



**Direcção Nacional da Saúde
Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra**

**PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE LUTA CONTRA A
TUBERCULOSE**

2015 - 2019

**PRAIA
2014**

Lista de siglas e abreviaturas

BK – Bacilo de Koch

CTX – Cotrimoxazol

DCM – Depósito Central de Medicamentos

DGFM – Direcção Geral da Farmácia e do Medicamento

DGPOG – Direcção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão

DOT – Tratamento directamente observado

DRM – Depósito Regional de Medicamentos

EMPROFAC – Empresa de Produtos Farmacêuticos

IDE – Investimento directo estrangeiro

IEC – Informação, educação e comunicação

INE – Instituto Nacional de Estatística

INH – Isoniazida

LNR – Laboratório Nacional de Referência

MS – Ministério da Saúde

OGE – Orçamento Geral do Estado

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização(ões) não-Governamental(is)

OSC – Organizações da Sociedade Civil

PENLT – Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose

PIB – Produto Interno Bruto

PLS – Programa de Luta contra SIDA

PNDS – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNLTL – Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra

PNS – Política Nacional de Saúde

RNL – Rede Nacional de Laboratórios

RSSN – Região Sanitária de Santiago Norte

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

SNS – Serviço Nacional da Saúde

SVEI – Serviço de Vigilância Epidemiológica e Investigação

TARV – Tratamento antirretroviral

TB – Tuberculose

VIH – Vírus da imunodeficiência humana

Índice

Equipa Técnica	4
PARTE 1 › GENERALIDADES	
1. Introdução Geral	5
2. Contexto Geral	5
2.1. Contexto Geográfico	5
2.2. Contexto Político	6
2.3. Aspetos Demográficos	7
2.4. Contexto Socioeconómico	7
3. Contexto Sanitário	11
3.1. O Sistema Nacional de Saúde	12
3.2. Principais Problemas de Saúde	17
3.3. Condições ambientais	18
4. Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra (PNLTL)	20
4.1. Breve Histórico	20
4.2. Organização do Programa	21
4.2.1. Nível Central	21
4.2.2. Nível Regional	21
4.2.3. Nível Local	22
4.3. Estruturas de Referência Nacional e Regional	22
4.4. Orientações Técnicas	23
4.5. Parcerias	23
4.6. Novos Parceiros para o Futuro	24
4.7. Financiamento do PNLTL	24
PARTE 2 › ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PENLT 2007-2011	
5. O Plano Estratégico 2007-2011	26
6. Justificação do Plano Estratégico 2015-2019	26
7. Análise da situação	27
7.1. Evolução da TB em Cabo Verde, entre 1995 e 2012 e situação atual da TB em Cabo Verde em 2013	27
7.2. Implementação da Estratégia DOTS	42
7.3. Análise da situação em relação à coinfeção TB/VIH e às atividades conjuntas	43
7.4. TB-MDR	47
7.5. Análise da Efetividade do PENLT 2007-2011	48
8. Análise FOFA/SWOT global	51
PARTE 3 › EIXOS ESTRATÉGICOS, OBJECTIVOS E ATIVIDADES PARA O PENLT 2015-2019	
.....	54
ANEXOS	
.....	80
1- PLANO ORÇAMENTAL	
2- PLANO DE SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO	

EQUIPA TÉCNICA

Ministério da Saúde

- António Lima Moreira – Médico de Saúde Pública – Programa de Luta contra SIDA.
- Ariana Mota Monteiro – Médica, Delegada de Saúde de São Vicente.
- Franklim Tavares – Economista, DGPOG, MS
- Jorge Noel de Carvalho M. Barreto – Médico Infeciologista - Hospital Dr Agostinho Neto, Praia.
- Maria Filomena dos Santos Tavares – Bacteriologista - Responsável da Rede Nacional de Laboratórios
- Maria da Luz Lima Mendonça – Médica do Trabalho/Delegacia de Saúde da Praia
- Maria de Lourdes Monteiro – Médica Epidemiologista - Serviço de Vigilância Epidemiológica e Investigação
- Ofélia João Afonseca Monteiro – Médica Pneumologista - Directora Serviço de Urgências de Adultos do Hospital Dr. Agostinho Neto, Praia.

Organização Mundial da Saúde

- Carolina Cardoso Silva Leite Gomes – Médica Epidemiologista – Ponto-focal para TB, OMS, Cabo Verde.

Assistência técnica internacional

- André Ndongosieme – Médico, Ponto focal da Equipa Interpaís da OMS para a África Ocidental (IST- WA) para a tuberculose.

Coordenação técnica

- Jorge Noel de Carvalho Monteiro Barreto – Médico Infeciologista e coordenador do Programa Nacional de Luta contra a TB e Lepra.

Director Nacional da Saúde

- António Pedro da Costa Delgado – Médico, Mestre em Saúde Pública e Diretor Nacional da Saúde.

PARTE 1 – GENERALIDADES

1. Introdução Geral

O documento atual pretende apresentar o Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose (PENLT) do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e a Lepra (PNLTL), para o horizonte temporal de 2015-2019.

Tem como referência principal o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2016, que integra-se no esforço da reforma da saúde no país e apresenta-se como o documento estratégico-operacional para materializar as orientações estratégicas fixadas na Política Nacional de Saúde (PNS), aprovada em 2006, abrangendo o período até 2020.

O documento está organizado em quatro partes:

- parte I – apresenta o enquadramento geográfico, político, demográfico e socioeconómico da República de Cabo Verde, a caracterização geral do Serviço Nacional de Saúde (SNS), uma breve descrição dos principais problemas de saúde da população, a caracterização histórica do PNLT e sua organização atual e a análise retrospectiva do PENLT 2007-2011.
- Parte II – apresenta a análise da implementação do PENLT 2007-2011.
- Parte III - definem-se as estratégias de intervenção e os respetivos objetivos para a implementação do PENLT 2015-2019, com planos anuais de operacionalização para os anos de 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 com todas as condições necessárias para a execução dos mesmos.
- Anexos – constam os planos orçamental e de seguimento e avaliação (*performance*).

2. Contexto Geral

2.1. Contexto Geográfico

A República de Cabo Verde é um país arquipelágico situado no Oceano Atlântico a cerca de 500 quilómetros de Dacar, capital do Senegal e tem uma superfície de 4.033 km², distribuídos em dez ilhas, sendo a ilha de Santiago a maior de todas. Para

além do Senegal, países como a Gâmbia, a Mauritânia, a Guiné-Bissau e a Guiné Conakri são os vizinhos mais próximos da costa Ocidental da África.

De acordo com as projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE) para 2014, a população do país estima-se em 512.983 habitantes, sendo que os menores de quinze anos representam 48% do total da população. A distribuição da população por sexo revela um ligeiro predomínio do sexo feminino, representando 52% do total da população.

2.2. Contexto Político

Cabo Verde ascendeu à independência a 5 de Julho de 1975, sendo governado pelo PAICV, Partido Africano para a Independência de Cabo Verde, até 1991, altura em que se realizaram as primeiras eleições livres e democráticas.

O regime político atual em Cabo Verde caracteriza-se por um Parlamentarismo Mitigado em que a soberania é exercida por quatro órgãos, de acordo com o princípio de Independência dos poderes: o Presidente da República, a Assembleia Nacional, o Governo e os Tribunais. Contudo, é no Parlamento, enquanto centro do sistema, que se decidem as questões estruturais do país, com o objetivo principal de criar um ambiente político favorável à paz e ao desenvolvimento.

O país é, neste momento, governado pelo Partido Africano da Independência de Cabo Verde (PAICV), que em 2001 voltou ao poder com maioria absoluta após 10 anos na oposição. Atualmente, o partido no Governo é suportado por uma maioria parlamentar de 41 deputados e tem uma oposição composta por 29 deputados do Movimento para a Democracia (MpD) e dois da União Cabo-verdiana Independente e Democrática (UCID).

2.3. Aspetos Demográficos

Cabo Verde afirma-se como um país urbano, com mais de 65% da sua população a residir nas cidades, diz o estudo sobre as famílias e condições de vida

realizado pelo Instituto Nacional de Estatística a (censo 2010). Este mostra ainda que os concelhos urbanos - S. Vicente, Sal, Boa Vista, Praia, Santa Catarina e S. Domingos - registaram ligeiro aumento da sua população, enquanto o meio rural perdeu habitantes, como consequência do êxodo rural para as grandes cidades.

O país possui uma população residente estimada em 512.096 pessoas, distribuídas por 127.033 agregados e regista um certo equilíbrio por sexo, após vários anos com uma ligeira supremacia de homens. Mas, desagregando por municípios, verifica-se que na região Sotavento há uma certa predominância de mulheres enquanto em Barlavento é de homens. Hoje o país possui 50,2% de mulheres.

Cerca de 50% dos cabo-verdianos têm menos de 25 anos de idade e 28% menos de 15 anos. A população idosa representa 6%, dos quais 8% vive no meio rural e 5% no meio urbano. Este envelhecimento é visível em Santo Antão e São Nicolau, sobretudo nos concelhos da Ribeira Grande, Paul e Ribeira Brava, respectivamente, onde 10% dos munícipes tem 65 ou mais anos.

A ilha de Santiago tem mais da metade da população (56%), em particular na Praia, que vê o seu peso relativo aumentar entre 2010 e 2013, de 27% para 28%, enquanto os outros concelhos perdem o seu peso relativo.

2.4. Contexto Socioeconómico

Tendo apenas 10% do seu território classificado como terra arável, e possuindo limitados recursos minerais, as condições áridas e o terreno montanhoso de Cabo Verde criam condições de desvantagem para a produção agrícola do país. No entanto, contrabalançando as limitações climáticas e geográficas, a indústria do turismo do país tem-se desenvolvido rapidamente e o governo tem tentado transformar as ilhas num polo de comércio e de transportes.

Em dezembro de 2014, Cabo Verde saiu da lista dos Países Menos Desenvolvidos das Nações Unidas. Uma boa governação, uma sólida gestão

macroeconómica, a abertura ao comércio e uma maior integração na economia global, para além da adoção de políticas eficazes de desenvolvimento social, têm produzido ao longo dos anos resultados notáveis em todo o arquipélago. O crescimento do produto interno bruto (PIB) *per capita* atingiu 7,1% no período 2005-08, bem acima da média para a África Subsariana e para pequenos estados insulares.

Entretanto, o país ainda enfrenta um contexto macroeconómico difícil, com elevados défices, orçamental e externo e um ambiente global incerto. O crescimento económico abrandou para 1,3% em 2009, recuperando-se discretamente nos anos seguintes, mas mantendo-se muito abaixo da média histórica. Esta desaceleração reflete a quebra em investimentos privados, associada à redução de fluxos de investimento direto estrangeiro (IDE) e a condições monetárias menos flexíveis.

Nesse ínterim, a exportação turística do país mantém-se robusta, pois tem-se beneficiado de desvios do comércio como consequência das perturbações no Norte da África, que começaram a acontecer em 2010 na Tunísia e rapidamente alastraram-se para o Oriente Médio. Apesar do investimento público estar ainda a mitigar o abrandamento da atividade económica, parece que ainda há algum espaço para mais estímulos.

O setor dos serviços, centrado no turismo, continua a ser o principal motor de crescimento e representa cerca de três-quartos do PIB de Cabo Verde. O Banco Central estima que a indústria do turismo representa 21% do PIB, contrastando com a agricultura e manufaturas que desempenham um papel menor na economia do país. O setor da construção continua a ser o que demonstra menos confiança, devido à estagnação de novos investimentos em hotéis e segundas residências, após a crise de 2009.

As estatísticas do emprego revelam desigualdade nas oportunidades para mulheres e jovens. A nível nacional, a taxa de desemprego em 2013 foi 16,4%, de acordo com dados do INE, mas, dentro desta percentagem, o desemprego no grupo etário de 15 a 24 anos atingiu os 34,6% e no grupo de 25 a 34 anos foi de 19,7%.

Analisando esta taxa por concelho, denota-se que houve um aumento no concelho da Praia (17,2% em 2012 e 22,8% em 2013) e do Tarrafal (7,8% em 2012 e 11,6% em 2013), enquanto outros concelhos apresentaram diminuição considerável,

como é o caso de Ribeira Grande (21% em 2012 e 10,1% em 2013), Brava (14% em 2012 e 5,5% em 2013), Santa Catarina do Fogo (13% em 2012 e 3,4% em 2013), Sal (17,7% em 2012 e 10,9% em 2013), Paúl (24,8% em 2012 e 16,5% em 2013) e São Vicente (28,9% em 2012 e 22,1% em 2013).

A participação das mulheres na força de trabalho é 13,8% mais baixa que a dos homens. O elevado desemprego nos grupos etários mais jovens e as taxas mais baixas de participação das mulheres são manifestações de um limitado acesso a oportunidades de formação e a rígidas regras laborais que protegem postos de trabalho existentes, em detrimento de novas contratações.

De 2002 a 2010, o índice nacional de pobreza baixou de 37% para 27%, enquanto a taxa de pobreza extrema foi reduzida de 21% para 12%. O setor do turismo de Cabo Verde terá dado um importante contributo a esta apreciável redução. Além disso, tem sido feito um grande progresso no incremento da prosperidade partilhada. O coeficiente de Gini caiu de 0,57 em 2002 para 0,47 em 2010. Progressos sólidos têm também sido assinalados nos indicadores de educação e saúde. Cabo Verde situa-se na 133ª posição, entre 187 países, no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas 2016, o que representa a terceira mais elevada posição na África Subsariana (ASS), colocando o país na categoria de “desenvolvimento humano médio”. Cabo Verde está atualmente em vias de alcançar a maior parte dos seus Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) até 2015.

Desafios ao Desenvolvimento

Como pequeno estado insular em transição para um estatuto de rendimento médio, num ambiente global incerto, Cabo Verde enfrenta um conjunto complexo de desafios ao desenvolvimento. Apesar do notável progresso ao longo das últimas duas décadas, os desafios ao desenvolvimento persistem. A transição de Cabo Verde de elegibilidade prioritária a fundos da Associação Internacional de Desenvolvimento (AID), para os termos mais relacionados com as condições do mercado do Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), traz novos desafios ao acesso a financiamentos concessionais.

O declínio no acesso a financiamentos concessionais, a par de uma rápida acumulação de dívida deverá aumentar os custos do crédito e reduzir a margem

orçamental do Governo. Além disso, Cabo Verde enfrenta uma limitação de oportunidades para economias de escala em desenvolvimento ou diversificar a sua base produtiva e, conseqüentemente, depende de uma gama estreita de setores económicos. Está também sujeito a altos custos unitários de infraestruturas básicas e bens públicos, bem como a elevados custos de transportes, resultantes da sua localização relativamente remota e o seu isolamento. Por último, o país é particularmente suscetível a desastres naturais e aos efeitos das alterações climáticas.

3. Contexto Sanitário

3.1. O Serviço Nacional de Saúde (SNS)

3.1.1. Organização do SNS

Desde a independência, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Cabo Verde é baseado no modelo dito "Regionalizado", modelo de organização do Sistema de Saúde que se encontra mais generalizado e que melhor se adapta aos países em desenvolvimento, aonde o SNS se fundamenta nos cuidados primários de saúde (CPS) escalonados em níveis hierarquizados de atendimento.

