, tratamento e conduta a seguir em relação a cada situação de doença;
4. Repartição pelo SNS das condições humanas, técnicas e materiais mínimas, adaptadas às funções específicas de cada tipo de estabelecimento, necessárias ao cumprimento cabal das respectivas atribuições;
5. Revisão dos mecanismos e relações para as evacuações médicas enquanto parte dos cuidados terciários;
6. Dotação das condições de trabalho para o exercício da função de inspecção de saúde e operacionalização dos mecanismos de supervisão e de auditoria para o cumprimento das normas e a consolidação dos vínculos técnicos entre o Ministério da Saúde e os estabelecimentos de prestação de cuidados dos diferentes escalões do SNS, incluindo do sector privado;
7. Criação de mecanismos para assegurar a acreditação das instituições de prestação de cuidados de saúde, públicas e privadas;
8. Revisão das funções e do funcionamento dos Programas Nacionais.

METAS PRIORITÁRIAS PARA O PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

1. SUBPROGRAMA: PREVENÇÃO E LUTA CONTRA AS DOENÇAS PRIORITÁRIAS

Indicador	Situação actual	2013	2014	2015	2016	Fonte
Taxa de transmissão vertical VIH/SIDA	18%(2010)				<1%	Relatorio MS
Taxa de sucesso de tratamento da Tuberculose	77,8% (2010)				>85%	Relatorio MS
Taxa de abandono do tratamento da TUB	12% (2010)	<10%	<9%	<8%	<7%	Relatório MS
Taxa de prevalência VIH	0,8%(IDSR 2005)				<0,5%	Inquérito
Taxa de mortalidade por SIDA por cem mil	12 (2011)				6	Relatorio MS
Taxa de mortalidade por DCV H/M e faixa etária por cem mil	H 128,3 (2011) M 133,7				H 123 M 130	Relatorio MS
Taxa de mortalidade por causas externas H/M e faixa etária por cem mil	H 50,4 (2011) M 7,5				H 40 M 5	Relatorio MS
Nº anual de casos autóctones Paludismo	7 (2011)			0	0	Relatorio MS
Frequência de uso de preservativo masculino em relações estáveis/eventuais	ND				70%	Inquérito
Frequência de uso de preservativo feminino em relações estáveis/eventuais	ND				50%	Inquérito
Percentagem de mulheres (idade) com rastreio anual cancro (mama, colo útero) A DEFINIR	ND					Relatorio MS
Percentagem de homens de 50 e mais anos com rastreio para cancro da próstata A DEFINIR	ND					Relatorio MS
Percentagem de doentes com IRC em diálise no país	47 doentes (2010)				100%	Relatorio MS
Taxa de malnutrição calórico-proteica (crónica)	9,7%(2009)				5%	Inquérito
Taxa de prevalência da anemia ferripriva (crianças)	52,4%(2009)				<30%	Inquérito
Taxa de prevalência da anemia ferripriva (grávidas)	43,2%				<20%	Inquérito
Percentagem população informada sobre os efeitos nocivos do uso do tabaco	ND				75%	Inquérito
Percentagem da população informada sobre os efeitos nocivos do consumo abusivo do álcool	ND				75%	Inquérito
Percentagem de casos de cataratas diagnosticados, tratados	ND				80%	Relatorio MS
Taxa de incidência das doenças orais A DEFINIR	ND					Inquérito
Índice CEPOD e CEOD (Dentes Cariados, Perdidos e Obturados) A DEFINIR	ND					Inquérito
Percentagem de CS com cuidados de prevenção e tratamento para IST/ VIH/SIDA/Tub/Pal	ND			100%	100%	Relatório programa
Percentagem de CS com pacote de cuidados em saúde mental, segundo as normas	ND			100%	100%	Relatório Programa
Percentagem de CS com cuidados essenciais para prevenção e controlo para doenças crónicas não transmissíveis	ND				80%	Relatório programa
Número de pessoas com deficiência cobertas por programa de habilitação e reabilitação A DEFINIR	ND					Relatório MS Inquérito

2. SUBPROGRAMA: ATENÇÃO A GRUPOS ESPECÍFICOS DA POPULAÇÃO

Indicador	Situação actual	2013	2104	2015	2016	Fonte
Taxa de mortalidade perinatal por 1000 NV	26,3 (2011)				20	Inq/Rel MS
Número de mortes obstétricas directas	5 (2011)			<2	<2	Rel. MS
Taxa de cesarianas por 100 NV	24% (2010)				18%	Rel. MS
Taxa de mortalidade infantil por 1000 NV	23 (2011)				15	Inq/Rel MS
Taxa de cobertura vacinal anual	94 % (2011)	>95%	>95%	>95%	>95%	Inq/Rel MS
Percentagem de mulheres que amamentam em exclusivo até aos 6 meses	40% (2009)			75%	75%	Inquérito
Percentagem de grávidas <17 A (SSR)	6,1% (2011)				4%	Rel. MS
Percentagem de grávidas <19 A (SSR)	23,9% (2011)				18%	Inquérito
Percentagem de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados	98,7% (2011)	99%	99%	99%	99%	Rel. MS
Percentagem de indivíduos de 25-64 anos com sobrepeso H/M	H 24,8% (IDNT 2007) M 28%				H 20% M 23%	Inquérito
Percentagem de indivíduos de 25-64 anos com obesidade H/M	H 6,5% (IDNT 2007) M 14,6%				H 4% M 11%	Inquérito
Taxa de prevalência contraceptiva	35,2% (2011)				45%	Inq/Rel MS
Percentagem de concelhos com oferta de cuidados obstétricos e neonatais de urgência segundo as normas	45% (2010)				100%	Inq/Rel MS
Percentagem de CS com cuidados essenciais para idosos segundo as normas	ND				80%	Inq/Rel MS

3. SUBPROGRAMA: OPERACIONALIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Indicador	Situação actual	2013	2104	2015	2016	Fonte
Número de novas regiões sanitárias	1		1	1	3	Rel. MS
Percentagem de hospitais com serviços certificados	0%		50%		75%	Rel. MS
Número de regiões com organização de cuidados de saúde em rede	1		2	3	3	Rel. MS
Percentagem de utentes satisfeitos com o sistema de saúde (género, faixa etária, ilha, serviço, deficiência)	86% (QUIBB2007)				90%	Inquérito
Percentagem dos critérios de qualidade cumpridos pelos CS (OMS/OOAS)	ND				80%	Inq/Rel MS
Percentagem de Laboratórios de análises clínicas sem rupturas de reagentes essenciais	ND				80%	Rel. MS

**Quadro lógico de execução do 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	368994	N/O	621415	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

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem:

1. Vontade política expressa na Política Nacional de Saúde;
2. Existência de programas considerados prioritários no quadro da reforma do sector;
3. Existência de uma Política de formação de profissionais de saúde a longo prazo.

Factores de risco:

1. Resistência à inovação;
2. Profissionais de Saúde ainda em número insuficiente apesar dos esforços envidados;
3. Inexistência de mecanismos de controlo da qualidade das prestações de saúde.

VI.2 PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em Cabo Verde, os hábitos e estilos de vida são extremamente influenciados pela cultura e pela tradição, pelo que qualquer mudança nas atitudes e comportamentos pressupõe um trabalho perseverante e participativo para uma forte mobilização dos diferentes actores envolvidos no processo, incluindo o envolvimento dos beneficiários.

A Promoção da Saúde é uma estratégia, adoptada pela OMS que enfatiza alguns princípios na abordagem da saúde pelos sistemas de saúde, tais como: o empoderamento da comunidade e do indivíduo [autonomia comunitária e individual], o reforço dos sistemas de saúde, as parcerias e acção intersectorial visando o fortalecimento do trabalho de redes e, ainda, a construção de competências entendida como a literacia em saúde.

O país desde cedo abraçou esta estratégia tendo inclusive criado um serviço de coordenação das iniciativas neste domínio – o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário - e elaborado uma Estratégia Nacional de Promoção da Saúde 2009-2012.