A partir de 1989, inseriu-se ao sistema, um sector privado de saúde, onde clínicos gerais e especialistas nos diversos domínios oferecem a possibilidade de escolha. (Cabo Verde, 2006).

O SNS está sob tutela do Ministro da Saúde. No nível local ou municipal, o SNS está sob responsabilidade do Delegado de Saúde que é a autoridade sanitária e representante do Ministro da saúde.

A organização do SNS segue o princípio da organização político-territorial do país. O país está dividido administrativamente em concelhos ou municípios, onde estão implantados os órgãos desconcentrados do SNS.

Os cuidados de saúde são prestados por níveis hierarquizados de atenção. As Unidades Sanitárias de Base (USB), Postos de Saúde (PS) e Centros de Saúde (CS), constituem o nível de atenção primária. Nos Hospitais Regionais (HR) funcionam cuidados especializados de menor complexidade (nível secundário). Nos Hospitais Centrais (HC) são prestados cuidados mais especializados de nível secundário e terciário (Cabo Verde, 2007a).

Para uma melhor organização dos serviços de saúde e adequar as respostas de acordo com as necessidades da população, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº 25/2003 de 25 de Agosto) prevê a criação de Regiões Sanitárias (RS) "aonde e quando possível" como entidades descentralizadas de administração de saúde (CABO VERDE, 2003).

A Regionalização dos serviços de saúde já constituía uma das grandes propostas da Carta Sanitária (CS) de 1999 e veio a se concretizar com a criação da primeira Região Sanitária de Cabo Verde – Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), Decreto-Lei nº58/2006 de 26 de Dezembro (Cabo Verde, 1984, 2006).

A Política Nacional de Saúde (PNS) elaborada para o período de 2007 ao ano 2020 tem sido implementada através de sucessivos planos nacionais de desenvolvimento sanitário. A legislação cabo-verdiana para o sector saúde estabelece que este dispõe de uma estrutura desburocratizada e desconcentrada, traduzida na manutenção da administração direta da saúde.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016 (PNDS 2012-2016) é o instrumento para a operacionalização dos objectivos da PNS, transformando-a em acções e intervenções concretas a serem executadas em períodos sucessivos durante a sua vigência. Trata-se de um 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.

Em termos de estrutura geral, o Ministério da Saúde (MS) compreende os seguintes órgãos e serviços centrais: O Conselho Nacional da Saúde, A Comissão Nacional de Medicamentos, o Conselho do Ministério e o Gabinete do Ministro.

O MS compreende a Direcção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão (DGPOG) como serviço central de apoio às funções instrumentais de gestão. Como serviços centrais de estratégia, regulamentação e coordenação nacional da execução, o MS compreende a Direcção Nacional da Saúde (DNS), a Direcção Geral da Farmácia e do Medicamento (DGFM) e a Inspeção Geral da Saúde (IGS).

O MS ainda exerce poderes sobre os institutos e serviços centrais autónomos, nomeadamente o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS), as Regiões Sanitárias e os Hospitais Centrais e Regionais.

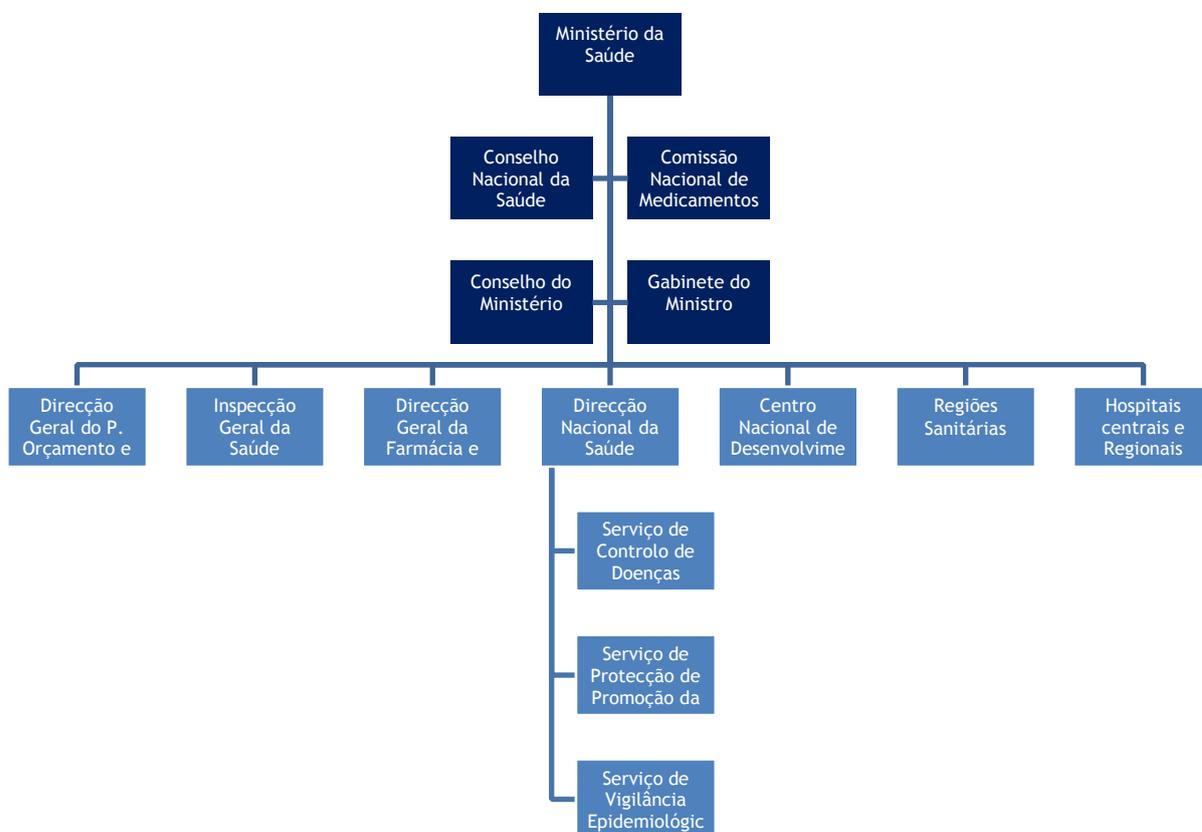


Fig. 1 – Organograma do Ministério da Saúde de Cabo Verde.

Serviços de Base Territorial

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. A última Lei Orgânica do MS prevê a criação de Regiões Sanitárias “aonde e quando possível” como entidades descentralizadas de administração de saúde reunindo um certo número de Delegacias de Saúde contíguas.

Pelo Decreto-Lei n.º 58/2006 de 26 de Dezembro, foi criada, “a Região Sanitária de Santiago Norte como estrutura desconcentrada do Ministério da Saúde”, cuja área de actividade correspondente aos municípios de Santa Catarina, Santa Cruz, São Lourenço

dos Órgãos, São Miguel, São Salvador do Mundo e Tarrafal. Esta Região representa a base para outras regiões sanitárias no país como já previsto em vários instrumentos da PNS.

Em termos de cobertura sanitária, a rede de estruturas de saúde esta constituída por dois hospitais nacionais de referência (um na Praia, Ilha de Santiago e outro no Mindelo, São Vicente), quatro hospitais regionais (em Santo Antão, Sal, Fogo e em Santa Catarina de Santiago), 30 centros de saúde, 34 postos sanitários (PS) que funcionam com enfermeiros e 113 unidades básicas de saúde (USB) que funcionam com agentes sanitários, além das sedes de Delegacia de saúde da Praia e de São Vicente.

Como unidades especializadas são referidos 5 Centros de Saúde Reprodutiva, 1 Centro de Saúde Mental e 1 Centro de Terapia ocupacional (MS, 2012).

Esta estruturação administrativa e de prestação de cuidados são coordenadas a nível central pelo MS, sendo a DNS responsável nomeadamente pela coordenação das actividades das delegacias de saúde do país e que fazem a supervisão das actividades dos hospitais regionais, dos centros de saúde, dos PS e das USB. Recorde-se que os hospitais centrais estão, administrativamente, ligados directamente ao MS. (cf. Organigrama do Ministério da Saúde).

3.1.2. Recursos humanos para a prestação de cuidados de saúde

Em relação a este ponto, o sector da saúde tem tido ganhos importantes. Em termos de cobertura, em 1975 contava com um número limitado de recursos da saúde, sobretudo humanos. O país contava com 13 médicos, dos quais onze nacionais, 140 enfermeiros de nível geral e auxiliares e alguns agentes sanitários vinculados à Brigada de Luta Contra o Paludismo.

Com o passar dos anos, os indicadores melhoraram significativamente, atingindo, por exemplo, um rácio de 1 médico por 2067 e um enfermeiro por 996 habitantes, respectivamente (Cabo Verde, 2006; Gomes, 2006). Essa cobertura tem vindo a melhorar em várias categorias profissionais como por exemplo dos técnicos de laboratório que passou de um técnico por 10412 habitantes em 2009 para um técnico por 9257 habitantes em 2011.

3.1.3. Gestão de aprisionamento de stock

A política farmacêutica é definida pela DGFM do MS, que garante o aprovisionamento, a acessibilidade o controlo, a garantia e a qualidade dos medicamentos e produtos farmacêuticos.

A Lista Nacional de Medicamentos adoptada desde 1980, cuja última revisão foi feita em 2009 (D.L. 33/2009), constitui uma ferramenta da política farmacêutica nacional importante e que define todos os medicamentos que devem ser consumidos no país tanto no sector público como no privado, indicando as especificidades por estruturas de saúde.

A selecção dos medicamentos é feita pela Comissão Nacional de Medicamentos, órgão consultivo do Ministro de Saúde, segundo os critérios definidos.

A gestão de stock pelo Depósito de Medicamentos é feita recorrendo-se ao uso de fichas de prateleira e folhas de Excel, tendo iniciado em 2013 a implementação do software CHANNEL, estando de momento a sua implementação na fase piloto, o que permitirá a uma gestão de stock informatizada.

O Depósito Central de Medicamentos (DCM) e o Depósito Regional de Medicamentos (DRM) são responsáveis pelo armazenamento, além da recepção e distribuição de todos os produtos médicos, equipamentos de saúde, reagentes e outros consumíveis e materiais de saúde.

Em cada estrutura de saúde a nível local (hospitais e centros de saúde) existem farmácias que recebem, armazenam e dispensam os produtos de acordo com as necessidades internas da estrutura e prescrições médicas.

Todo o aprovisionamento é feito com base nas requisições das estruturas de saúde aos depósitos, devidamente autorizadas pela DGFM em articulação com os programas de saúde pública. Esta distribuição geralmente é trimestral. No entanto, havendo situações pontuais, as reposições são feitas mediante a solicitação e justificação dos gastos.

É da responsabilidade das estruturas de saúde (hospitais e centros de Saúde) a apresentação de relatórios e justificativas da utilização dos bens destinados à prestação de cuidados de saúde.

O abastecimento dos produtos farmacêuticos no país está a cargo das seguintes estruturas:

- A EMPROFAC – o principal importador, fornecedor de medicamentos às farmácias públicas e privadas;
- Os Laboratórios INPHARMA, que se dedica à produção nacional de medicamentos - distribuídos pela EMPROFAC - a partir de matéria-prima importada e exportada;
- A DGFM abastece os Depósitos Central e Regional de Medicamentos, através de importação ou compra no mercado nacional, que por sua vez fornecem às estruturas de saúde.

No País existem:

- 2 Depósitos de medicamentos (central e regional);
- 33 farmácias públicas (das quais 9 Hospitalares e 21 nos Centros de Saúde);
- 34 farmácias privadas;
- 7 postos de venda de medicamentos;
- 1 laboratório de controlo de qualidade (Privado).

Existe em Cabo Verde, uma Agência de Regulação dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares – ARFA - que garante a qualidade dos medicamentos e produtos de saúde que entram no território nacional.

O Laboratório de Controlo de Qualidade, elemento fundamental de um sistema de avaliação da qualidade dos medicamentos foi criado em 1981, com apoio da ONUDI e funcionou plenamente até 1993, data a partir da qual deixou de funcionar.

Sempre que necessário, os produtos farmacêuticos são enviados a um laboratório de Controle de medicamentos certificado pela OMS ou indicado pela "autoridade de regulamentação" para controle de qualidade. Existe no país um laboratório de controlo de qualidade (Inlab) da INPHARMA que habitualmente não faz controlo de qualidade dos produtos para a TB, carecendo de estabelecimento de parceria/acordo entre este e o MS.

3.1.4. Recursos financeiros para a saúde

No que diz respeito aos custos, o problema do financiamento dos cuidados de saúde continua a ser uma das principais preocupações dos países em desenvolvimento. Os decisores políticos estão cada vez mais conscientes de que para tornar o sistema de saúde mais eficiente em um ambiente em mudança, as reformas de saúde pública devem ser acompanhadas de informações detalhadas sobre planeamento e orçamento para uma boa tomada de decisão.

A percentagem do Orçamento Geral do Estado (OGE) para a saúde anda à volta de 9%. A despesa per capita em saúde foi estimada em 155 dólares em 2010, contra 64 dólares per capita em 2001 (OMS, Relatório Mundial da Saúde).

Considerando o PNDS 2012 – 2016, pode-se verificar que o Programa dos Recursos Humanos, o Programa de Prestação dos Cuidados de Saúde e Programa de Infra-estruturas são os mais caros, com respectivamente 26%, 25,6 % e 18,7% dos custos totais do PNDS (Custo do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016).

Especificamente em relação à TB, cerca de 0,8% do OGE para a Saúde tem sido destinado às actividades de luta contra a TB. O custo médio anual estimado até 2016 para o PNLTL no orçamento do estado é de 23 mil Euros.

3.2. Principais Problemas de Saúde

Cabo Verde, classificado como país de desenvolvimento médio (175/177) pelo relatório do desenvolvimento humano do PNUD 2014/2015, é fortemente marcado pelas doenças transmissíveis no seu perfil epidemiológico, de acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II (PNDS II), pelo que a tuberculose (TB) está considerada entre as doenças prioritárias do País.

O arquipélago entrou há alguns anos numa fase de transição epidemiológica em que as doenças não transmissíveis, como as cardiovasculares e a diabetes tendem a superar, em frequência e gravidade, as doenças infecto-contagiosas, representando novos desafios para o SNS em termos de necessidade de cuidados de saúde. Isto foi possível graças a grandes esforços e estratégias implementadas a nível nacional que culminaram com o controlo de várias doenças infecciosas ou, até mesmo, a sua eliminação como problema de saúde pública. Como exemplos, pode-se citar a poliomielite (último surto registado no ano 2000), o sarampo (cuja última epidemia

ocorreu em 1997), o tétano neonatal, a lepra (há mais de 20 anos eliminada como problema de saúde pública) e o paludismo (em fase de pré-eliminação).

A infecção por VIH/SIDA é considerada actualmente uma epidemia concentrada, sobressaindo-se em determinados grupos de risco, nomeadamente os trabalhadores profissionais de sexo (TPS), os usuários de droga (UD) e os homens que fazem sexo com outros homens (HSH), de acordo com estudos recentes. A seroprevalência nacional, de acordo com o IDSR-II realizado em 2005, é de 0,8%

Mesmo assim, ainda há condições infecciosas que constituem problemas de saúde pública no país, nomeadamente as infecções de transmissão sexual, cujas taxas de detecção passaram de 63,9 por cem mil habitantes em 2006 para 83,6 em 2010 e a TB com uma taxa de incidência de 53,8 por cem mil habitantes em 2006 que passou para 80 em 2012, o que demonstra que há necessidade de melhorar as actividades de luta contra a TB, nomeadamente o reforço da descentralização das intervenções para as estruturas de saúde e o envolvimento das comunidades nestas actividades.