O programa de Promoção da Saúde, no PNDS 2012-2016, é constituído por um conjunto de intervenções que estimulam a participação dos diversos actores em saúde, de modo a fazer convergir a acção dos indivíduos e das comunidades para o reforço ou a adopção de hábitos e estilos de vida considerados cientificamente e socialmente saudáveis.

Espera-se, com estas intervenções, elevar os níveis de bem-estar físico, mental e social com a contribuição dos determinantes da saúde como a educação, as condições sociais, o desenvolvimento económico, o ambiente, a estabilidade [paz, justiça social, equidade, o respeito pelos direitos humanos] e a boa governação, entre outros. Para isso, deve basear-se num novo paradigma que põe o acento tónico na saúde como um bem colectivo, produzida socialmente com um valor positivo, com grande ênfase na acção de políticas públicas saudáveis e na intersectorialidade e fundamentada na participação plena e genuína dos cidadãos.

As ações programadas para a promoção da saúde, em Cabo Verde, têm sido preferencialmente dirigidas aos programas relacionados com grupos vulneráveis da população, nomeadamente a saúde da criança, da mãe, dos adolescentes ou dos idosos. Mais recentemente registaram-se iniciativas diversas e multisectoriais de diferentes actores desde as associações comunitárias, as Câmaras Municipais, outros Ministérios com intervenções de interesse para o sector da promoção da saúde.

Em 2011, realizou-se o I Fórum Nacional sobre a Promoção da Saúde que traçou um conjunto de recomendações dirigidas a vários actores de diferentes níveis de intervenção, das quais destacamos:

Às autoridades locais e nacionais

1. Incluir a Promoção da Saúde nas políticas públicas, como estratégia essencial e intersectorial, levando em conta a natureza multidimensional da saúde;
2. Incentivar as autoridades, com destaque para as sanitárias, a continuarem a disponibilizar às comunidades os meios necessários com vista a um melhor controlo de sua própria saúde, numa perspetiva de empoderamento, autonomia de decisão e responsabilidade efectiva e partilhada;
3. Desenvolver políticas que actuem sobre os determinantes da saúde.

Às autoridades sanitárias

- Reforçar o seu papel de mediador, nas ações de Promoção da Saúde, mobilizando os parceiros e disponibilizando o suporte técnico necessário à implementação das ações;
- Aperfeiçoar os mecanismos que garantam a participação dos cidadãos nos processos de planeamento, implementação e acompanhamento das políticas de Promoção da Saúde;
- Privilegiar intervenções integradas, na base da intersectorialidade, complementaridade e optimização de recursos, para a melhoria da qualidade de vida das populações.

À população em geral

- Assumir, de forma autónoma, esclarecida e responsável, o desafio de promover a sua própria saúde e a da comunidade;
- Utilizar o seu capital político, no contexto do exercício da cidadania, a favor da promoção da saúde.

Aos parceiros do desenvolvimento

- Encorajar as instituições privadas, nomeadamente através de incentivos fiscais, a apoiar e a desenvolver ações de responsabilidade social em matéria de promoção da saúde;
- Apelar às instituições parceiras internacionais a continuarem a prestar o apoio técnico necessário ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, no país.

Neste contexto, o Programa de Promoção da Saúde tem um lugar preponderante na implementação da Política Nacional de Saúde ao responsabilizar os cabo-verdianos, os actores sectoriais, nacionais e locais e os parceiros, por ações conjuntas de alargamento das intervenções de saúde. O Sistema Nacional de Saúde, no seu todo, deverá, por sua vez, integrar actividades promocionais em todos os programas específicos.

O PNDS propõe-se priorizar, no quadro da promoção da saúde, da prevenção e do controlo dos factores de risco associados à saúde incluindo os factores ambientais e o impacto das mudanças climáticas:

- A revisão da Estratégia Nacional de Promoção da Saúde, à luz dos novos conhecimentos e directivas sobre os factores de risco para a saúde e tendo sempre em conta as recomendações do I Fórum Nacional sobre a Promoção da Saúde;
- O reforço do quadro de coordenação intersectorial.

Parcerias e alianças serão estabelecidas com outros sectores públicos, com o sector privado, organizações não-governamentais, organismos internacionais e a sociedade civil, com o fim de realizar ações específicas duráveis nomeadamente sobre os determinantes sociais da saúde

A saúde escolar é uma das estratégias propostas, no PNDS, para este programa considerando a especificidade do grupo alvo e a oportunidade que se apresenta para reforçar hábitos e comportamentos saudáveis, devendo-se tomar as medidas necessárias, no período da vigência deste plano, para alargar o âmbito das intervenções ao ensino secundário.

Objectivo Geral

1. Promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos para a saúde, para a população cabo-verdiana, 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 políticas 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 de Saúde Escolar, alargando o seu âmbito de intervenção ao ensino secundário

Estratégias

1. Promoção da participação das comunidades, da sociedade civil e dos outros sectores do Estado nas ações de saúde;
2. Estabelecimento de parcerias intersectoriais para o reforço da implementação das actividades de promoção da saúde;
3. Desenvolvimento e fortalecimento das capacidades do pessoal da saúde em matéria da promoção da saúde, com incentivos à investigação em saúde;
4. Incorporação das ações de promoção da saúde na operacionalização das estratégias sanitárias, a todos os níveis, dos programas de saúde pública e da pirâmide sanitária;
5. Produção de material de informação/formação e de comunicação para a saúde acessível e inclusivo para as pessoas com deficiência que inclua abordagem de género relacionada as vulnerabilidades dos diferentes grupos populacionais;
6. Revisão da legislação existente na matéria;
7. Alargamento do âmbito das intervenções da Saúde Escolar ao ensino secundário.

METAS PRIORITÁRIAS PARA O PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Indicador	Situação actual	2013	2104	2015	2016	Fonte
Percentagem de escolas do EBI abrangidas pelo programa de saúde escolar	90%	95%	98%	100%	100%	Rel. Prog
Percentagem de escolas do secundário abrangidas pelo programa de saúde escolar	ND	30%	40%	60%	80%	Rel. Prog
Percentagem da população informada sobre IST/VIH/SIDA, álcool, cancro. A DEFINIR					90%	Inquérito.
Percentagem de estruturas de saúde com planos implementados para promoção da saúde	ND	60%	80%	90%	100%	Rel. DS
Número de pessoas com deficiência participantes das ações de promoção da saúde A DEFINIR						
Percentagem de CS com equipas de saúde escolar	ND	30%	50%	80%	100%	Rel. DS
Percentagem de cobertura da monitorização do estado de saúde de alunos do EBI A DEFINIR					>90%	Rel. Prog
Percentagem de escolas promotoras de saúde	ND	10%	30%	50%	75%	Rel. Prog
Número de Fóruns sobre Saúde	1		1		1	Rel. Prog
Taxa de prevalência de parasitoses intestinais (crianças do pré-escolar e EBI)	40%				30%	Inquérito

**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 mobilizar
	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado			
Desenvolvimento de políticas de promoção da saúde enquadradas no processo de desenvolvimento 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

N/O = Não Orçamentado

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem:

1. Política Nacional de Saúde com referência explícita à promoção da saúde e aos cuidados primários de saúde;
2. Um Plano Estratégico de Promoção da Saúde elaborado;
3. Parcerias internacionais de apoio à promoção da saúde;
4. Existência do CNDS enquanto instituição nacional de coordenação da Promoção da Saúde;
5. Organizações Não Governamentais e de Base Comunitária que trabalham com temáticas de saúde;
6. Programa de saúde escolar do Ministério da Educação.

Factores de risco:

1. Preponderância da acção clínico-hospitalar na abordagem dos problemas da saúde;
2. Tendência de responsabilização do sector da saúde pelas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
3. Insuficiente assunção da promoção da saúde pelos outros sectores intervenientes em saúde.