3.2.1. Saúde Materno-infantil

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, que desde 2001 substituiu o da Protecção Materno-infantil/Planeamento familiar (PMI/PF) implantado desde 1977, constitui o suporte organizacional para a prestação de cuidados de saúde, sobretudo preventivos, às crianças e às mulheres em idade fértil e em menor grau aos adolescentes e adultos masculinos. A articulação entre as estruturas prestadoras de cuidados curativos e reabilitativos não é, contudo, suficiente para garantir a coordenação, a qualidade e a continuidade dos cuidados, apesar dos esforços envidados para se regulamentar as competências nessa matéria, e utiliza-las nos diferentes níveis de prestação de cuidados.

Os dados do Relatório Estatístico do Ministério da Saúde de 2013 indicam uma Taxa de mortalidade materna 38 por 100.000 nascidos vivos e uma taxa de mortalidade infantil ainda elevada, de 20,1‰ nascidos vivos, com uma contribuição importante da mortalidade neonatal precoce de 11,2‰ nascidos vivos. A mortalidade perinatal é igualmente elevada, atingido 24,8‰ nascimentos.

3.3. Condições ambientais (Água, Saneamento e Habitação)

A política praticada em relação ao sector de água potável, a nível dos principais centros urbanos existentes em Cabo Verde, tem sido a extensão da rede pública de distribuição e garantia de maior acesso por parte das populações. Neste âmbito merece destaque a implementação dos projetos de forma faseada, nos quais se tem dado prioridade aos bairros mais carenciados por forma a permitir o acesso facilitado e generalizado à água potável por parte da maioria da população, a médio/longo prazo.

No que concerne ao saneamento, este é caracterizado por enormes carências revelando-se um dos maiores desafios para Cabo Verde. Durante a implementação dos Planos Nacionais de Desenvolvimento, compreendidos entre 1993 e 2000, ao saneamento básico correspondeu um dos menores graus de realização, apesar de este ser um importante indicador ambiental e de qualidade de vida e um fator de desenvolvimento do país. Um outro fator de risco para a saúde pública é o deficiente sistema de recolha, tratamento e destino adequado do lixo.

Neste contexto, por exemplo, o grande aumento da densidade demográfica na cidade da Praia e em ilhas como Boa Vista e Sal propicia graves problemas de saneamento, uma vez que a infraestrutura sanitária e ambiental é insuficiente para responder ao fluxo migratório.

Neste contexto, por exemplo, o grande aumento da densidade demográfica na cidade da Praia e em ilhas como Boa Vista e Sal propicia graves problemas de saneamento, uma vez que a infraestrutura sanitária e ambiental é insuficiente para responder ao fluxo migratório.

As condições habitacionais desempenham um papel chave na transmissão da TB. A proliferação de construções espontâneas insalubres e sem implantação de redes de infra-estruturas é uma realidade, sobretudo nos centros urbanos. Estes aspectos dificultam o controlo do foco infeccioso e o acesso de profissionais de saúde a essas instalações. Para além da precariedade das habitações existe também carência em termos quantitativos o que conduz a situação de casas habitadas por um número excessivo de indivíduos.

4. Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e a Lepra (PNLTL)

4.1. Breve Histórico

O PNLTL existe desde 1986 com a criação do Gabinete de Coordenação de Saúde Pública e sempre contou com um responsável para organizar as actividades de luta contra a TB a nível nacional, financiadas pelo Estado de Cabo Verde e apoio técnico-financeiro da Gulbenkian.

A estratégia DOT, mundialmente aceite como a abordagem mais eficaz para o controlo da TB, foi adoptada e introduzida progressivamente em Cabo Verde a partir de 1996, ano que o PNLTL também recebeu um financiamento da Cooperação Luxemburguesa, em colaboração com as ONG “*Pharmaciens Sans Frontiers*” e “*Amitiés Luxemburg Cap Vert*”.

Em 1996, foi elaborado o primeiro guião de recomendações técnicas com base nas orientações da União Internacional de Luta contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias (UICTDR) para os países com alta prevalência de TB e poucos recursos económicos.

Em Janeiro de 2002 foi elaborado o primeiro Plano Estratégico de Luta contra a Tuberculose (PENLT), que orientou durante 5 anos as actividades do programa. Ainda em 2002, foi elaborado o Guião adaptado com base no consenso OMS-UICTDR, tendo sido revisto em 2004.

No primeiro trimestre de 2007, o PNLTL elaborou o segundo PENLT com o apoio de uma equipa técnica multidisciplinar, como de habitual.

Em 2004 a candidatura de Cabo Verde ao fornecimento de medicamentos antituberculosos de primeira linha pela GDF (*Global Drug Facility* - ramo de Stop TB) foi aceite e, de 2005 a 2009, os medicamentos foram fornecidos gratuitamente e com regularidade ao PNLTL, mediante avaliação anual da fornecedora internacional. A partir de 2010, os medicamentos de primeira linha passaram a ser adquiridos com financiamento do OGE, através de requisição à EMPROFAC pela DGFM, de acordo com uma previsão anual das necessidades.

4.2. Organização do Programa

Finalidade: Reduzir a carga da TB no cômputo de doenças importantes para a saúde pública de Cabo Verde, tendo em consideração os fatores determinantes individuais e coletivos, bem como os ambientais, que propiciam ou entram a prevenção e/ou o tratamento acessível e de qualidade.

Missão: Assistência técnica especializada às estruturas sanitárias, na preparação de projetos de lei, na definição das políticas, na orientação sobre políticas, na advocacia e orientação de parceiros, na mobilização de recursos e gestão programática.

O PNLT está inteiramente integrado nas estruturas sanitárias e serviços que compõem a pirâmide do SNS como é descrito a seguir:

4.2.1. Nível Central

Faz parte da Direção Nacional da Saúde e é representado por um Coordenador Nacional, cuja função é coordenar a luta contra a TB em todo o país. A unidade central é responsável pela planificação, implementação e avaliação das atividades do plano nacional, bem como pela elaboração de normas, recomendações e orientações que são implementadas a nível nacional. Colaboradores como a DGFM, o DCM, a DGPOG, a RNL, o PLS e especialistas na área auxiliam nesta coordenação.

4.2.2. Nível Regional

Apesar de na Carta Sanitária (CS) de 1999 a regionalização dos serviços de saúde já constituir uma das grandes propostas para uma melhor organização dos serviços de saúde e adequar as respostas de acordo com as necessidades da população, foi só em 2006 que deu-se início à sua concretização através da criação da primeira região sanitária de Cabo Verde, a Região Sanitária de Santiago Norte (RSSN), de acordo com o Decreto-Lei nº58/2006 de 26 de Dezembro.

As delegacias de saúde desta região passariam a trabalhar em consonância em relação às actividades de atenção primária para a TB e com um hospital de

suporte/referência, que oferece as especialidades básicas: pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgia e medicina interna, para além de uma enfermaria com 11 camas para internamento de casos de TB mais complicados.

O PNLTL está representado em cada delegacia de saúde por um ponto focal, que é o responsável pela coordenação do programa a esse nível e um ponto focal no hospital regional também com esta mesma função mas voltada para o nível secundário. Entretanto, há falta de um grupo coordenador das actividades de luta contra a TB na RSSN que faça o papel de elo de ligação entre os centros de saúde, as delegacias de saúde e o hospital regional.

4.2.3. Nível Local

As actividades de controlo da TB neste nível são efetuadas pelos Centros de Saúde responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e seguimento dos casos de tuberculose e, em algumas situações, pelas Unidades Sanitárias de Base (USB) que podem ser responsáveis pelo tratamento e seguimento destes casos, com o apoio dos Centros de Saúde.

As atribuições dos Centros de Saúde **com** laboratório são:

- Despistagem/rastreio, diagnóstico, tratamento e seguimento dos doentes com TB, de acordo com as orientações e recomendações do PNLTL, visitas domiciliarias e realizar actividades de IEC.

As atribuições dos Centros de Saúde **sem** laboratório são:

- Despistagem (envio de amostras ou doente suspeito para o estrutura de saúde com laboratório), tratamento e seguimento dos doentes com TB, segundo as orientações e recomendações do PNLTL, visitas domiciliarias e realizar actividades de IEC.

4.3. Estruturas de Referência Nacional e Regional

As estruturas de referência nacional e regional têm como papel apoiar as estruturas locais na resolução de problemas clínicos que não possam ser solucionados a esse nível, bem como apoiar na formação e na pesquisa no domínio da TB e TB/VIH.

São consideradas estruturas de referência Nacional os dois hospitais centrais (Hospital Dr. Agostinho Neto e Hospital Dr. Baptista de Sousa).

A nível regional, temos o Hospital Dr. João Baptista de Morais em Ribeira Grande na ilha de Santo Antão, o Hospital Dr. Santa Rita Vieira em Achada Falcão na ilha de Santiago e o Hospital de S. Filipe na ilha do Fogo.

4.4. Orientações Técnicas

O PNLT dispõe de um Guia Técnico que descreve com detalhes os métodos de diagnóstico e os regimes de tratamento, segundo a estratégia DOTS.

No que se refere ao diagnóstico, atualmente recomenda-se que a análise microscópica da expetoração seja feita em duas amostras. No caso de um resultado negativo, deve-se encaminhar uma amostra para teste com PCR (Xpert MTB/RIF) na Praia.

A partir do segundo semestre de 2005, o PNLTL introduziu os regimes de curta duração baseados na utilização de 4 combinações em doses fixas (4-FDC) segundo *Global Drug Facility* (GDF): 2RHZE/4RH para categorias 1 e 3 e 2RHZE+S/1RHZE/5RHE para categoria 2 da OMS. O PNLT adotou na estratégia STOP-TB da OMS as atividades de TB/VIH, DOT comunitária e a TB multirresistente.

4.5. Sistema de informação

O sistema de informação para a TB ainda tem deficiências que precisam ser debeladas para um melhor conhecimento da situação da doença no país. Os formulários de notificação de TB são disponibilizados em papel. Esforços vêm sendo feitos no sentido de possibilitar a disponibilização dos formulários e o seu envio em formato electrónico.

Apesar da taxa de notificação ter melhorado nos últimos anos, nota-se ainda que uma parte boa parte das delegacias de saúde continua a enviar as notificações com um certo atraso.

4.6. Parcerias

Um dos grandes parceiros de sempre do PNLT é a OMS, com a disponibilização de assistência técnica e de financiamentos sempre que solicitados e com bons

resultados. Nos dois últimos anos, o apoio desta Organização internacional foi, sem dúvida, essencial para os bons resultados obtidos em 2013.

4.7. Perspetiva de Novos Parceiros para o Futuro

Uma das fragilidades da luta contra a TB é a ausência de compromisso do sector privado no domínio da saúde, em relação à TB. Não existe nenhuma empresa privada em Cabo Verde que financie direta ou indiretamente o PNLTL ou que conceda privilégios neste domínio. Este é um ponto que deve ser melhor explorado, apesar do apelo que habitualmente é feito.

Espera-se também que com o Pacto Nacional da Saúde, que foi assinado em dezembro de 2013 por cerca de 20 parceiros nacionais e internacionais possa trazer uma nova perspectiva e novos parceiros para o futuro.

4.8. Financiamento do PNLTL

Até 2012, o PNLTL não tinha um financiamento específico do orçamento geral do estado (OGE) e vinha recebendo da OMS cerca de 20.000 dólares americanos a cada dois anos para atividades como supervisão e atualização de documentos de referência nacionais, para além de colaborações pontuais respeitante à formação, à assistência técnica e à supervisão (iniciativa 3/5) e da GDF no abastecimento anual gratuito de medicamentos de primeira linha até 2009. Nos últimos anos, aos reagentes, outros materiais de laboratório e a tuberculina, têm sido suportados pelo OGE.

A partir de 2012, o PNLTL passou a dispor de um orçamento próprio, de acordo com um quadro lógico elaborado e discutido previamente. Este orçamento tem sido utilizado essencialmente na aquisição de material para consumo clínico, assistência técnica nacional, deslocações e estadias e aquisição de equipamento de diagnóstico. (fonte: egov)

A compra de medicamentos de primeira e de segunda linha para o tratamento da TB é assegurada pela Direcção Geral da Farmácia e do Medicamento (DGFM), mediante a entrega da previsão da quantidade de doentes a serem tratados de acordo com as categorias de classificação dos mesmos. Esta previsão é enviada à DGFM antes do fim do primeiro trimestre de cada ano.

Os outros consumíveis que são utilizados na abordagem dos doentes com TB e seus contactos (frasco para recolha de expectoração ou outros fluidos biológicos, películas de radiografia, recipientes para colheita de sangue, etc) são adquiridos com financiamento anual do OGE destinado para o sector da saúde, através da DGFM e distribuídos para todo o país.

Os profissionais de saúde que atendem os doentes com TB são funcionários públicos remunerados pelo Estado com parte do OGE para o setor da saúde e as estruturas públicas de saúde onde esses doentes são atendidos também são suportados pelo OGE para o setor da saúde.

As actividades de formação e a atualização de documentos de referência têm sido feitos com os financiamentos da OMS nos últimos 10 anos. Esta Organização também tem assumido o pagamento das assistências técnicas internacionais, mediante pedidos do MS (Fonte: Sigov).

PARTE II – ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PENLT 2007-2011

5. O Plano Estratégico 2007-2011

O PNLTL elaborou um plano estratégico para o período de 2007 a 2011 com a finalidade de contribuir para a redução da morbilidade e da mortalidade por TB e também a transmissão da doença em Cabo Verde.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos para esse plano estratégico:

- Aumentar a taxa de deteção de novos casos com BK+ para 70%;
- Aumentar a taxa de sucesso no tratamento de casos com BK+ para 85%;

6. Justificação do Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose 2015-2019

De forma geral, o desempenho do programa tem sido positivo o que pode ser demonstrado através de alguns ganhos, tais como; na abordagem e no tratamento dos doentes, no abastecimento de medicamentos (situações de roturas de stock tem-se resumido em casos pontuais), persistindo no entanto alguns problemas que impõem a resolução numa lógica de melhoria contínua:

- A notificação e retroinformação mantêm algumas deficiências;
- A resistência do *Mycobacterium tuberculosis* aos medicamentos não está documentada;
- Insuficiências no plano técnico e de gestão do programa;
- Inexistência de controlo de qualidade interna dos laboratórios.
- Nalgumas ilhas os serviços de radiologia não funcionam temporariamente por avarias nos aparelhos ou por falta de técnicos.
- Financiamento insuficiente e necessidade de mais apoio administrativo ao PNLTL.

7. Análise da situação

7.1 – Evolução da TB em Cabo Verde, entre 1995 e 2012 e situação atual da TB em Cabo Verde em 2013

7.1.1 – Evolução da taxa de incidência entre 1995 a 2012 a nível nacional

O gráfico abaixo mostra que apesar de ao longo desse período terem-se registado flutuações anuais da taxa de incidência, entre o valor mínimo de 40,2 em 1999 e o valor máximo de 78,6% em 2012, a linha da tendência manteve-se na via ascendente.



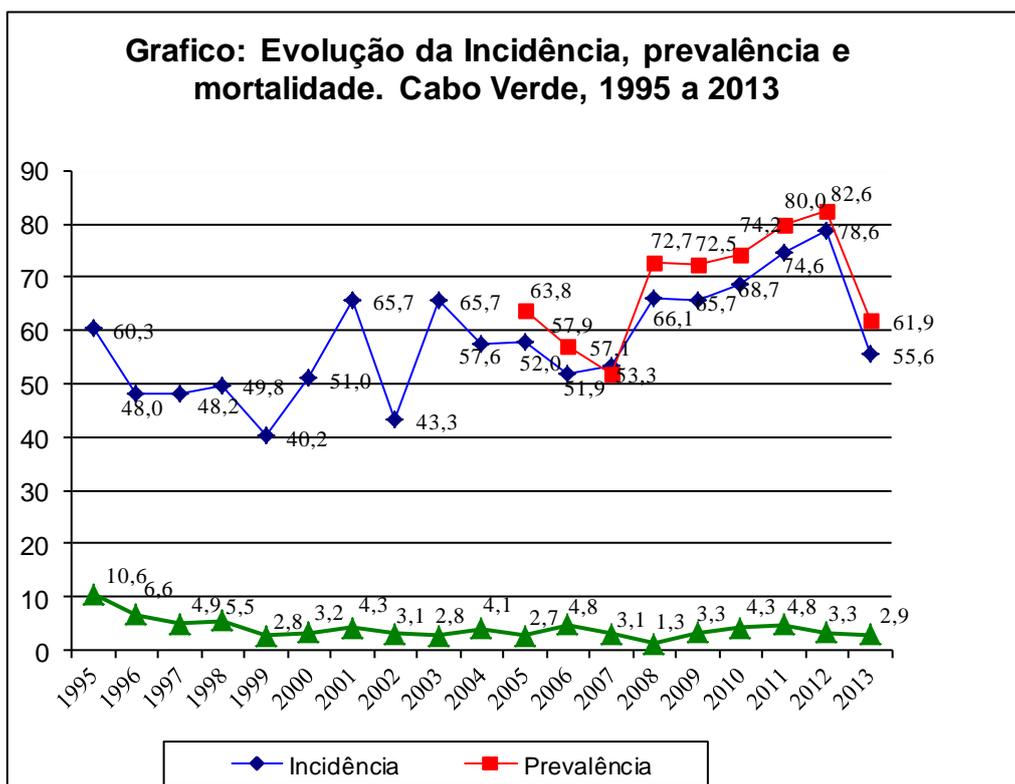
Fonte: PNLTL/Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS

7.1.2 – Prevalência da tuberculose, entre 2005 e 2012 (ver gráfico abaixo)

Os dados disponíveis referentes à prevalência da TB em Cabo Verde datam de 2005 e como ilustrado no gráfico seguinte entre 2005 a 2007 a prevalência passou de 63,8 para 53,3, porém, no período de 2008 a 2012, a mesma registou um aumento de 72,7 para 82,6.

7.1.3 – Mortalidade da tuberculose, entre 1995 e 2012 (ver gráfico abaixo)

No tocante à mortalidade, entre 1995 e 2012, registou-se uma redução significativa da taxa de mortalidade por tuberculose, passando de 10,6 em 1995 para 3,3 em 2012.



Fonte: PNLTL/Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS

7.1.4 – Situação da Tuberculose em Cabo Verde em 2013

Em 2013 foram notificados **314** casos de TB todas as formas, menos 104 do que em 2012, de acordo com quadro a seguir.

Total de casos de TB por ano. Cabo Verde ano 2008 a 2013

Casos de TB	Ano					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Casos novos BK+	196	172	186	182	189	179
Casos novos BK-	82	94	98	130	146	54
Casos novos BKNR	0	0	0	0	0	9
Casos novos TEP	39	53	54	61	63	41
Recaída	16	13	18	17	15	21
Fracasso	3	2	2	1	0	0
Abandono	13	18	7	9	5	6
Outros casos	0	0	0	0	0	6
Total	349	352	365	400	418	314

Fonte: PNLTL/Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS

A taxa de incidência foi de **55,6** (em 2012 era de 78,6); a taxa de prevalência foi **61,9** (em 2012 era de 82,6%) e a taxa de mortalidade foi de **2,9** (em 2012 era de 3,3).

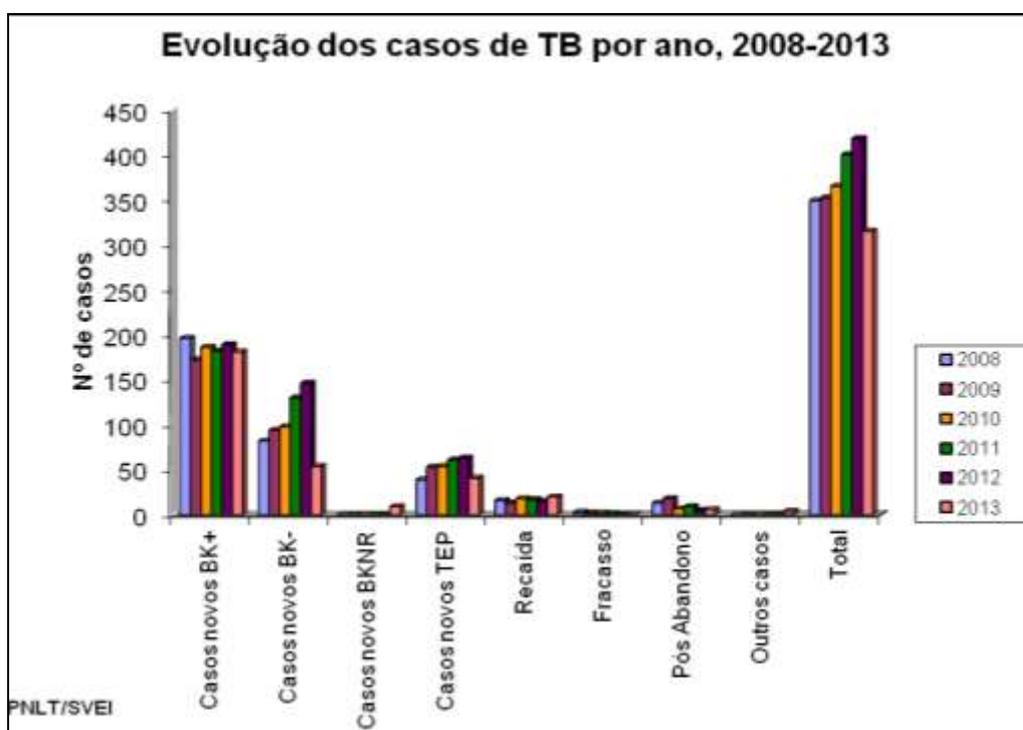
A redução da taxa de incidência e prevalência da tuberculose em 2013 deveu-se essencialmente a uma diminuição significativa dos casos de TB BK negativos, como se pode constatar no gráfico abaixo mas também, embora em menor escala, à diminuição dos casos de TEP enquanto que o total de casos de TB BK positivos manteve-se mais ou menos nos mesmos níveis registados dos anos anteriores.

Com efeito, os dados da tabela e do gráfico abaixo, mostram uma redução significativa no total de casos TB BK negativo entre 2012 e 2013, 146 casos e 54 respectivamente, bem como no tocante ao total de casos TEP que passou de 63 casos em 2012 para 41 em 2013.

Relativamente ao total de casos novos BK+, notou-se uma ligeira diminuição, passando de 189 em 2012 para 179 em 2013.

Casos de TB	Ano					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Casos novos BK+	196	172	186	182	189	179
Casos novos BK-	82	94	98	130	146	54
Casos novos BKNR	0	0	0	0	0	9
Casos novos TEP	39	53	54	61	63	41
Recaída	16	13	18	17	15	21
Fracasso	3	2	2	1	0	0
Abandono	13	18	7	9	5	6
Outros casos	0	0	0	0	0	6
Total	349	352	365	400	418	314

Fonte: PNLTL/Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS



Fonte: PNLTL/Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS

Relativamente aos indicadores de performance do PNLTL, nomeadamente a taxa de sucesso , a taxa de fracasso e a taxa de mortalidade, situando-se , em 2012 dentro dos valores esperados, definidos pela OMS e pelas Nações Unidas no quadro do ODM 6 , o programa registou resultados muito satisfatórios como se pode ver do quadro abaixo.

Quadro : Resultado de Tratamento de Casos Novos de Tuberculose Pulmonar (BK+) diagnosticados em 2006 a 2012 (%)

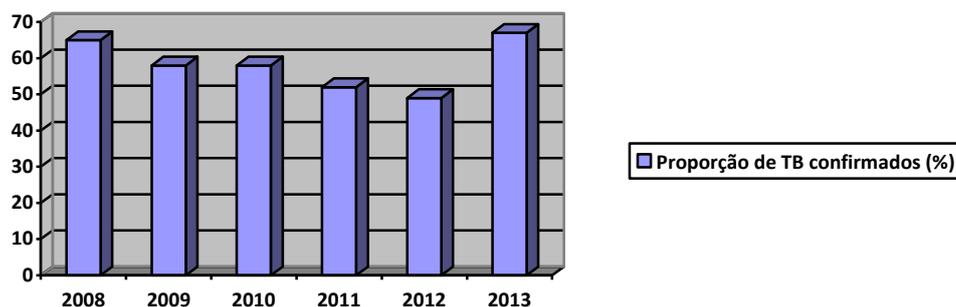
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Valor esperado
1. Taxa de notificação de resultados de tratamento	96,6	...	...	...	...	100		100%
2. Taxa de sucesso	81,7	...	72,0	74,0	77,8	74,7	86,7	>85%
2.a) Curados	68,2	...	57,0	54,4	57,0	60,4	59,2	
2.b) Tratamento completo	13,5	...	17,0	19,0	21,0	14,3	27,5	
3. Taxa de Fracasso	2,4	...	1,5	1,5	0,0	0	0,0	<5%
4. Taxa de Mortalidade*	...	...	...	0,6	...	1,4	1,4	<5%
5. Taxa de Abandono	6,3	...	14,0	13,4	12,0	8,8	4,7	<5%
6. Taxa de Transferidos	5,5	...						
7. Resultados desconhecidos	3,8	...	11	9,6	5,0	1,6	3,6	<5%

Fonte: PNLTL/Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS

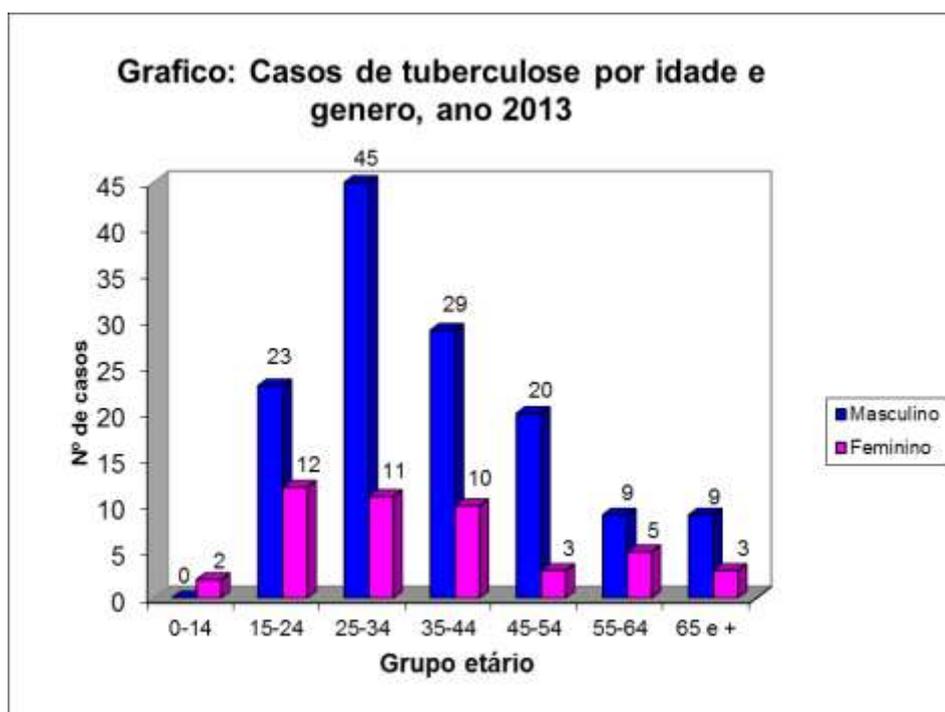
Em 2013, a proporção de casos confirmados de TB todas as formas foi de 67% (210/314) enquanto em 2012 foi de 49% (205/418*100). Em 2011 essa proporção foi de 52% (209/400*100); em 2010 de 58% (213/365*100); em 2009 de 58% (205/352*100) e em 2008 de 65% (228/349*100).

A meta a atingir para a confirmação laboratorial é **≥ 80%**

Gráfico: Proporção de casos de TB confirmados laboratorialmente, 2008 a 2013



O gráfico abaixo mostra a distribuição dos casos de TB BK+ notificados em 2013 por sexo e grupo etário, deixando claro que o sexo masculino na faixa etária dos 15 – 54 anos é a mais afectada.



7.1.5 Situação da TB em Cabo Verde, por ilhas e por regiões

Em termos do número absoluto de casos, nota-se, de acordo com o quadro a seguir, que o maior número absoluto de casos concentra-se na Praia e São Vicente, representando em conjunto 69% do total de casos notificados.