IV.3 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS

O programa de Desenvolvimento dos Recursos Humanos constitui um pilar importante do PNDS para a materialização do Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde (PEDRHS 2005-2014) e uma nova etapa na organização do sistema de saúde

O PEDRHS 2005-2014 que deverá, na vigência do PNDS 2012-2016, ser revisto e actualizado, representa um dos eixos fundamentais da reforma do sistema de saúde podendo o sucesso dessa reforma ser condicionado e comprometido na proporção directa das realizações, no âmbito dos recursos humanos de saúde (RHS). Em rigor, constitui um documento de gestão que permitirá orientar, coordenar e acompanhar o crescimento qualitativo e quantitativo dos recursos humanos e a sua distribuição pelo território nacional, responder às necessidades e avaliar o seu impacto na melhoria da saúde.

Todos os níveis do sistema de saúde apresentam um número insuficiente de profissionais e alguma distorção na relação entre os grupos profissionais. Existe um elevado número de pessoal contratado entre os efectivos do Ministério da Saúde, representando cerca de 45% (1 175 de 2 588) dos RHS.

De uma maneira geral, há fortes variações da densidade médica entre os municípios e uma concentração dos RHS nos da Praia e de São Vicente. Constitui um desafio poder descentralizar e manter os recursos humanos nos níveis de prestação de cuidados primários e secundários, alargando a acessibilidade a esses cuidados.

A formação de base de médicos e a maioria das especializações dos técnicos de saúde são realizadas no exterior o que dificulta dotar o país, em tempo útil, dum quadro especializado suficiente, no ritmo necessário, para elevar o plano tecnológico dos serviços de saúde. As razões são várias: insuficiência de vagas no exterior, dificuldades de substituição dos profissionais de saúde e dificuldades orçamentais.

A cooperação técnica, no que diz respeito aos médicos, representa 11% do total dos médicos no sistema público de saúde. Este peso relativo vem diminuindo ao longo dos anos, porém, esta dependência, constitui ainda um factor de vulnerabilidade do SNS.

Existem instrumentos de gestão dos RHS e medidas legislativas específicas relativas ao pessoal da saúde, com destaque para as carreiras, médica e de enfermagem. Contudo, persistem lacunas a nível dos mecanismos de gestão incluindo incentivos que apoiem o recrutamento para determinados cargos e funções, quer a nível das Delegacias de Saúde e dos programas de saúde pública, quer dos hospitais, assim como a manutenção de um tal quadro, de forma sustentada e estabilizada.

De entre os problemas diagnosticados destacam-se os seguintes:

1. Insuficiência de pessoal qualificado e diferenciado para enfrentar os desafios da transição epidemiológica, entre os quais as doenças não transmissíveis, sida, tuberculose, paludismo e de morbi-mortalidade devido a causas externas.
2. Relação entre grupos profissionais com predomínio de médicos e de enfermeiros em detrimento de outros técnicos de saúde para a formação de equipas multidisciplinares, por estrutura e por nível de atenção;
3. Número insuficiente de profissionais de saúde;
4. Concentração dos profissionais de saúde nas cidades de Mindelo e da Praia;
5. Dependência externa para a formação médica de base e especializada dos profissionais de saúde;
6. Limites orçamentais de recrutamento de pessoal com vagas decididas em função da disponibilidade orçamental e não das necessidades do SNS;
7. Falta de formalização da integração do pessoal contratado na administração pública;
8. Novas necessidades de pessoal, decorrentes da reorganização dos níveis de atenção à saúde;
9. Inexistência de uma carreira de saúde pública atractiva e que incentive a formação nessa área e contribua para a retenção dos profissionais de saúde, em cargos relevantes para sustentar a organização e o funcionamento duma atenção primária de saúde e do sistema nacional de saúde, de uma maneira geral.

Objectivos Gerais

1. Reforçar o Serviço Nacional de Saúde com RHS suficientes e capacitados para prestar serviços de qualidade;
2. Desenvolver e implementar um sistema de seguimento e avaliação dos RHS.

Objectivos Especificos

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, Infecçiology, Oftalmologia, Cardiologia, Nefrologia, Neurologia, Fonoaudiologia, Imagiologia, Gastreterologia e Economia de saúde;
4. Disponibilizar profissionais de saúde em quantidade suficiente, por categoria, de modo a garantir equipas-tipo, por estrutura e níveis de atenção;
5. Integrar, no sistema de informação sanitária, o instrumento de gestão dos RHS.

Estratégias

O desenvolvimento dos recursos humanos é fundamental para a materialização da reforma do sector da saúde. Para isso, é essencial continuar a execução do “Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde 2005-2014”, nomeadamente para dar forma às orientações estratégicas no sentido de:

1. Definição de um quadro próprio de profissionais por estrutura de saúde e por nível de atenção;
2. Definição de equipas multidisciplinares para cada tipo de estrutura e o perfil de cada grupo profissional, tendo em conta a prestação de cuidados de saúde, por nível de atenção;
3. Contribuição para a criação de um quadro legal e participação no estudo da viabilidade técnica, da formação inicial médica e especializada, no país;
4. Planeamento, a médio e longo prazo, da formação continua e especializada, para suprir as necessidades identificadas;
5. Reforço de competências nas áreas de economia de saúde, gestão e planeamento, legislação, regulação, seguimento e avaliação e inspecção;
6. Estabelecimento de parceria com o Ministério do Ensino Superior e as instituições de formação existentes no país e no exterior, associações profissionais, entre outros organismos especializados na área da saúde;
7. Fomento da formação especializada no país;
8. Modernização dos procedimentos e mecanismos de gestão dos recursos humanos, através da revisão de normas e critérios de sua admissão, afectação, distribuição e desempenho;
9. Melhoria das condições de trabalho em geral e criação de incentivos, financeiros e não financeiros, para promover a fixação de quadros nos diferentes postos de trabalho e a afectação de pessoal qualificado às diversas estruturas;
10. Reforço da colaboração com as associações representativas dos profissionais da saúde, sector privado e ONG's.

METAS PRIORITÁRIAS PARA O PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS

Indicador	Situação actual	2013	2104	2015	2016	Fonte
Ratio médico/10.000 habitantes	5,9				6,9	Rel. MS
Ratio enfermeiro/10.000 habitantes	11,0				15,0	Rel. MS
Ratio farmacêutico / 10.000 habitantes	1,2				1,96	Rel. MS
Ratio técnico superior/10.000 habitantes	1,9				4,1	Rel. MS
Plano estratégico RH revisto	PEDRHS 2005		Revisão			Rel. MS
Plano anual de formação	ND	Plano	Plano	Plano	Plano	Rel. MS

Quadro Lógico de execução do Programa de Recursos Humanos de Saúde

Custos e fontes de financiamento

Programa	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			
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

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem

1. Existência de um Plano Estratégico dos Recursos Humanos da Saúde (2005-2014);
2. Existência de um Plano Nacional de formação de quadros do Ministério de Educação e Ensino Superior;
3. Experiência de formação especializada, no país, em Saúde Pública e Gineco-Obstetria;
4. Disponibilização de vagas e bolsas de estudos para formação especializada no exterior, no quadro da cooperação bilateral;
5. Desenvolvimento do ensino superior no país;
6. Experiência das instituições de saúde, do país, na organização da formação contínua e aumento do potencial com o desenvolvimento das mesmas.

Factores de risco

1. Emigração ou fuga de quadros em formação no exterior;
2. Nível de incentivos, salários e condições de trabalho, pouco atractivo;
3. Centros urbanos secundários com um desenvolvimento pouco atractivo.

IV.4 PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA REDE DAS INFRAESTRUTURAS SANITÁRIAS

O programa de intervenção na rede de estruturas sanitárias diz respeito ao desenvolvimento de infraestruturas para suportar a oferta adequada de prestações essenciais de saúde, descentralizada nos diferentes níveis da pirâmide, de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

As estruturas sanitárias para que sejam funcionais necessitam ter, para além dos edifícios, um parque de equipamentos adaptado às funções esperadas de cada tipo e do seu posicionamento na hierarquia da pirâmide.