Casos de TB notificados por Delegacias de Saúde, 2013

Delegacia	Total de casos em registo	Casos novos TP+	Casos novos TP-	Casos novos TPBKNR	Casos novos TEP	Recaída BK+	Fracasso BK+	Pós-abandono BK+	Outros casos
Ribeira Grande	14	10	3	0	1	0	0	0	0
Paul	12	11	1	0	0	0	0	0	0
Porto Novo	3	0	2	0	1	0	0	0	0
São Vicente	82	54	4	2	12	9	0	1	0
São Nicolau	10	8	0	0	0	2	0	0	0
Sal	8	5	2	0	1	0	0	0	0
Boavista	9	1	6	0	1	0	0	1	0
Maio	9	7	1	0	0	1	0	0	0
Praia	120	58	24	6	20	6	0	4	3
São Domingos	5	2	0	1	2		0	0	0
Santa Cruz	4	3	1	0	0	0	0	0	0
Santa Catarina	14	5	5	0	3	1	0	0	0
São Miguel	7	6	0	0	0	0	0	0	1
Tarrafal	4	1	2	0	0	1	0	0	0
São Filipe	11	8	3	0	0	0	0	0	0
Mosteiros	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Brava	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Total	314	179	54	9	41	21	0	6	6

Fonte: PNLTL/Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS

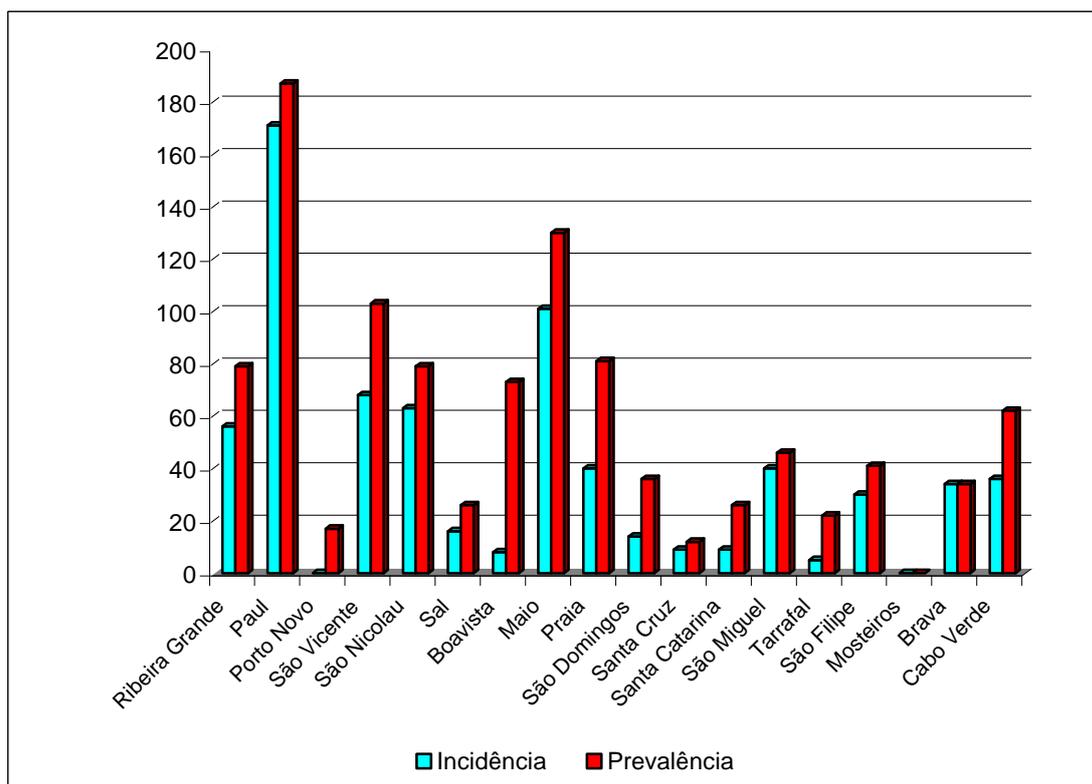
Porém, em termos de incidência, os concelhos com menor número de habitantes, nomeadamente Paúl e Maio apresentaram as taxas mais elevadas. (ver quadro gráficos abaixo)

Incidência e Prevalência da TB por Delegacia de Saúde, ano 2011 - 2013

Delegacia de Saúde	Taxa de incidência por cem mil			Taxa de prevalência por cem mil		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Ribeira Grande	54	53	56	54	77	79
Paul	0	30	171	0	30	187
Porto Novo	33	11	0	33	11	17
São Vicente	92	80	68	99	115	103
São Nicolau	102	118	63	125	118	79
Sal	25	14	16	33	17	26
Boa Vista	20	44	8	20	98	73
Maio	72	43	101	72	58	130
Praia	109	36	40	117	112	81
São Domingos	50	29	14	50	86	36
Santa Cruz	26	6	9	26	35	12
Santa Catarina	61	8	9	63	55	26
São Miguel	52	13	40	52	59	46
Tarrafal	54	36	5	54	92	22
São Filipe	99	52	30	113	114	41
Mosteiros	63	0	0	63	0	0
Brava	34	34	34	34	34	34
Cabo Verde	75	78	55	80	83	62

Fonte: PNLTL/Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS

Gráfico: Incidência e Prevalência da TB por Delegacia de Saúde, 2013



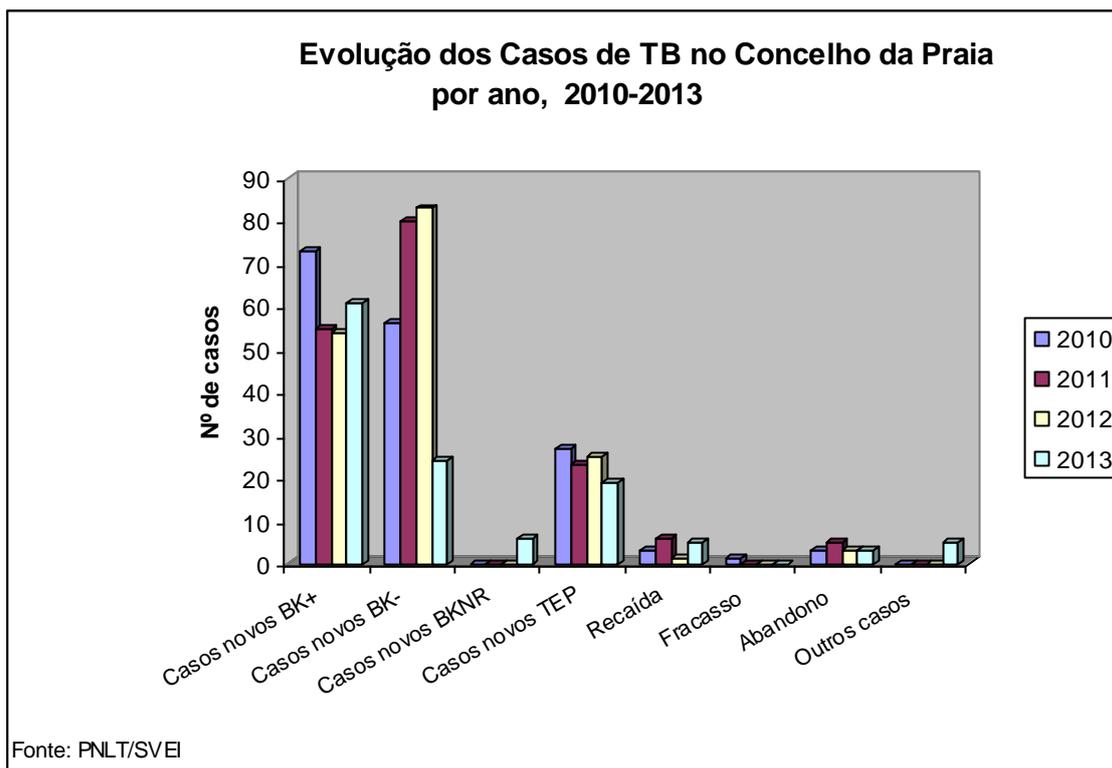
Fonte: PNLTL/Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS

A tuberculose nos principais concelhos do país e regiões

A evolução dos casos de TB no concelho da Praia, 2008 - 2013

Casos de Tuberculose	Ano					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Casos novos BK+	67	60	73	55	54	56
Casos novos BK-	42	56	56	80	83	24
Casos novos BKNR	0	0	0	0	0	6
Casos novos TEP	16	23	27	23	25	20
Recaída	5	3	3	6	1	6
Fracasso	0	0	1	0	0	0
Abandono	7	9	3	5	3	4
Outros casos	0	0	0	0	0	4
Total	137	151	163	169	166	120

Fonte: PNLTL/Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS

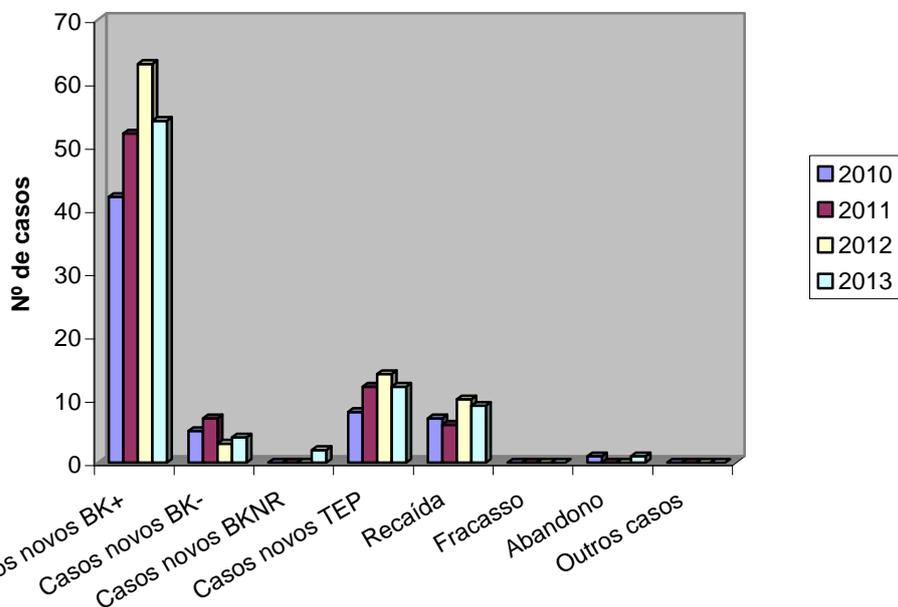


Evolução dos casos de TB no concelho de São Vicente, 2008-2013

Casos de Tuberculose	Ano					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Casos novos BK+	54	48	42	52	63	54
Casos novos BK-	6	7	5	7	3	4
Casos novos BKNR	0	0	0	0	0	2
Casos novos TEP	11	13	8	12	14	12
Recaída	7	7	7	6	10	9
Fracasso	0	0	0	0	0	0
Abandono	2	4	1	0	0	1
Outros casos	0	0	0	0	0	0
Total	80	79	63	77	90	82

Fonte: PNLT/ Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS

**Evolução dos casos de TB no Concelho de São Vicente
por ano, 2010-2013**



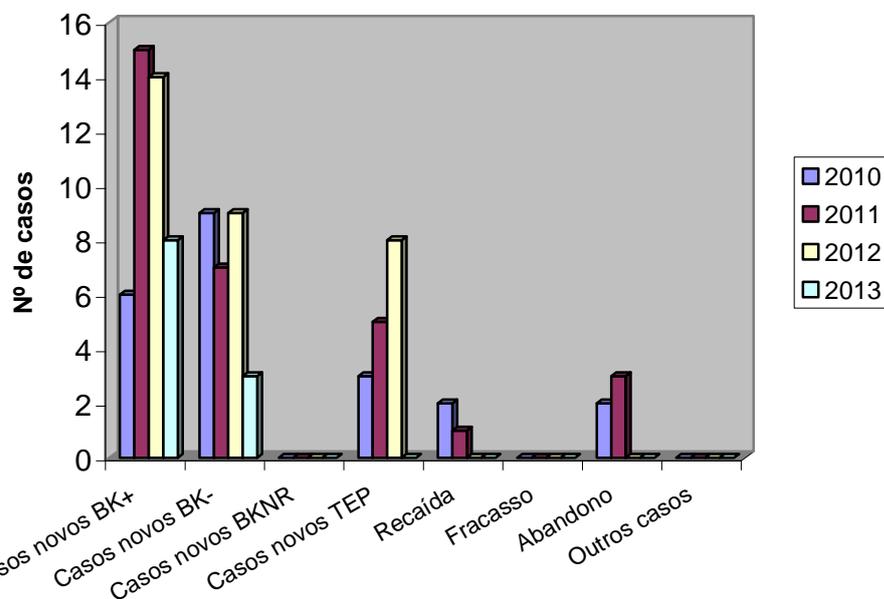
Fonte: PNLT/SVEI

Evolução dos casos de TB no concelho de São Filipe, 2008- 2013

Casos de Tuberculose	Ano					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Casos novos BK+	9	12	6	15	14	8
Casos novos BK-	7	6	9	7	9	3
Casos novos BKNR	0	0	0	0	0	0
Casos novos TEP	7	1	3	5	8	0
Recaída	1	2	2	1	0	0
Fracasso	0	1	0	0	0	0
Abandono	2	0	2	3	0	0
Outros casos	0	0	0	0	0	0
Total	26	22	22	31	31	11

Fonte: PNLT/ Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS

Evolução dos casos de TB no Concelho de São Filipe por ano, 2010-2013

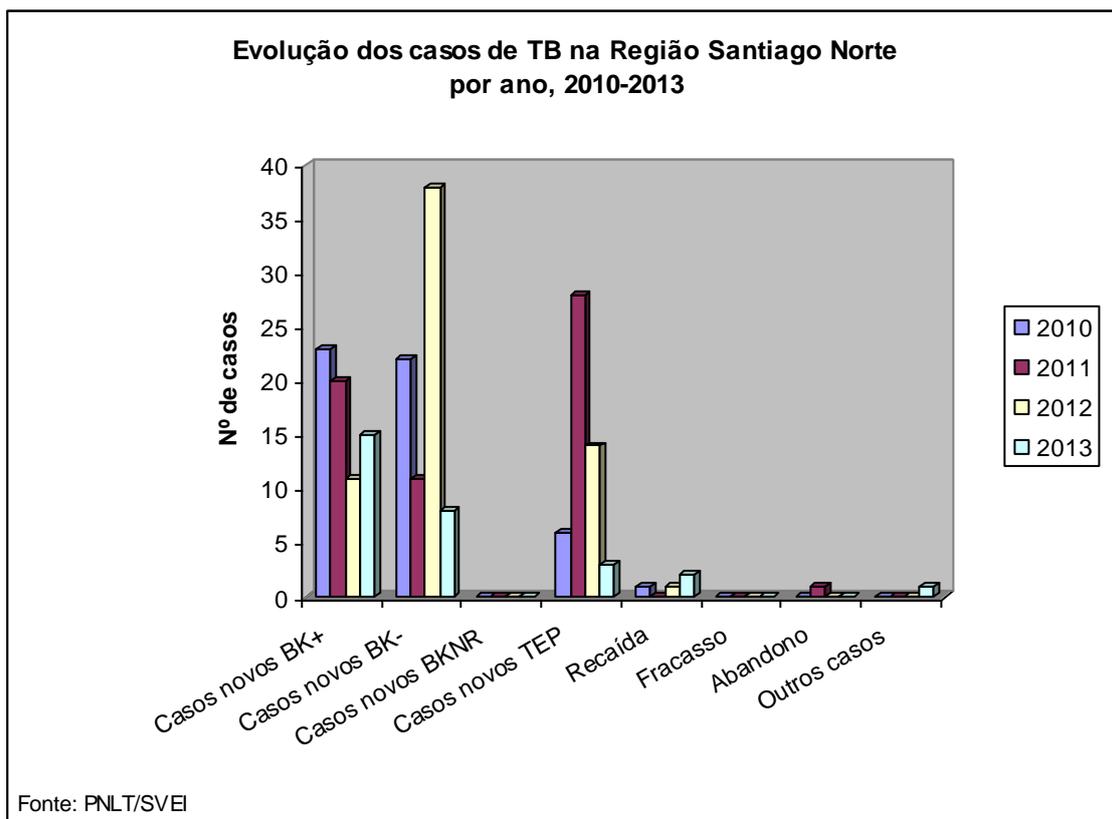


Fonte: PNLT/SVEI

Evolução da TB na Região Santiago Norte, 2008 - 2013

Casos de Tuberculose	Ano					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Casos novos BK+	23	15	23	20	11	15
Casos novos BK-	15	9	22	11	38	8
Casos novos BKNR	0	0	0	0	0	0
Casos novos TEP	0	3	6	28	14	3
Recaída	0	0	1	0	1	2
Fracasso	0	0	0	0	0	0
Abandono	1	1	0	1	0	0
Outros casos	0	0	0	0	0	1
Total	39	28	52	60	64	29

Fonte: PNLTL/Serviço de Vigilância Epidemiológica - MS



7.1.6 Breve análise qualitativa dos dados da tuberculose em Cabo Verde em 2013

As melhorias significativas registadas nos indicadores epidemiológicos bem como nos indicadores de performance do tratamento devem-se a vários factores, a saber:

- realização de uma avaliação do Programa em 2012 por uma equipa de peritos da OMS, durante a qual foram identificados os pontos fortes e fracos do programa e feitas recomendações no sentido de serem corrigidos os pontos fracos;
- criação, também em 2012, de uma equipa técnica especializada e multidisciplinar que com o apoio da OMS local, procedeu à atualização do Guia Técnico Nacional de Controlo da TB,

- realização entre meados do mês de agosto de 2012 e primeiro semestre de 2013 , de vários cursos de capacitação de médicos e enfermeiros no sentido de divulgar as novas normas técnicas do programa ;

- Implementação, no início de Setembro de 2012, Laboratório de Análises Clínicas do HAN, a nova técnica de diagnóstico da TB - Xpert MTB/RIF, aprovado e recomendado pela OMS em 2010 para a sua utilização no contexto de planos nacionais para a gestão adequada da TB, MDR-TB e TB associada ao VIH.