Cabo Verde dispunha, em 2010, de cento e noventa infraestruturas de saúde sendo dois Hospitais Centrais, três Hospitais Regionais, uma policlínica, 30 Centros de Saúde, cinco Centros de Saúde Reprodutiva, um Centro de Terapia Ocupacional, um Centro de Saúde Mental, trinta e quatro Postos Sanitários e cento e treze Unidades Sanitárias de Base^[37].

Prevê-se, durante a vigência do PNDS 2012-2016, a construção, adaptação e remodelação de um conjunto de infraestruturas de saúde contribuindo, assim, para consolidar a rede de estruturas, adequar a construção para melhor acessibilidade das pessoas com deficiência e para melhorar a qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, a Carta Sanitária é um instrumento importante de planificação e a sua actualização, com inclusão das unidades privadas de saúde, constitui um dos pilares do reforço da rede.

A revisão da tipologia e a dotação de tecnologias de saúde, previstas para cada nível de atenção, para aumentar a oferta de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, é outro instrumento essencial, assim como o desenvolvimento de uma capacidade de manutenção dos edifícios e equipamentos para a consolidação da rede. Uma estratégia duradoura a perseguir será a de criar o Serviço Nacional de Manutenção de Infraestruturas e de Equipamentos Sanitários (SNMIES), sob a dependência dos serviços centrais, dotado de estatuto próprio, orçamento e recursos técnicos necessários. A criação deste serviço implica a afectação de técnicos superiores em biomedicina técnica ou de electromedicina.

A manutenção preventiva ou de reparação constitui, também, uma preocupação no Sector tendo em conta que o crescimento do parque de estruturas de saúde e de equipamentos não tem sido acompanhado de uma cultura neste domínio, o que pode ser garantido com a elaboração e seguimento de um plano de manutenção.

A inclusão no PNDS de um programa de intervenção na rede de infraestruturas justifica-se, portanto, pela necessidade de reforçar e alargar as actividades em curso, no sentido de criar as condições de suporte às reformas que vão sendo introduzidas no Serviço Nacional de Saúde, visando a melhoria do acesso e a qualidade e bem assim garantir a equidade.

Objectivo Geral

1. Dotar o Serviço Nacional de Saúde de uma rede de estruturas capaz de responder às expectativas dos cabo-verdianos.

Objectivos Específicos

1. Consolidar/adequar a rede de infraestruturas sanitárias para responder às necessidades previsíveis do SNS até 2016, na base de critérios definidos;
2. Criar um Serviço Nacional de Manutenção de Infraestruturas e de Equipamentos para garantir a perenidade dos edifícios e o funcionamento perfeito dos equipamentos.
3. Identificar e eliminar as barreiras à acessibilidade nas instalações médicas e infraestruturas sanitárias

^[37] - Relatório Estatístico MS, 2010

Estratégias

1. Actualização da Carta Sanitária para planificação da rede de infraestruturas, incluindo do sector privado, em função das orientações definidas na PNS;
2. Actualização e implementação progressiva dos planos directores dos Hospitais Centrais e dos Hospitais Regionais de Santiago Norte, de São Filipe e de Ribeira Grande;
3. Adequação dos projectos técnicos para as construções, para que obedeçam às normas essenciais em termos de acessibilidade, segurança e higiene hospitalar.

METAS PRIORITÁRIAS PARA O PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA REDE DE INFRAESTRUTURAS SANITÁRIAS

Indicador	Situação actual	2013	2014	2015	2016	Fonte
Carta Sanitária (C.S.)	C.S.de99	Revisão	Publicação			Rel. MS
Serviço Nacional de Manutenção	ND		Criação			Rel. MS
Percentagem de infraestruturas construídassegundo padrões de acessibilidade, segurança e higiene hospitalar	ND		100%	100%	100%	RelatórioFiscalização
Percentagem da população com acesso a menos 30 minutos de uma estrutura sanitária	>75%		80%		>90%	Inquérito
Percentagem de CS com infraestrutura adequada para atender pessoas com deficiência (acessibilidade)	ND		30%		60%	Inquérito

Quadro Lógico de execução do Programa de intervenção na Rede de Infraestruturas de Saúde

Custos e fontes de financiamento

Programa	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			
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

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem

1. Colaboração dos profissionais de saúde na identificação das necessidades.

Factores de risco

2. Forte dependência de recursos externos para a sua materialização;
3. Peso considerável da burocracia de alguns parceiros no processo de aprovação dos projectos e disponibilização de verbas;
4. Desbloqueamento extemporâneo de verbas, após a aprovação dos projectos;
5. Fraqueza institucional na elaboração de estudos técnicos e organização de concursos.

IV.5 PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SECTOR SAÚDE

O financiamento da saúde constitui um ponto crítico para a viabilidade do sistema, para a oferta de cuidados de saúde e para a implementação dos programas nacionais de intervenção, pelo que o programa de sustentabilidade financeira do sector saúde constitui um elemento essencial do PNDS. A definição e adopção de estratégias de mobilização de recursos para assegurar a sustentabilidade da saúde deverão ser concomitantes à adopção de instrumentos de controlo e seguimento do financiamento de saúde, visando uma melhor eficiência dos recursos afectados.

Em Cabo Verde, como a nível mundial, a sustentabilidade financeira dos serviços nacionais de saúde tem constituído motivo de preocupação e um desafio importante, a vários níveis representa um dos eixos principais das reformas de saúde.

A Constituição da Republica de Cabo Verde (CRCV 2010) estipula, no 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”. Ainda, no nº 1 do mesmo artigo, defende que “todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica” e, no nº1 do artigo 70º, 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”.

Desde Maio de 2007, entrou em vigor uma nova tabela de pagamento de cuidados de saúde cabendo, no entanto, ao Estado suportar a prestação de cuidados a doentes vulneráveis e a grupos especiais estabelecidos por Lei ou decorrentes dos compromissos nacionais e internacionais.

A justificação de um programa de sustentabilidade financeira prende-se com a obrigação do Estado em assegurar acesso a todos os cidadãos aos cuidados de saúde mediante uma comparticipação equitativa destes nos custos, mas também de propiciar o desenvolvimento de sistemas de segurança social que sejam solidários e universais para a protecção financeira dos riscos de doença e, ainda, de garantir eficiência e eficácia na gestão financeira dos serviços públicos de saúde.

A Política Nacional de Saúde indica que, para se atingir a sustentabilidade financeira do sector, se coloca o *desafio de aumentar os recursos financeiros para fazer face ao constante crescimento dos custos de saúde*. O aumento efectivo dos recursos financeiros virá, por um lado, do esforço do Estado em aumentar a parte que lhe concerne, por outro, com o alargamento da base contributiva da população através de pagamentos indirectos inseridos nos sistemas de protecção social e de seguro de saúde, mas também duma melhor integração da cooperação internacional.

O cerne da reforma para a sustentabilidade financeira do SNS passa pela mudança de paradigma, para uma política de redireccionamento dos pagamentos directos actuais dos custos de saúde pela população para pagamentos indirectos, ou seja, substituir o *desembolso directo* pago no acto de obtenção do cuidado, para o pagamento indirecto como mecanismo de *contribuição* nos sistemas de protecção social.

A percentagem do Orçamento Geral do Estado para a saúde foi de 6,8% em 2011. O Instituto Nacional de Previdência Social cobre cerca de 37% da população, nomeadamente trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores da Função Pública. As famílias contribuem com 36,9% para o financiamento global para o sector da saúde^[38]. No que tange a uma maior qualidade das despesas de saúde, concretamente a eficiência na utilização dos recursos, a eficácia na sua afectação e a equidade na sua distribuição, constituem também um objectivo importante a atingir neste período do plano. Para tal, as contas nacionais de saúde constituirão um instrumento para a sistematização e compilação periódica das despesas totais de saúde para apoiar a planificação, a previsão e a distribuição eficaz dos recursos financeiros afectos à saúde. Propõe-se, também, a revisão e o seguimento do QDSMP e a realização de estudos e definição de uma estratégia sobre o financiamento da saúde.

[³⁸] Contas Nacionais de Saúde Cabo Verde, 2008-2009

As exigências a nível de acompanhamento das reformas em curso, nomeadamente das finanças públicas e do sistema de segurança social, por um lado e o objectivo sectorial da sustentabilidade financeira da saúde, por outro, pressupõem um reforço das capacidades da administração financeira do Ministério da Saúde.

Os serviços de saúde terão que se capacitar para uma resposta atempada e de qualidade, sobretudo no que tange ao sistema integrado de informação e gestão para as operações de orçamentação, gestão e administração financeira.

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% da 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.

Estratégias

1. Elaboração de uma Estratégia Nacional de Financiamento de Saúde;
2. Reforço das relações institucionais, a nível central e local, susceptíveis de estimular a contribuição indirecta no financiamento dos cuidados de saúde;
3. Negociação regular com as entidades competentes dos sistemas de segurança e de solidariedade sociais, visando uma maior cobertura da população;
4. Incentivo à criação e implementação da lei do mecenato para o sector da saúde como área de responsabilidade social do sector privado;
5. Reforço da mobilização de fundos da cooperação para o sector da saúde;
6. Realização de estudos sobre os possíveis nichos de investimento privado na saúde;
7. Promoção da complementaridade Público-Privado na saúde;
8. Adequação na distribuição dos recursos financeiros alocados ao sector às necessidades de cada serviço, por nível de atenção;
9. Mudança do paradigma de pagamento directo para pagamento indirecto, através da contribuição nos sistemas de protecção social;
10. Apoio às iniciativas comunitárias de financiamento de saúde (mutualidades de saúde);
11. Reforço da participação da sociedade civil nos mecanismos de seguimento, transparência e controle da Política Nacional de Saúde
12. Reforço dos serviços e das competências em gestão.

METAS PRIORITÁRIAS PARA O PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SECTOR SAÚDE

Indicador	Situação actual	2013	2104	2015	2016	Fonte
Despesas públicas de saúde em percentagem do total do orçamento do Estado	6,8%		9%	10%	>10%	CNS*
Despesas dos regimes de Protecção social com a saúde em percentagem do total das despesas públicas			+25%		+30%	CNS
Pagamento directo dos utentes em percentagem das despesas privadas de saúde A DEFINIR						IDRF** CNS
Despesas de saúde financiadas com recursos externos em percentagem do total das despesas de saúde	15%		18%	20%	20%	CNS
Percentagem da População coberta por INPS	37%				50%	CNS Rel INPS
Estratégia Nacional de financiamento da Saúde	ND	Estratégia				Documento
Contas nacionais da saúde publicadas		2010/2011		2012/2013		CNS

*CNS - Contas Nacionais de Saúde

** IDRF - Inquérito às Despesas e Receitas das Famílias (INE)

Quadro Lógico de execução do Programa de Sustentabilidade financeira do Sector Saúde

Custos e fontes de financiamento

Programa	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.			
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

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem

1. Vontade política para fazer a reforma do Sistema de Saúde, incluindo a revisão do sistema de financiamento da saúde;
2. Existência de uma Política Nacional da Saúde aprovada pelo governo;
3. Existência de uma Estratégia Nacional de Crescimento e Redução da Pobreza;
4. Graduação económica do país dos PMA para PDM^[39];
5. Crescimento do PIB de cerca de 6% por ano e aumento das receitas fiscais;
6. Resolução da 58ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2005, que exorta os Estados-Membros a introduzir mecanismos de pré-pagamento para angariar as contribuições das famílias no financiamento da saúde;
7. Resolução do Comité Regional da Saúde da OMS para a África que na sua 56ª sessão, em 2006, adoptou uma Estratégia Regional de Financiamento de Saúde, com o objectivo de estimular a concepção de um sistema nacional de financiamento da saúde que permita alcançar os OMD e os objectivos nacionais de saúde.

Factores de risco

1. Redução da ajuda pública ao desenvolvimento;
2. Nível elevado de pobreza;
3. Crise financeira internacional.

^[39] - PMA: países menos avançados; PDM: países de desenvolvimento médio

IV.6 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SECTOR FARMACÊUTICO E DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

A disponibilidade permanente de medicamentos essenciais seguros, de qualidade e a um preço acessível para suportar as actividades de saúde que respondam ao perfil epidemiológico do país, é indispensável para o funcionamento do SNS e para a melhoria do estado de saúde da população.

Várias intervenções foram feitas com vista ao melhor desempenho das entidades reguladoras do Sector Farmacêutico, nomeadamente para o reforço institucional e organizativo destacando-se a elaboração e aprovação da Política Farmacêutica Nacional,^[40] a criação e implementação de serviços tais como a inspecção em 2003 e o registo de medicamentos, a criação e instalação, em 2006, de uma Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares –ARFA^[41].

A DGFM foi reforçada em recursos humanos e financeiros e estão em curso várias outras intervenções: diploma legal sobre a Farmacovigilância e sobre a prescrição médica e novos modelos de receita médica; actualização da Lista Nacional de Medicamentos, (LNM) revisão da orgânica da DGFM e dos estatutos da ARFA.

Contudo, o sector farmacêutico apresenta alguns constrangimentos, especialmente no que concerne a:

- Equidade no acesso aos medicamentos com conseqüente impacto na qualidade dos cuidados;
- Pouca clareza na atribuição das competências às instituições de execução da política farmacêutica, nomeadamente a DGFM e a ARFA;
- Existência de duas instituições de distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos, o Depósito Central de Medicamentos e a EMPROFAC, gerando duplicação de esforços (humanos, financeiros, infraestruturas);
- Insuficiência de recursos humanos para o sector farmacêutico;
- Insuficiência no ciclo de aprovisionamento levando a rupturas frequentes de medicamento e produtos farmacêuticos;
- Processo da farmacovigilância pouco operacional.

Com base na análise da situação, elaborada em 2012, foram identificados vários problemas prioritários que impõem a revisão da Política Farmacêutica Nacional, para privilegiar uma maior acessibilidade a medicamentos genéricos, seguros e de boa qualidade e a sua utilização racional por toda a população. Da mesma análise ressalta a necessidade de elaboração de um Plano Estratégico nacional para o sector farmacêutico tendo como base a Política Farmacêutica Nacional.

Aconselha-se ainda a reorganização do sector, de forma a evitar a duplicação de competências entre os intervenientes, melhorar o circuito de aprovisionamento em medicamentos e produtos para a saúde, garantir a qualidade, segurança e eficácia dos mesmos e rever o quadro jurídico do sector, assim como adequar os recursos humanos à nova realidade.

Relativamente às tecnologias de saúde, as estruturas de saúde deverão ser dotadas de equipamentos tipo, incluindo os complementares de diagnóstico e terapêutica, que as tornem funcionais em relação ao seu perfil. Os equipamentos disponíveis nas estruturas encontram-se, na sua generalidade, em fase avançada de utilização, pouco diferenciados ou bastante incompletos em relação ao nível técnico previsto para os estabelecimentos de saúde, no quadro do ordenamento hierárquico das estruturas no Serviço Nacional de Saúde.

Tendo como base a experiência 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 decurso do processo de aquisição 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.

[40] – Resolução nº 16/2003 de 28 Julho do Conselho de Ministros

[41] – Criação - DL 42/2004 de 18 de Outubro; Estatutos – DL 43/2005 de 27 de Junho; e Nomeação do CA – Resolução nº 14/2005 de 10 de Agosto

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;
7. Promover a disponibilidade, o conhecimento e o uso de dispositivos e tecnologias de apoio projetados para pessoas com deficiência e relacionados com a habilitação e a reabilitação.