Em 1999, a OMS publicou uma estimativa que prevê para Cabo Verde um risco anual de infecção tuberculosa de 1,5% o que corresponde a uma média anual de 600 a 700 casos novos. No entanto, o país não tem conseguido atingir esta estimativa, apesar dos esforços para a melhoria das condições de detecção de casos de TB.

Considerando que o país deveria diagnosticar 70% dos casos novos esperados anualmente (420 a 490), de acordo com a estimativa do risco anual de infeção por *Mycobacterium tuberculosis* do consenso publicado pela OMS em 1999, mesmo com a introdução de um novo método de confirmação do diagnóstico como o Xpert MTB/RIF, o total de casos de TP confirmados não chegou nem na metade dessa estimativa, ficando pelos 44% (185/420). Dos indicadores utilizados para a avaliação, a taxa de detecção ainda é um problema para o PNLTL.

Já em 2002, a União Internacional Contra a Tuberculose e das Doenças Respiratórias realizou uma missão de avaliação do PNLTL que após a análise da situação concluiu que com efeito a maioria dos casos de TB estavam a ser detectados e diagnosticados tendo em conta que Cabo Verde apresenta características diferentes da maioria dos outros países Africanos, nomeadamente em relação ao acesso aos serviços de saúde, ao nível de pobreza (inferior ao da maioria dos outros países africanos), e a baixa prevalência da infeção por VIH. Por essas razões o risco de infeção tal como calculado não serviria para Cabo Verde.

Ainda em relação aos casos de TP laboratorialmente confirmados de 2005 a 2013, calculou-se a **média** e a **mediana** e os resultados foram **170** casos/ano e **182** casos/ano, respetivamente.

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Média	Mediana
TP confirmado	135	131	160	196	172	186	182	189	183	170	182

Fonte: PNLTL

Em **2013**, para além dos 179 casos de TP confirmados por baciloscopia, ainda houve quatro cujos diagnósticos foram feitos apenas pelo Xpert MTB/RIF, o que representa um total de **183** casos de TP laboratorialmente confirmados e **58%** de todos os casos de TB notificados.

7.2. Implementação da Estratégia DOTS

7.2.1. Compromisso Político e Financeiro

O documento «Política Nacional de Saúde» de 2007 contém as intenções políticas que têm norteado as ações de governação para o sector da saúde. Desde então, um certo número de documentos de política têm sido elaborados ou atualizados no sentido de complementar, de forma mais específica, as orientações da Política Nacional de Saúde.

Em relação à TB, tem sido englobada em documentos de política mais abrangentes não havendo, até o momento, um documento específico que espelhe a política nacional de luta contra esta doença no país. Contudo, o facto de existir um Plano Estratégico e da tuberculose ser considerada no PNDS II como uma prioridade em saúde pública em Cabo Verde, poderão garantir o compromisso político no seu controlo.

O financiamento da Saúde em Cabo Verde passou a ser assegurado em grande parte através do OGE, nos últimos anos. O compromisso do Governo passa pela disponibilização das instalações, equipamentos e consumíveis para o controlo da tuberculose, bem como pelo pagamento dos salários dos profissionais de saúde e conta com parceiros internacionais para ações de formação em TB no sentido de contribuir para a melhoria da abordagem clínica da doença. O financiamento para o setor da Saúde corresponde a 9% do OGE, o que ainda tem-se mostrado insuficiente (PNDS II).

7.2.2. Sistema de Monitorização e Avaliação (M&A)

Os registos, fichas e guias produzidos pelo PNLT foram introduzidos com sucesso nos serviços de saúde. A utilização do modelo de registo de casos suspeitos foi suspensa, coincidindo com a retirada do mesmo pela OMS da estratégia STOP-TB.

O sistema de informação do PNLT tem uma abordagem vertical de recolha exaustiva de dados trimestrais por delegacia de saúde. Desse sistema de informação fazem parte a definição de caso, e a definição de indicadores e respetivo método de cálculo.

Duma forma geral, os dados não são analisados atempadamente ao nível Central e não existe informação de retorno para os diferentes níveis de serviços. Os dados são compilados, analisados e validados pelo PNLT e pelo SVEI, anualmente ao nível Central.

Devido a problemas logísticos, as supervisões têm ocorrido de forma irregular. No âmbito do plano anterior estava prevista a realização de visitas de supervisão às estruturas sanitárias a cada seis meses, mas algumas condições não permitiram manter esta regularidade, nomeadamente a disponibilidade para as deslocações e o seu financiamento.

7.3 - Análise da situação em relação à co-infecção TB/VIH e às actividades conjuntas

Em Cabo Verde, em média, são notificados cerca de 350 casos de TB e 390 casos de VIH/SIDA, por ano. Do total de casos notificados de TB no país, 12% e 8,3% corresponderam a coinfecção TB/VIH nos anos 2012 e 2013, respetivamente.

A abordagem do tratamento da TB no país foi estruturada e descentralizada ao longo das últimas décadas, com uma política de controlo ao nível da atenção primária. Por outro lado, a descentralização dos cuidados das PVVIH é relativamente recente e seu controlo concentra-se no mesmo nível de cuidados da TB.

No sector público da saúde, o tratamento dos doentes com coinfecção TB/VIH é feito de forma integrada.

As actuais recomendações da OMS em relação à abordagem da coinfecção TB/VIH foram incorporadas nos protocolos nacionais implementados em 2012, a saber:

- Início precoce do tratamento antirretroviral (TARV), de preferência antes do término da fase intensiva do tratamento da TB;

- Profilaxia com cotrimoxazol (CTX) durante todo o período de tratamento da TB
- Profilaxia com isoniazida (INH) logo após o término do tratamento da TB doença;

Ao doente com coinfeção é dado um atendimento multidisciplinar que inclui assistência médica e psicológica, serviço social e, caso necessário, referência a outras especialidades e estruturas de apoio psicossocial disponíveis junto das organizações da sociedade civil.

As atividades conjuntas TB/VIH são realizadas em todas as estruturas de saúde mediante um pacote de cuidados prestados (IEC, prevenção, rastreio, quimioprofilaxia e tratamento). A despistagem do VIH é recomendada para ser aplicada sistematicamente em doentes com TB e vice-versa, porém ainda não se atingiu 100% dos doentes devido a vários constrangimentos (ver quadro abaixo).

Ambos os programas planificam anualmente as actividades com as delegacias de saúde, no entanto, essa planificação habitualmente não é feita de forma conjunta. Esta fraca de integração entre o PNLTL e o PLS cria barreiras ao diagnóstico e tratamento para os doentes com coinfeção TB/VIH.

Para avaliar as actividades conjuntas TB/VIH implementou-se em meados de 2012 um conjunto de indicadores que permitem o acompanhamento da situação epidemiológica e da prestação de cuidados, de acordo com o quadro abaixo.

Indicadores da coinfeção TB/VIH, Cabo Verde 2014				
	2012	%	2013	%
Total de doentes com TB registados	418		314	
Número e percentagens de doentes com TB que fizeram o teste para VIH ou com status de VIH conhecido	378	90,40 %	290	92 %
Número e percentagens de doentes coinfectados TB-VIH	45	12 %	24	8,30 %
Número e percentagens de doentes coinfectados TB-VIH que beneficiaram da profilaxia com Cotrimoxazol	20	44,40 %	24	100 %
Número e percentagens de doentes coinfectados TB-VIH que iniciaram ou continuaram TARV	45	100 %	24	100 %

Fonte: UNAIDS, 2013 & 2014 (dados fornecidos pelos PNLTL e PLS)

Considerando q elevada taxa de letalidade nos doentes com coinfeção (18% em 2013), a colaboração entre o PNLTL e o PLS necessita ser reforçada.

Materiais e outros consumíveis para a gestão do doente com TB-VIH no país

Abordagem da TB	<i>Status</i>	Abordagem do VIH/SIDA	<i>Status</i>
Laboratório			
Reagentes, lâminas, corantes e recipientes para colheita de amostras nas estruturas de saúde	Disponível	Testes Rápidos para Diagnostico nas estruturas de saúde	Disponível
Microscópio	Disponível, mas obsoleto	Equipamento para ELISA, contagem de Linfócitos CD4+, carga viral a nível central	disponível
Baciloscopia e Xpert MTB/RIF	Disponível	ELISA, Contagem de CD4+ e carga viral	Disponível
Cultura	Não disponível		
Radiologia	Disponível	Radiologia	Disponível
Medicamentos			
1ªlinha	Disponível	1ªlinha	Disponível
2ªlinha	Disponível	2ªlinha	Disponível
Isoniazida (profilaxia no paciente com VIH)	Disponível	Cotrimoxazol (profilaxia no doente com TB-VIH)	Disponível

Co-infecção TB/VIH

Domínios	Forças	Fraquezas	Recomendações
Mecanismos de colaboração para a prestação de cuidados integrados	Existência ao nível nacional de políticas, estratégias e directrizes para a luta contra a TB e VIH	Deficiente partilha de dados e informações conjuntas TB/VIH de forma harmonizada	Produzir e distribuir um relatório semestral sobre os indicadores-chave de desempenho e as tendências das duas doenças
Mecanismos de colaboração para a prestação de cuidados integrados	Existência de técnicos capacitados na luta contra a TB e VIH	Insuficiente coordenação entre os dois Programas	Melhorar a coordenação entre os Programas a traves da planificação conjunta, seguimento e avaliação, supervisão, formação.
Seguimento e avaliação das actividades conjuntas TB/VIH	Atendimentos/seguimentos descentralizados dos pacientes TB e VIH nos municípios de residência	Deficiente integração das informações coinfeccção TB/VIH no sistema de informação sanitária	Integrar as informações no sistema de informação sanitária
Seguimento e avaliação das actividades conjuntas TB/VIH	Gratuidade do diagnóstico e do tratamento da TB e VIH nos serviços públicos de saúde	Ausência de dados da coinfeccção TB/VIH no Relatório Estatístico do MS	Integrar os dados da coinfeccção TB/VIH no Relatório Estatístico do MS
Seguimento e avaliação das actividades conjuntas	Boa cobertura geográfica dos serviços públicos de saúde prestando cuidados de diagnóstico e	Deficiência na articulação dos intervenientes na assistência alimentar (cesta básica)	Adoptar uma estratégia de intervenção na assistência alimentar (sesta

TB/VIH	tratamento de casos		básica)
Mecanismos de colaboração para a prestação de cuidados integrados	Profilaxia com Isoniazida nos PVVIH	Inexistência de cartografia dos casos (TB/VIH)	Elaborar a cartografia dos casos
Mecanismos de colaboração para a prestação de cuidados integrados	Participação do Responsável do PNLT no seguimento das PVVIH	Irregularidade das acções de formação coinfeção TB/VIH dos profissionais de saúde	Desenvolver um plano de formação para a gestão e seguimento dos casos coinfeção TB/VIH a todos os níveis do sistema de saúde, envolvendo o sector privado
Mecanismos de colaboração para a prestação de cuidados integrados	Existência de directivas no seguimento das PVVIH no Guia da TB	Supervisão integrada deficiente	Reforçar as actividades de supervisão
Seguimento e avaliação das actividades conjuntas TB/VIH	Recolha de dados estatísticos da TB nas fichas das PVVIH		

7.4 – TB-MDR

A TB multirresistente (TB-MDR), não constitui um problema importante para o país. No período de 2011 a 2013, não foi diagnosticado nenhum caso em todo o país, apesar dos casos de abandono do tratamento e dos casos de recaída. Considerando que o país ainda não dispõe de meios para a realização da cultura para *M. tuberculosis*, nos casos de forte suspeita de resistência, tem havido um mecanismo de envio de amostras de expectoração a Portugal por um laboratório privado do país e os resultados recebidos apontavam, em alguns casos, para monorresistência.

7.5 – Análise da Efetividade do PENLT 2007-2011

O Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose 2007-2011 (PENLT 2007-2011) foi elaborado com a pretensão de dotar o país com um plano que refletisse a situação real e atual em termos epidemiológicos e de acordo com as capacidades nacionais na época, para fazer face à tuberculose (TB). Este plano tinha como princípio continuar o reforço da extensão da estratégia DOTS a nível nacional.

Das 255 atividades programadas do PNELT 2007-2011, apenas 17,6% foi realizado.

7.5.1 – Principais Problemas Identificados

7.5.1.1 – Relacionados com o Sistema de Saúde

- Dificuldades em cumprir o plano de supervisão
- Dificuldades na integração das atividades TB/VIH
- Reduzido envolvimento em parcerias (IEC e DOT)
- Alta rotatividade de profissionais de saúde, sobretudo médicos, nos centros de saúde
- Problemas na validade dos dados disponibilizados
- Escassa formação específica em TB para os profissionais de saúde, a nível nacional
- Motivação e promoção dos profissionais de saúde.
- Controlo interno da qualidade do diagnóstico não realizado.

7.5.1.2 – Relacionados com a Implementação do PENLT 2007-2011

7.5.1.2.1 – O objetivo de tratar completamente e corretamente 85% dos novos doentes não foi atingido

Durante o período entre 2007 e 2011, o melhor valor atingido em relação à taxa de sucesso foi de 77,8% no ano de 2010, ficando muito aquém do objectivo pretendido. Um dos principais motivos que poderá explicar isto é a elevada taxa de abandono do tratamento.

7.5.1.2.2 – O objetivo de atingir uma taxa de abandono inferior a 5% não foi cumprido

Como se pode verificar nos dados disponíveis, o menor valor da taxa de abandono do tratamento da TB nesse período foi de 8,8%. Apesar de não ter sido possível atingir o objectivo definido, verificou-se que a taxa de abandono foi diminuindo ao longo do período do PENLT, passando de 14% em 2008 a 8,8% em 2011. Como factores que poderão ter contribuído para que este objectivo não fosse atingido pode-se indicar a mobilidade dos doentes entre as ilhas, a deficiência de meios para a busca dos doentes que não vão tomar a medicação nos centros de saúde, reduzido envolvimento comunitário e de organizações da sociedade civil.

7.5.1.2.3 – A taxa de detecção de casos novos foi inferior a 70%

O número de casos novos notificados ao PNLTL mostrava uma tendência crescente, o que constituía uma preocupação. Mesmo com esta tendência, a taxa de detecção recomendada pela OMS não foi atingida.

Verificou-se também, através da análise dos dados, que o aumento progressivo de casos novos notificados foi mais às custas de casos de TB pulmonar com baciloscopia negativa, ou seja, sem confirmação laboratorial. A média de casos de TB pulmonar confirmados laboratorialmente no período de 2007 a 2011 foi de 179 e a mediana foi de 182 casos.

7.5.1.2.4 – Aconselhamento, Informação, Educação e Comunicação (IEC)

As actividades de aconselhamento e de IEC para os doentes e seus familiares são desenvolvidas pelos profissionais de saúde, com o apoio do Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS) do Ministério da Saúde e do PNLTL. Nesse sentido, foram distribuídos folhetos, cartazes e outros instrumentos de IEC anualmente, por ocasião do dia mundial da TB.

7.5.1.2.5 – Insuficiências dos serviços de saúde

Os centros de saúde não dispõem de mecanismos que permitam identificar e sinalizar os doentes a serem atendidos durante as semanas subsequentes. Isto pode estar ligado à escassez de recursos humanos e a problemas de organização. Por outro lado, certos doentes mudam de local de residência sem avisar o serviço de saúde onde estão a fazer o tratamento, sendo por isso, no serviço de origem, registados como abandono. O sistema de seguimento prevê a retro-informação do serviço de saúde que recebe o

doente para o serviço de saúde de origem, havendo, no entanto, problemas com o seu cumprimento.

Nota-se igualmente que nem todos os centros de saúde realizam uma procura activa destes doentes, quando detectam a sua ausência. Uma das dificuldades referidas, sobretudo na capital, é a dificuldade em encontrar o lugar de residência do doente, por deficiências do sistema de endereço. Outra dificuldade está ligada à falta de meios para fazer a procura activa dos doentes que faltam.

8- Análise FOFA/ SWOT global

Pontos fortes :

- Existência de um programa de TB e um guia técnico;
- Compra de medicamentos, reagentes e insumos de laboratório por parte do Governo, e não tem havido ruptura de estoque há mais de cinco anos;
- O Governo aloca um orçamento anual para a realização de algumas atividades específicas do PNLTL;
- A microscopia é realizada em todas as ilhas habitadas, de acesso fácil e o país adotou a nova tecnologia de diagnóstico (Xpert MTB / RIF);
- O tratamento supervisionado é gratuito e assegurado em todas as unidades de saúde (hospitais, centros de saúde e, se for o caso, nos postos sanitários);
- Sistema Nacional de Saúde bem organizado, com recursos essenciais para o seu funcionamento e boa cobertura geográfica.

Pontos fracos:

- A sociedade civil, a comunidade e o setor privado envolvido em poucas atividades para a abordagem da TB;
- Relatórios estatísticos trimestrais das delegacias de saúde são enviados com atraso e incompletos nalguns casos;
- A maioria dos laboratórios do país não tem condições de biossegurança exigida;
- Condições pouco satisfatórias para o controlo de infecção;
- O controlo interno da qualidade da baciloscopia não está implementado;
- Não há disponibilidade de cultura para *Mycobacterium tuberculosis* no país;
- Supervisões insuficientes a todos os níveis;
- Equipas multidisciplinares de intervenções locais são insuficientes;
- Mecanismo de colaboração TB/HIV é fraco (supervisão de forma não conjunta, dados não harmonizados, reuniões de concertação, a quantificação das necessidades);
- Gestão de medicamentos, reagentes e insumos de laboratório não está informatizada;
- Abordagem pouco satisfatória da TB para grupos vulneráveis (reclusos);

Oportunidades

- A disponibilidade de Telemedicina em cada ilha para a realização de videoconferência de baixo custo;
- O compromisso para atingir os ODM;
- A possibilidade de submeter uma proposta conjunta TB/ VIH para financiamento pelo Fundo Global para o período 2015-2017;
- Melhorar progressivamente as condições de habitação como, por exemplo, o Programa do Governo "Casa para Todos";
- Pacto para a saúde recentemente assinado entre o Ministério da Saúde e parceiros;

Ameaças

- O alcoolismo, que é uma oportunidade para facilitar a propagação da TB por causa da aglomeração dos consumidores em ambientes fechados e pouco ventilados e, até agora, não foram tomadas medidas concretas para reduzir efetivamente o alto índice de alcoolismo;
- A mobilidade frequente de recursos humanos das unidades de saúde constitui uma perda de pessoal com experiência na luta contra a TB, para além da desmotivação dos profissionais de saúde por causa de algumas condições (estagnação dos salários, planos de carreira, transferências, etc) que faz com que haja fuga de cérebros no exterior;

Lacunas

1) A detecção de casos é baixa, em relação ao que é esperado anualmente para o país, de acordo com a estimativa da OMS e pode ser devido aos seguintes fatores:

- **Controlo da qualidade da baciloscopia não realizado na rede do laboratório:**

- O controle de qualidade das lâminas não é realizada, bem como a supervisão da rede de laboratórios, porque a responsável da RNL está sobrecarregada e também pela falta de organização.

- **O país não tem condições instaladas para a realização de cultura para *Mycobacterium tuberculosis*:**

- O Laboratório Nacional de Referência não tem um protocolo assinado com um laboratório internacional de referência para enviar amostras para cultura e teste de sensibilidade para as drogas de primeira e segunda linha.

- **Fraca implementação da despistagem activa entre as populações vulneráveis (reclusos, pessoas que vivem em bairros com condições muito desfavoráveis, migrantes, usuários de drogas)**

- **Recursos institucionais insuficientes para melhorar a comunicação com a população**

- O conhecimento da população sobre a TB é fraco na percepção dos prestadores de serviços.

- As atividades IEC são insuficientes.

- **A sociedade civil, a comunidade e o setor privado envolvido nalgumas atividades de controlo da TB**

3) Taxa de letalidade mais alta entre os doentes com coinfeção TB/VIH que pode ser justificado por:

- Os pacientes procuram tardiamente as consultas nas estruturas de saúde por falta de informação, pelo estigma e pela demora em realizar o teste de VIH

- Oportunidades para a realização do teste de VIH atendidas, monitoramento de pacientes infectados, o rastreio de tuberculose entre PVHA
- Falta de mecanismos eficazes para recuperar os casos de abandono ART
- Rutura de *stocks* ocasionais de reagentes e outros consumíveis de laboratório.

- Tímida descentralização do tratamento antirretroviral (TARV): Acompanhamento e tratamento de TB e teste de VIH em pacientes com TB é adequadamente aplicado em todos os centros de saúde e hospitais, mas o seguimento e tratamento anti-retroviral não é feito da mesma maneira em pacientes coinfeção TB/VIH, apesar da recente recomendação nacional para o efeito, a falta de formação dos profissionais de saúde no manejo clínico de PVHS. É necessário apoiar e acelerar o processo de descentralização das atividades, especialmente nos centros de saúde da Praia e São Vicente.

4) Vigilância e gestão clínica da TB resistente são insuficientes:

- O sistema de vigilância da resistência de *M. tuberculosis* no país é insuficiente pela não realização de cultura do bacilo no país.
- A abordagem dos casos de TB-MR é pouco organizada e a maioria dos médicos não têm formação nesta área.
- Os centros de saúde e os hospitais não estão estruturalmente preparados para a gestão de casos TB-MR. É necessário implementar medidas de controlo de infecção recomendadas pela OMS, sobretudo nas estruturas onde se faz a abordagem destes casos.
- Não tem existido um mecanismo sistemático de aquisição dos medicamentos de segunda linha

5) As capacidades de gestão do PNLTL são insuficientes:

- A nível central o PNLTL é coordenado por um médico a tempo parcial e tem as colaborações do SVEI, da DGPOG, da DGFM, da RNL, e da própria DNS, para além de outros técnicos especializados dos hospitais centrais, que têm outras atividades e encontram-se sobrecarregados.
 - Dada essa sobrecarga, não é possível cumprir todas as obrigações inerentes à implementação das atividades do PNLT.
- É quase impossível para monitorizar e prestar assistência técnica aos 22 distritos existentes no país, devido ao número reduzido de equipe central do PNLT;
- A gestão de recursos humanos tem por principal constrangimento a frequente mobilidade do pessoal e substituições por prestadores de cuidados de saúde recém-formados. Esta situação obriga o PNLT a organizar várias sessões de formação. A descentralização gradual do programa deve envolver um maior número de interenientes nos níveis intermediários e locais.

- A integração do ensino da TB (diferente do ensino da TB que é feito) no currículo de formação para enfermeiros e técnicos de laboratório ainda não é eficaz. Enfermeiros e técnicos de laboratório recém-formados nem sempre estão preparados para realizar as atividades de prevenção e controlo da TB.

Parte III – Plano Estratégico Nacional de Luta contra a TB 2015-2019

Finalidade – Reduzir a mortalidade por TB em 35% até 2020

Missão

Disponibilizar para a população de Cabo Verde as melhores intervenções na luta contra a tuberculose reconhecidas, eficazes e adequadas ao perfil epidemiológico do país para reduzir a carga da doença e o sofrimento relacionados.

Visão

Até 2019 :

Objetivo 1: Aumentar a taxa de sucesso de tratamento para 90%

Objetivo 2 : Detetar um total de 1500 casos de TB de todas as formas

Objetivo 3 : Reduzir as mortes relacionadas à coinfeção TB/VIH em 50%

Objetivo 4 : Reforçar as capacidades de gestão do PNLTL

Objetivo 5 : Reforçar a colaboração com as comunidades, as OSC e os prestadores de cuidados de saúde públicas e privadas

Objetivo 1: Aumentar a taxa de sucesso de tratamento para 90%

Eixo Estratégico 1.1 – Tratamento de todos os casos de TB;

Objetivo – tratar com sucesso todas as formas de TB

Metas - 90% taxa de sucesso de tratamento para todas as formas de TB: confirmadas e diagnosticadas clinicamente.

- Taxa de mortalidade de menos de 5%

- Taxa de abandono de menos de 5%

Intervenção 1.1.1 - Fornecimento de medicamentos eficazes para o tratamento da TB;

Os medicamentos para o tratamento da TB são adquiridos anualmente pela EMPROFAC, mediante requisição da DGFM. O controlo de qualidade destes medicamentos será realizado sistematicamente a seguir à sua receção para dar garantias de segurança para a sua utilização antes de serem distribuídos às estruturas de saúde. Amostras de medicamentos serão coletadas e enviadas para um laboratório para controle de qualidade. Essa monitorização também será feita em relação aos medicamentos que já estão a ser utilizados.

Atividade 1.1.1.1 - Comprar medicamentos de primeira linha para o tratamento de 1500 casos de TB (300 casos por ano);

Atividade 1.1.1.2 - Garantir o controlo de qualidade de medicamentos adquiridos;

Intervenção 1.1.2 - Reforçar acompanhamento de doentes em tratamento para recuperar aqueles que abandonam o tratamento para TB;

A comunicação interpessoal com os doentes no início e durante todo o processo será melhorada. Os prestadores de serviços de saúde deverão recorrer ao uso sistemático do registo de toma dos medicamentos nos centros de saúde para a identificação precoce de doentes com tratamento irregular e alertar o responsável da estrutura de saúde para tomada de medidas. O foco desta intervenção será alcançar, pelo menos, 90% do tratamento correto dos doentes com TB. A busca ativa dos casos com tratamento irregular será essencial para alcançar este objetivo. O Governo deverá reforçar as equipas de profissionais de saúde, principalmente a nível da atenção primária. Estes profissionais de saúde devem receber a formação necessária antes de iniciar as atividades. Motociclos serão adquiridos para a realização das intervenções comunitárias. Doentes transferidos para outra estrutura de saúde devem continuar o seguimento nos mesmos moldes de forma a garantir que faça o tratamento de forma adequada até o fim.

Atividade 1.1.2.1 - comprar 30 motociclos para os centros de saúde de olhar irregular e para auxiliar na supervisão do tratamento;

Atividade 1.1.2.2 - Elaborar e discutir com DGPOG uma proposta de recrutamento de profissionais de saúde para reforçar as equipas existentes nos 5 centros de saúde da Praia, 5 de S. Vicente, 1 de Santa Catarina e 1 de S. Filipe, no 1º trimestre de 2015;

Atividade 1.1.2.3 - Capacitação dos novos profissionais de saúde numa sessão de 5 dias com 24 participantes por sessão no início de 2016 e após dois anos;

Eixo estratégico 1.2- Tratar as formas resistentes aos medicamentos e implementar medidas de prevenção;

Objetivo – abordar os casos de TB-MDR de acordo com as recomendações da OMS e implementar medidas preventivas necessárias.

Metas:

- Tratar todos os casos de TB-MDR;
- Aplicar medidas de controlo de infeção em todas as unidades de saúde;

Intervenção 1.2.1- Adquirir os medicamentos de segunda linha para TB, os medicamentos para efeitos adversos e assegurar o controlo biológico dos doentes.

O pacote de cuidados aos doentes com TB-MDR (análises pré tratamento e de acompanhamento, tratamento, suporte nutricional, transporte) será fornecido gratuitamente. Os medicamentos de segunda linha, bem como os para tratar os efeitos adversos, serão adquiridos pela DGFM e fornecidos gratuitamente aos doentes. Estes doentes também beneficiarão de apoio nutricional e de transporte.

Atividade 1.2.1.1 - Adquirir medicamentos de segunda linha para o tratamento de 25 casos de MDR-TB por 5 anos (5 casos por ano);

Atividade 1.2.1.2 - Adquirir medicamentos para os eventuais efeitos adversos para o tratamento de 25 casos de TB-MDR durante 5 anos;

Atividade 1.2.1.3 - Assegurar o seguimento biológico de 25 casos de TB-MDR durante 5 anos;

Intervenção 1.2.4 – Elaborar de um plano de luta contra a transmissão da TB;

Uma análise da situação será realizada em todo o território nacional, para permitir a elaboração de um plano nacional de luta contra a transmissão da TB, com o apoio da assistência técnica internacional.

Atividade 1.2.4.1 - Solicitar assistência técnica neste domínio;

Atividade 1.2.4.2 - Organizar um atelier para a elaboração do plano de luta contra a transmissão de TB, de duração de 5 cinco dias com 6 participantes no 2º trimestre de 2015;

Atividade 1.2.4.3 - Realizar uma reunião de um dia para validação do plano, no 2º trimestre de 2015, com 45 participantes, por videoconferência;

Atividade 1.2.4.4 - Reproduzir 100 cópias do plano;

Atividade 1.2.4.5 – Distribuir os exemplares do plano a todas as estruturas de saúde (37 ES e programas);

Atividade 1.2.4.6 – Realizar uma formação de formadores na luta contra a transmissão da TB, de 2 dias de duração, com 15 participantes por formação, uma sessão por semestre em 2015 e 2 anos depois;

Atividade 1.2.4.7 – Formar e reciclar 350 profissionais de saúde na luta contra a transmissão da TB numa sessão de 2 dias, logo no início e 3 anos depois, a nível descentralizado;

Intervenção 1.2.5 - Criar uma comissão de controlo de infecção em cada estrutura de saúde;

Com vista a aplicar as medidas de luta contra a transmissão da TB nos serviços de prestação de cuidados de saúde, comissões de controlo de infecção serão criadas em todas as estruturas.