Estratégias

1. Revisão e adequação da legislação e regulamentação de todas as actividades do sector;
2. Instituição de um sistema de aprovisionamento regular dos medicamentos da LNM;
3. Reforço da implementação da política de genéricos no SNS;
4. Distribuição equitativa de medicamentos para disponibilização em todos os concelhos, de acordo com a respectiva importância demográfica;
5. Reforço e criação de mecanismos e serviços para garantia da qualidade dos medicamentos, disponíveis no país;
6. Advocacia e mobilização de governo e parceiros para o reforço da DGFM e apoio ao desenvolvimento da Indústria Farmacêutica Nacional;
7. Informação/formação sobre uso racional de Medicamentos, orientada para profissionais de saúde e consumidores;
8. Implementação da lei da prescrição de receituários médicos;
9. Elaboração do Plano Comum de Aquisições Plurianuais de equipamentos, por níveis de prestação de cuidados;
10. Contratualização de equipamentos como contrapartida da compra de consumíveis e planos de manutenção;
11. Promoção da cooperação internacional para a mobilização de recursos visando o apoio a ações de inserção de pessoas com deficiência (criação/manutenção de oficinas, etc)

METAS PRIORITÁRIAS PARA O PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SECTOR FARMACÊUTICOS E DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

Indicador	Situação actual	2013	2104	2015	2016	Fonte
Taxa de penetração de genéricos	ND		50%	70%	90%	Inquérito Rel. DGFM
Percentagem da despesa em medicamentos na despesa em saúde	27%		30%	30%	30%	Contas N.S
Política Farmacêutica Nacional	PFN 2003	Revisão	Publicação			Rel. DGFM
LNMEssenciais publicada		Publicação		Publicação		B.Oficial
Ratio farmácia habitante	1/14.000		1/10.000		1/6.000	Rel.MS
Pessoas com deficiência com acesso a tecnologias de apoio A DEFINIR	ND					Inquérito

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 mobilizar
	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

Sustentabilidade do programa

Pontos fortes:

1. Existência da Política Nacional de Saúde e Política Farmacêutica Nacional;
2. Longa experiência em importação e distribuição de medicamentos ^[42];
3. Produção nacional de medicamentos estimada em 35% das necessidades do país ^[43];
4. Quadro legislativo e regulamentar desenvolvido, embora incompleto;
5. Existência de serviços de inspeção farmacêutica e de registo, ainda pouco operacionais;
6. Sector privado, de distribuição de medicamentos, desenvolvido;
7. Vontade política para melhorar gestão das aquisições do SNS;
8. Experiência de padronização na aquisição de equipamentos.

Pontos fracos:

1. Tendência estabelecida de concentração, nos centros urbanos, da rede de distribuição retalhista;
2. Orçamento do Estado para a aquisição de medicamentos, outros produtos farmacêuticos e acessórios medico-hospitalares, insuficiente;
3. Uso irracional e desperdício de medicamentos;
4. Número insuficiente de farmacêuticos no sector público;
5. Inexistência de um Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade;
6. Ausência de Planos de amortizações dos equipamentos;
7. Dificuldades de acesso, em tempo útil, ao mercado de equipamentos sanitários.

^[42] - A Emprofac – Empresa Nacional de Produtos Farmacêuticos foi criada em Junho de 1979

^[43] - A Inpharma, Indústria Farmacêutica de Cabo Verde, funciona desde 1993

IV.7 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA E DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

O Sistema Nacional de Informação Sanitária - SNIS - constitui um programa essencial do Serviço Nacional de Saúde que tem por finalidade melhorar o funcionamento do macro-sistema de saúde, garantindo o conhecimento sistematizado e organizado do que se passa no SNS.

Esse sistema deve constituir-se num instrumento de gestão para a melhoria do desempenho do SNS, tendo em vista apoiar a tomada de decisões estratégicas, o planeamento e a gestão de programas, monitorizar o desempenho diário e fornecer avaliações periódicas para os objectivos fixados.

O Comité Regional Africano da OMS, na sua 54ª Sessão em 2004, preocupado com a inadequação das políticas nacionais sobre sistemas de informação sanitária, a fraca organização das estruturas e a ausência dos recursos necessários à informação sanitária a todos os níveis, lembrou várias resoluções aprovadas nas suas reuniões anuais, desde 1991, que se referem à necessidade de criar e reforçar os sistemas de informação sanitária aos níveis nacional e distrital, e apelou, também, à criação de mecanismos destinados a monitorizar e avaliar os progressos realizados no quadro da Política de Saúde para Todos para o Século XXI, na Região Africana, da Agenda 2020 e dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Ainda de acordo com a CDPD (artigo 31º) a informação recolhida deverá ser desagregada adequadamente e usada para ajudar a avaliar a implementação das obrigações governamentais na identificação e resolução dos entraves ao exercício dos direitos das pessoas com deficiência (identificar as barreiras).

A preocupação com a informação em saúde, em Cabo Verde, está reflectida na Lei que estabelece as bases do Serviço Nacional de Saúde ao reconhecer, como responsabilidade do Estado, a organização de um sistema nacional de informação sanitária e ao atribuir aos profissionais e estabelecimentos do sector privado o dever de colaborar com as autoridades sanitárias em tudo o que disser respeito ao fornecimento de dados para a informação sanitária e para a vigilância epidemiológica.

Em 2005 foi aprovado pelo Ministério da Saúde o documento “Política de Informação Sanitária” que, no quadro da reestruturação global do SNIS propôs, nomeadamente definir uma arquitectura clara do conjunto do sistema englobando todos os subsistemas de estatística sanitária, a vigilância epidemiológica e as informações sobre o funcionamento do sistema de saúde para assegurar a continuidade, a integração e a globalidade dos cuidados aos utentes. A produção dos principais dados relativos aos indicadores retidos pelo plano de desenvolvimento do sector da saúde é outra exigência ao SNIS.

O Programa de Governo da VII Legislatura, aprovado em 2006, retoma a preocupação e no seu eixo estratégico “Serviço Nacional de Saúde moderno e sustentável” realça o propósito de “implementação da reforma do Sistema de Informação Sanitária”.

Por sua vez, a Política Nacional de Saúde aprovada em 2006 aponta, como orientações estratégicas para a informação sanitária, a adopção e implementação gradual e progressiva da Política Nacional de Informação Sanitária de forma a recriar um sistema nacional para a gestão da informação em saúde e redefinir o quadro dos diversos subsistemas existentes. Esta política deverá ser revista no decurso da implementação do PNDS.

Outra função importante do SNIS é garantir um sistema de vigilância das situações com potencial epidémico elevado, que permita prever e preparar as respostas adequadas ao eventual surgimento de surtos ou epidemias, sem esquecer a monitorização da evolução das doenças não transmissíveis no nosso país.

Contudo, apesar do esforço normativo e da elaboração de documentos quadros, persistem problemas de funcionamento e de coordenação sobre os quais o PNDS terá que se debruçar para melhorar as respostas dos vários subsistemas e do SNIS, no seu todo.

Torna-se necessário proceder à revisão do sistema de informação sanitária para que possa fornecer indicadores de seguimento da qualidade dos serviços e cuidados e conseguir uma produção regular e sistemática de informações para um funcionamento do SNS baseado em evidências. A elaboração, divulgação e seguimento de um plano de acção integrado do Sistema de Informação Sanitária, apoiado na plataforma tecnológica do governo (NOSI), a definição e divulgação de normas sobre o funcionamento do SIS e a implementação da auditoria da qualidade do SIS serão também priorizados.

O desenvolvimento e inclusão no SNIS da cartografia da oferta de serviços (COS) e do projecto HealthMap desenvolvido pela OMS, permitirá dotar o sistema de instrumentos modernos de colecta e análise de dados para a tomada de decisão em saúde pública.

Torna-se ainda necessário desenvolver mecanismos institucionais de suporte e promoção da investigação no país, sobretudo a operacional, como um instrumento de aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde e das relações com os outros sectores intervenientes, privilegiando os de coordenação e da observância da ética. Em ligação com instituições universitárias nacionais e com centros de investigação regionais e mundiais, fomentar nos profissionais de saúde o gosto pela investigação, como um meio de actualizar os conhecimentos e melhorar as suas aptidões individuais.

O PNDS deverá criar algumas condições para garantir a prática e a qualidade das investigações que incluam o financiamento de projectos úteis em saúde pública e em bio-medicina, a promoção da formação em investigação e o acesso à informação científica biomédica.

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.

Estratégias

1. Reestruturação do SNIS com redefinição e integração em tempo real dos subsistemas, a criação duma estrutura de gestão e a definição de mecanismos de coordenação e colaboração intersectorial;
2. Operacionalização da conectividade entre as estruturas de saúde através de uma plataforma única informatizada;
3. Reforço da vigilância epidemiológica integrada das doenças com destaque para os mecanismos de colaboração intersectorial;
4. Descentralização do SIS (recolha, tratamento e produto) para cada um dos níveis da pirâmide sanitária;
5. Promoção de estudos, pesquisas e inquéritos que possam complementar a informação de “rotina” administrativa, incluindo a dimensão da deficiência;
6. Definição e operacionalização da “Agenda para a investigação em Saúde” que responda às prioridades do PNDS, incluindo a dimensão da deficiência;
7. Elaboração e divulgação de produtos da informação que se integrem no Sistema Nacional de Planeamento inclusive em formatos acessíveis: Braille, linguagem simples, etc

METAS PRIORITÁRIAS PARA O PROGRAMA DE REFORÇO DO SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA E DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

Indicador	Situação actual	2013	2104	2015	2016	Fonte
Política Nacional sobre SISrevista	PNSIS 2005	Revisão	Publicação			Rel. Actividades
Agenda e Plano de Investigação em saúde		Publicação	Plano	Plano	Plano	Rel.Actividades
Percentagem de estruturas de saúde com conectividade (NET) estabelecida	ND	50%	80%	100%	100%	Rel.Actividades
Percentagem de relatórios de notificação completos e a tempo	90%/80%	100%	100%	100%	100%	Rel.Actividades

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 mobilizar
	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	225.246	266.812	

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem

1. Existência de uma vontade política das autoridades em dispor de um sistema de informação sanitária funcional, em todos os níveis do SNS;
2. Compromisso de produção de indicadores para os objectivos fixados, nos programas de acção dos diferentes serviços de saúde, da estratégia de luta contra a pobreza, do seguimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, entre outros;
3. O SNIS tem uma cobertura geográfica completa através das Delegacias de Saúde;
4. As disponibilidades de informação a nível de registos, fichas ou relatórios, em arquivos conservados nas formações sanitárias;
5. Existência de subsistemas minimamente funcionais como os relativos à mortalidade geral, a vigilância epidemiológica global e em geral as actividades de saúde reprodutiva;
6. O projecto de informatização das estruturas do Ministério da Saúde pelo NOSI em fase de produção no Hospital Agostinho Neto;
7. A criação em 2007, por Decreto-Lei, do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde, entidade autónoma e independente, multisectorial e multidisciplinar;

Factores de risco

- Resistências internas na coordenação do conjunto de sub-sistemas;
- Carência de pessoal formado nas disciplinas específicas do SIS;
- Fraca percepção da composição e da utilidade dos dados do SNIS pelos agentes das formações sanitárias e das delegacias de saúde;
- Constrangimentos orçamentais, para o estabelecimento de prémios e subvenções para apoio à investigação.

IV.8 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A reforma e modernização do Serviço Nacional de Saúde cabo-verdiano, passa pela introdução dum certo número de ações e intervenções do tipo organizacional, legislativo e regulamentar, para adaptar o SNS aos desafios actuais e vindouros, bem como às necessidades dos utentes e dos principais actores e profissionais. O programa de desenvolvimento do quadro institucional constitui a plataforma legal sobre a qual será implementado o PNDS 2012-2016.

O Ministério da Saúde (MS) tem por missão essencial elaborar e desenvolver a política de saúde com o objectivo de garantir o direito à saúde, conforme a Constituição da República. Para isso, deve criar as condições para a existência e o funcionamento de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) que possa prestar um conjunto básico de cuidados de saúde promocionais, preventivos, de tratamento e de recuperação e possa regulamentar e fiscalizar a actividade e a qualidade dessa prestação, contribuindo para equidade no acesso de homens e mulheres ao sistema de saúde.

A Política Nacional de Saúde, para permitir ao MS assumir plenamente as suas funções, apontou a necessidade de aumentar a capacidade de intervenção administrativa e técnica do nível central e de definir normas e padrões de funcionamento, procedimentos e linhas gerais de referência que disciplinem o SNS nas relações entre os diferentes níveis e serviços.

A adequação do quadro jurídico e regulamentar do sector da saúde, a elaboração de definições de funções e normas de funcionamento dos serviços, o desenvolvimento das competências de gestão nos diferentes níveis do sistema de saúde e a criação de mecanismos de coordenação das intervenções dos parceiros do desenvolvimento sanitário, entre outros, devem ser revistos de uma forma regular e concertada para desenvolver um quadro harmonioso de legislação e regulamentação que dê sustentação às transformações e reforce os serviços de saúde.

O desenvolvimento e reforço do sistema de gestão, precisa do apoio dum certo número de instrumentos para a sua operacionalização, no quadro do PNDS. Além do sistema nacional de informação sanitária (SIS) que é um instrumento estratégico para a realização da política nacional de saúde, outros instrumentos de gestão referem-se aos mecanismos e critérios de elaboração e seguimento do orçamento, à gestão dos recursos humanos, à carta sanitária e a toda a legislação e regulamentação para garantir a disponibilidade, a qualidade e a promoção do uso racional de medicamentos.

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 e a gestão de serviços centrada nas pessoas. Devem também constituir prioridade, a capacitação dos RH em 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. Na vigência do PNDS 2012-2016 deverão ser criadas as condições para o estabelecimento de um programa sobre a qualidade em saúde e o respectivo enquadramento orgânico e funcional.

A liderança do MS para o enquadramento de ações intersectoriais bem como das políticas públicas a favor da saúde, tendo em conta a multi-sectorialidade das intervenções, afigura-se um mecanismo importante para incorporar a dimensão sanitária na concepção das estratégias sectoriais de desenvolvimento, na óptica de construir uma visão partilhada e um quadro permanente de consultas e revisão das intervenções conjuntas, em saúde. Esta liderança deverá reforçar-se ainda para que o MS possa assumir em pleno os compromissos internacionais em matéria de saúde.

Por outro lado, a constituição no quadro institucional dum instrumento/instância de seguimento do PNDS e de produtos de programação irá permitir melhorar a coordenação das intervenções e os meios adequados de funcionamento e de acção. Para esse efeito, este mecanismo foi integrado como componente deste programa visando a sua efectiva operacionalização para, nomeadamente, garantir a execução, seguimento e avaliação das intervenções e mobilizar e coordenar as parcerias, tanto internas como externas, para o apoio à implementação do PNDS.

No quadro do reforço da liderança e governação do SNS, foi estabelecida a evolução do CNDS para um Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), pelo que as atribuições terão que ser revistas para adaptação ao novo figurino devendo ser definida uma estratégia para a implementação deste Instituto.

Objectivo Geral

1. Reforçar as capacidades institucionais de regulação, gestão e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde;
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 Pública;
7. Criar os mecanismos necessários para a administração, coordenação e seguimento da implementação do PNDS.

Estratégias

1. Avaliação e revisão da estrutura orgânica do MS e melhoria da coordenação administrativa;
2. Desenvolvimento das competências de gestão nos diferentes níveis do sistema de saúde;
3. Dinamização da intersectorialidade na implementação das actividades e programas de saúde;
4. Adequação do quadro jurídico do sector da saúde;
5. Regulamentação e normatização (portarias, decretos) dos diversos instrumentos de intervenção e de gestão existentes;
6. Dinamização junto das instituições, com intervenções na área da saúde, para a inclusão de ações sobre determinantes da saúde nas políticas públicas;
7. Designação de uma estrutura permanente e dotação em recursos, para administração e seguimento do PNDS;
8. Instalação do INSP;
9. Definição de áreas prioritárias e de modalidades para a implementação de parcerias e complementaridades entre o sector público e privado na saúde.

METAS PRIORITÁRIAS PARA O PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO DO SNS

Indicador	Situação actual	2013	2104	2015	2016	Fonte
Orgânica MS	2010	Revisão Publicação	Implementação			B. Oficial
Conferência Nacional de Saúde			X	X	X	Rel. Actividade.
INSP		Instalação	Funcionamento	X	X	Rel. Actividade
Número de Protocolos/Convénios Público Privado			X	X	X	Rel. Actividade
Estrutura de gestão do PNDS		Instalação	Funcionamento	X	X	Regulamento Rel. Actividade
Pacto Nacional de parceiros		Assinatura Funcionamento	X	X	X	Relatório de Avaliação conjunta do PNDS
Nº de serviços/estruturas com gestão de qualidade institucionalizada	ND	HC	+ HR	+CS		Rel. Actividade

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 mobilizar
	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado	Custo	Anunciado			
Melhoria do quadro organizacional do Ministério da Saúde	50		900		10.500		19.750		18.000		49.200		
Adequação do quadro legal com desenvolvimento da função reguladora e de controlo do MS	0		3.500		2.000		1.000		0		6.500		
Parcerias e complementaridade 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	

Sustentabilidade do Programa

Nos anos que decorreram após a independência, Cabo Verde conseguiu avanços significativos no cumprimento da sua missão de promover o bem-estar físico, mental e social das populações e garantir cuidados de saúde a todo o Cabo-verdiano.

Não obstante os avanços conseguidos, o Serviço Nacional de Saúde experimenta graves dificuldades decorrentes dos novos desafios inerentes às mudanças registadas no perfil epidemiológico do país, à constante pressão demográfica, à insuficiência de recursos para fazer face às demandas do sector e, bem assim, às crescentes expectativas dos cabo-verdianos em matéria de saúde.

Factores que favorecem

O Programa de Governo 2011-2016 reconhece que a satisfação das crescentes necessidades em matéria de saúde obriga o Estado e a sociedade a investirem cada vez mais no sector da saúde, quer em termos de recursos humanos, financeiros e materiais, quer ainda no que concerne à organização e à gestão.

Para garantir a modernidade e sustentabilidade do SNS prevê nomeadamente:

1. Reforço da capacidade institucional mediante a afectação de quadros competentes e empenhados para os postos de decisão, nos diferentes domínios técnicos e de gestão da pirâmide do Serviço Nacional de Saúde;
2. Definição de cada nível do Serviço Nacional de Saúde, da sua operacionalidade e a criação, aonde e quando possível e necessária, de Regiões Sanitárias;
3. Aperfeiçoamento dos instrumentos jurídico-legais com vista ao desenvolvimento do sector privado da saúde para além do seu actual nível de desempenho quase que exclusivamente circunscrito ao atendimento ambulatorio, para se potenciar a desejável complementaridade efectiva com o sector público de acordo com as deliberações do 1º Forum sobre as Parcerias Publico Privadas realizado em 2012;
4. Adequação da legislação farmacêutica e sua regulamentação, bem como a definição de uma política de aquisição, aprovisionamento e distribuição de medicamentos, acessórios e tecnologias de apoio;
5. Apoio técnico, material e financeiro ao Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário com vista ao cumprimento integral das funções de promoção da saúde, de informação e de formação;
6. Introdução de novas tecnologias na administração das instituições sanitárias e na gestão dos respectivos recursos incluindo a informatização dos serviços, a telemedicina e outros instrumentos;
7. Implementação da reforma do Sistema de Informação Sanitária.

O documento de Política Nacional de Saúde, que assume a necessidade de reforma do sector da saúde, pretende promover os princípios da dignidade humana, solidariedade, da equidade e não discriminação, acessibilidade, inclusão, participação social e respeito pela diferença no acesso aos cuidados de saúde reafirmando a estratégia dos Cuidados Primários de Saúde, melhorar o desempenho das estruturas e dos profissionais, melhorar a gestão dos recursos, assegurar a sustentabilidade financeira, elevar o nível de humanização dos serviços com particular ênfase no atendimento. A Reforma do Estado, em curso, abrange inevitavelmente o sector da saúde devendo por isso toda e qualquer actividade voltada para alteração do quadro institucional do sector estar em perfeita sintonia com aquela reforma, não obstante as especificidades que caracterizam o SNS.

Factores de risco

1. O Serviço Nacional de Saúde experimenta certas dificuldades decorrentes da insuficiência de recursos para fazer face às demandas do sector;
2. As medidas económicas de ajustamento estrutural podem conduzir a uma inadequação da contribuição financeira do Estado para o desenvolvimento sanitário;
3. A falta de disponibilidade de juristas que possam analisar as carências em matéria legal e elaborar os diplomas necessários;
4. A carência de gestores, a fraqueza administrativa e a fracacoordenação entre as chefias, nos diversos níveis;
5. Dificuldades no recrutamento de pessoal qualificado;

6. A insuficiente definição da complementaridade entre o sector público e o privado da saúde e dos mecanismos de desenvolvimento deste último.

V Quadro geral de execução
Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016
Custos e fontes de financiamento

Anos	2012	2013	2014	2015	2015	Total
Custo total do PNDS 2012-2016	5 852 554	7 414 062	7 718 286	6 833 401	7 240 798	35 059 101
Disponibilidade financeira segundo DECRP III	3 772 421	4 331 426	5 003 847	4 480 144	4 119 844	21 707 683
GAP de financiamento	2 080 133	3 082 636	2 714 439	2 353 257	3 120 954	13 351 418

VI MECANISMOS DE GESTÃO, SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

A. ADMINISTRAÇÃO, COORDENAÇÃO E SEGUIMENTO DO PNDS 2012-2016

O serviço de planeamento será 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, em articulação com os diferentes responsáveis/pontos focais;
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”, devendo ser adaptados às especificidades de cada situação. Estas ações de coordenação podem ser materializadas através de *workshops*/encontros para reflexão, programação e avaliação, conjuntas.

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:

1. Aprovar os planos anuais;
2. Arbitrar a distribuição de recursos;
3. Apreciar os relatórios de seguimento do PNDS (relatórios técnicos e financeiros);

4. Validar os resultados das avaliações internas e externas.

Para o seguimento do PNDS, o Conselho do Ministério da Saúde 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 outroseixos 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 relatórios, baseado num seguimento comum dos resultados; e iv) reforço da responsabilidade mútua dos parceiros através da melhoria do diálogo sobre a política nacional de saúde e no seguimento dos resultados.

II) AO NÍVEL REGIONAL ^[44]:

Na Região Sanitária, o Director e a Sessão Especializada 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:

1. Assegurar a fiscalização sucessiva da inclusão nos Planos Anuais das Delegacias de Saúde e dos Hospitais Regionais de pelo menos 60% das actividades constantes no PNDS ou dos financiamentos requeridos para a execução dos Planos submetidos à aprovação;
2. Coordenar a elaboração e a execução dos diversos planos e programas da região;
3. Supervisionar a implementação do PNDS na região;
4. Elaborar relatórios semestrais e anuais de execução do PNDS;
5. 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.

[44] – São órgãos de gestão da Região Sanitária: o Director; a Comissão Deliberativa e o Conselho Consultivo

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)

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.

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 ações 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).

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 (Prevenção e Luta contra Alcoolismo e Tabagismo)
- Dra Maria do Ceu Teixeira (Prevenção e Tratamento Doenças Alergicas)
- Dr Mario Tavares, Dr Ozias Cunha Fernandes (Saúde Oral)
- Dra Francisca Inocência (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 Inspeção Geral de Saúde

Dra Conceição Carvalho, Inspectora-geral de Saúde

Dos Hospitais

Dra Ricardina Andrade, Directora do HAN,

Dra Mecilde Fontes, Directora Clínica do HAN

Dr Alcides Gonçalves, Director Clínico 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 Ministério 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.