Atividade 1.2.5.1 - Realizar um *atelier* de 3 dias com 6 participantes para elaboração do Guia de controlo de infecção, no 2º trimestre de 2015;

Atividade 1.2.5.2 - Realizar um *atelier* para validar o guia de controlo de infecção, de um dia, com 40 participantes, por videoconferência, no 2º trimestre de 2015;

Atividade 1.2.5.3 - Reproduzir e distribuir 50 exemplares do guia de controlo de infecção;

Atividade 1.2.5.4 - Elaborar e divulgar materiais de comunicação (100 posters);

Intervenção 1.2.6 - Formar profissionais em gestão de casos de TB-MDR

Tendo em conta que nenhum profissional de saúde recebeu formação na gestão da TB-MDR, os médicos beneficiarão de um curso internacional ou estágio. Serão os formadores nacionais nesta área e realizarão formações para os demais profissionais.

Atividade 1.2.6.1 - Formar formadores em TB-MDR (dois médicos e dois enfermeiros por ano num centro de referência internacional durante um mês, total = 10 médicos e 10 enfermeiros por 5 anos);

Atividade 1.2.6.2 - Formar 10 profissionais de saúde, conforme a necessidade, numa sessão de dois dias de duração;

Intervenção 1.2.7 - Melhorar as condições de internamento de doentes e assegurar medidas de protecção para o pessoal;

Recomenda-se que os casos de TB-MDR sejam hospitalizados durante a fase intensiva do tratamento. Os casos graves também devem ser hospitalizados para receber melhores cuidados. A nível dos hospitais centrais e regionais, quartos devem ser reabilitados para reforçar as medidas contra a propagação da TB. Equipamentos de protecção individual devem estar disponíveis.

Atividade 1.2.7.1 - Reabilitar um quarto nos hospitais centrais (Praia e S. Vicente) e dois em hospitais regionais (1 HRSF e 1 Sal);

Atividade 1.2.7.2 - Fornecer equipamentos de protecção individual para o pessoal de saúde (5.000 máscaras N95 ou FFP2) e para os doentes (15 mil máscaras cirúrgicas);

Atividade 1.2.7.3 – manutenção dos quartos com substituição dos filtros HEPA 2 vezes por ano por um engenheiro sanitário;

Eixo Estratégico 1.3 - Apoio aos doentes

Objetivo – melhorar a adesão de todos os doentes ao tratamento.

Meta: - Todos os doentes atendidos com adesão ao tratamento

Intervenção 1.3.1 - Criar incentivos para que os doentes adiram ao tratamento;

A maioria dos doentes com TB e TB-MDR são vulneráveis. A adesão ao tratamento depende de uma alimentação adequada. Para melhorar a adesão ao tratamento, recomenda-se apoiar os doentes vulneráveis com o fornecimento de cestas básicas e facilitar a sua deslocação para a estrutura de saúde, durante o período do tratamento.

Atividade 1.3.1.1 - Prestar apoio alimentar a 1.500 doentes com TB e 25 TB-MDR durante o período de tratamento (37,5 USD por mês para cada doente) durante 5 anos;

Atividade 1.3.1.2 - Fornecer suporte financeiro para o transporte de 1500 doentes TB e 25 TB-MDR para melhorar a adesão ao tratamento (subsídio de 50USD ou passe).

Objetivo 2: Detetar um total de 1.525 casos de TB de todas as formas

Eixo estratégico 2.1- Diagnóstico precoce da TB (incluindo TSA);

Objetivo – fortalecer as intervenções do Laboratório Nacional de Referência (LNR) e da RNL em novas tecnologias, controle de qualidade e capacitação.

Metas:

- 100% dos laboratórios do país do sector publico e privado participam no controle de qualidade interlaboratorial da baciloscopia
- 100% dos doentes com critério beneficiam de novas tecnologias de diagnostico biológico
- 90% dos profissionais beneficiam de formação

Intervenção 2.1.1- Criar um espaço de referência nacional para as actividades de diagnóstico da TB integrado na RNL.

O LNR, que deve desempenhar um papel fundamental na garantia da qualidade, formação e confirmação do diagnóstico de TB-MDR, não está adequado, até ao presente, para realizar essas actividades. Neste sentido serão criadas as condições para que o mesmo possa responder cabalmente às suas funções através do reforço em infraestruturas, recursos humanos e materiais.

O GeneXpert será implementado em quatro delegacias de saúde. Este método auxilia no diagnóstico da TB em crianças, TPBK-, TEP, TB- VIH e casos suspeitos de TB-MDR. Os técnicos do LNR beneficiarão de acções de formação periódicas, com componente teórico e prático.

Como o controlo de qualidade da baciloscopia dos laboratórios nacionais será implementado, espera-se que um guia para esta atividade seja desenvolvida.

Atividade 2.1.1.1 - Identificar um espaço para o diagnóstico e controle de qualidade do diagnóstico da TB, com financiamento do Governo (DGPOG);

Atividade 2.1.1.2 - Manter o espaço para as atividades de referência nacional para o diagnóstico da TB: verificações anuais e padrões de certificação, mudar filtros HEPA 2 vezes / ano pelo engenheiro;

Atividade 2.1.1.3 - Dotar o LNR com novas tecnologias de diagnóstico rápido para TB (1 Xpert MTB / RIF com 4 gavetas) e 1 *Line Probe Assay* (LPA);

Atividade 2.1.1.4 - Afectar seis profissionais para o espaço de referência do LNR para a TB (2 microbiologistas, 4 Analistas Clínicos);

Atividade 2.1.1.5 - Formação / reciclagem para os 6 profissionais do LNR em microscopia em sessão cinco dias no início e após 3 anos;

Atividade 2.1.1.6 – Organizar um estágio de formação no estrangeiro de dois profissionais do LNR em LPA e outros métodos diagnósticos numa sessão de 8 semanas no início e após 3 anos;

Atividade 2.1.1.7 - Solicitar assistência técnica para implementar o controlo de qualidade externo da RNL, 5 dias, taxas, transporte, diárias;

Atividade 2.1.1.8 - Organizar um *atelier* para a elaboração do guia de Controle de Qualidade, 5 dias, com 5 participantes em 2015;

Atividade 2.1.1.9 – Organizar uma reunião de validação do guia de controlo de qualidade, um dia, 35 participantes, em 2015;

Atividade 2.1.1.10 - Reproduzir 50 exemplares do guia;

Atividade 2.1.1.11 - Divulgar o guia em 17 públicas e 20 laboratórios privados;

Atividade 2.1.1.12 – Fornecer 3 caixas para o transporte de lâminas por centro de saúde

que fazem baciloscopia, 20 caixas de 20 lâminas para laboratórios que irão participar no controle de qualidade e 5 caixas de 500 lâminas para os laboratórios controladores;

Atividade 2.1.1.13 - Adquirir 3 GeneXpert MTB / RIF para os laboratórios do Hospital Regional de São Filipe (Fogo), Hospital Regional de Santo Antão e Hospital do Sal.

Atividade 2.1.1.14 - Adquirir os reagentes e consumíveis de laboratório para microscopia para 1.500 casos, 6.000 cartuchos de cultura e Xpert MTB / RIF por 5 anos;

Intervenção 2.1.2 - Manter as atividades de microscopia para TB e adquirir reagentes e equipamentos de laboratório necessários e reforçar a logística do transporte das amostras de expetoração.

As novas tecnologias de diagnóstico devem ser introduzidas na RNL. A introdução de microscópios de fluorescência (LED) mais eficientes em termos de unidades de rede microscopia irá permitir uma leitura mais rápida de uma lâmina e uma sensibilidade maior. O fornecimento e prestação de consumíveis para microscopia serão fornecidos pelo NTP. O transporte do escarro e em outras amostras para análise será nos padrões de segurança exigidos e caixas de isolamento serão centros disponíveis.

Atividade 2.1.2.1 - Adquirir 25 microscópios LED (LNR = 2; HC = 5; HR = 4; DS = 14);

Atividade 2.1.2.2 - Adquirir reagentes e consumíveis de laboratório para exame microscópico para 1.500 casos suspeitos;

Atividade 2.1.2.3 - comprar pequenos materiais de laboratório para 17 laboratórios públicos;

Atividade 2.1.2.4 - Assegurar as normas de biossegurança dos laboratórios públicos;

Atividade 2.1.2.5 - Adquirir os materiais necessários para cada centro de saúde para o transporte de amostras (30 caixas com isolamento);

Atividade 2.1.2.6 - Pagar o transporte de amostras;

Intervenção 2.1.3 - Estabelecer um protocolo com um laboratório de referência internacional para o acesso à cultura e ao teste de sensibilidade aos antimicobacterianos (TSA).

É essencial para identificar um laboratório de referência internacional (ITA), que vai culturas e testes de sensibilidade. As amostras serão levadas do LNR para TB. Eles serão embalados padrões de segurança recomendados pela OMS.

Atividade 2.1.3.1 - Identificar um laboratório de referência internacional e assinar um acordo de cooperação;

Atividade 2.1.3.2 - Adquirir 200 embalagens triplas por ano para o transporte das amostras;

Atividade 2.1.3.3 – Pagar o transporte de cada amostra (60 transportes por ano)

Intervenção 2.1.4 - Reforçar a capacidade de realização de exame radiológico e a dos médicos na análise deste exame.

As atividades de rastreio serão reforçadas e, entre os doentes que têm sinais presuntivos de TB, há crianças e aqueles com baciloscopia negativa. O diagnóstico deve ser feito por médicos. A radiografia de tórax é importante para auxiliar no diagnóstico. Para garantir a qualidade da leitura e interpretação de imagens radiológicas, todos os médicos que trabalham nos centros de saúde serão reciclados em radiologia pulmonar, especialmente aqueles que trabalham com doentes com TB e pediatras. Para tirar proveito da telemedicina já implementada em todas as ilhas e da internet, a aquisição de aparelhos de radiografia digital será muito útil e ajudará a substituir equipamentos obsoletos. Para permitir que estes aparelhos sejam utilizados durante muito tempo, é importante uma formação para o seu adequado manuseamento e manutenção.

Atividade 2.1.4.1 - Comprar 10 aparelhos de radiografia digital, sendo 2 móveis, que permitam a transmissão de imagens através da telemedicina ou por correio electrónico;

Atividade 2.1.4.2 - Manutenção dos aparelhos de radiografia a cada ano;

Atividade 2.1.4.3 - Formar/ reciclar os técnicos em manipulação de aparelhos de radiografia digital, 2 formações de 2 dias por ano, 10 pessoas por formação, a partir de 2015;

Atividade 2.1.4.4 - Solicitar assistência técnica internacional para a formação de médicos na interpretação de radiografia de tórax: uma missão de cinco dias com dois dias de viagem (ida e volta), taxas, perdiem e custos de transporte;

Atividade 2.1.4.5 - Formação/reciclagem de médicos na interpretação de radiografia do tórax, 4 formações por ano, 2 dias por formação, 20 pessoas por formação, a partir de 2015.

Eixo estratégico 2.2- Despistagem ativa e sistemática de contatos e grupos vulneráveis;

Muitas pessoas podem ter uma deteção tardia de TB, o que favorece a propagação da doença a outros. A despistagem ativa consiste em identificar os doentes com TB que não procuram as estruturas de saúde e ficam em casa, principalmente os oligossintomáticos. Esta medida deve ser direcionada principalmente para as pessoas que vivem em condições desfavoráveis, especialmente os grupos de risco. Os grupos de risco identificados são: contactos de doentes com TB, reclusos, usuários de drogas, diabéticos, pessoas que vivem nos bairros com condições muito desfavoráveis e as crianças.

Objetivo: Desenvolver atividades de despistagem em grupos vulneráveis

Meta: 1.500 visitas domiciliares para a busca ativa dos contatos

Intervenção 2.2.1 - fazer a despistagem ativa e sistemática de todos os contatos de doentes com TB.

Podem ser membros da família do doente (crianças menores de 5 anos são uma prioridade) ou pessoas que residem na mesma casa ou instituição ou pessoas que partilham o mesmo compartimento de trabalho. Os centros de saúde devem organizar as visitas às casas ou aos locais de trabalho dos doentes. Para isso, os meios de transporte para a deslocação dos profissionais de saúde ou da pessoa que fará a visita devem estar garantidos.

Atividade 2.2.1.1 - Realizar 1.500 visitas às casas ou locais de trabalho dos doentes e seus contatos mais próximos;

Atividade 2.2.1.2 – Disponibilizar meios de transporte para os profissionais de saúde para as visitas;

Atividade 2.2.1.3 - Formação/reciclar 80 profissionais de saúde em despistagem activa e sistemática, quatro formações de 2 dias no início, com 20 participantes por formação e repetir as formações após dois anos;

Atividade 2.2.1.4 - Elaborar uma proposta para reforçar o número de profissionais de saúde em cada centro de saúde (total de 100 enfermeiros e 30 assistentes sociais) e discutir com a DGPOG do MS;

Atividade 2.2.1.5 - Realizar microscopia da expectoração ou radiografias de tórax nas pessoas com sintomas sugestivos de TB;

Eixo estratégico 2.3- Despistagem ativa e sistemática de grupos vulneráveis e com comorbilidades

Objetivos: organizar a despistagem ativa e sistemático da TB em grupos vulneráveis e com comorbilidades

Meta: uma atividade de despistagem por trimestre.

Intervenção 2.3.1 - Fazer a despistagem ativa e sistemática de reclusos, toxicodependentes, crianças, diabéticos e em bairros com condições muito desfavorecidas.

Reclusos

As prisões são ambientes de alto risco para o desenvolvimento e propagação da TB em si e associada ao VIH, a Hepatite B e C, usuários de drogas, entre outros, devendo merecer por isso uma atenção especial no quadro deste plano estratégico.

O programa é disponibilizar cartazes e folhetos em português para serem afixados e distribuídos, respectivamente, nas prisões do país. As atividades educativas para os reclusos em relação à TB deverão ser realizadas mensalmente por dois profissionais de saúde da delegacia de saúde do município onde está a prisão, mediante concertação prévia. Esta atividade também pode ser feita por dois profissionais da equipa de saúde de cada prisão. As mensagens educativas visam informar sobre aspectos relacionados com o diagnóstico e o tratamento da TB e do VIH/SIDA nos centros de saúde para que possam saber como proceder ao serem libertados. Espera-se uma mudança de comportamento de forma que os reclusos que apresentarem sintomas sugestivos de TB possam ter acesso rápido a uma avaliação médica na prisão ou ser encaminhados a um centro de saúde mais próximo para despistagem e aqueles em que o diagnóstico é confirmado devem iniciar o tratamento imediatamente e fazer o controlo de acordo com as normas nacionais emanadas. Também espera-se melhorar a questão do estigma associado à doença. Concomitantemente, estas actividades educacionais terão como alvo a família e os amigos do recluso doente, de forma a compreenderem a importância da continuação do tratamento, mesmo após a liberdade.

Uma sala será adaptada para que os reclusos que apresentem sintomas presuntivos de TB possam ficar, enquanto aguardam os resultados da despistagem, até deixarem de ser fonte de propagação, caso a TB seja confirmada, de forma a evitar a transmissão de TB para outros reclusos.

Atividade 2.3.1.1 - Solicitar uma assistência técnica no 1º trimestre de 2015 para apoiar no desenvolvimento da estratégia nacional, na elaboração do manual de procedimentos padronizados, no plano de controlo de infecção e no questionário de rastreio de TB;

Atividade 2.3.1.2 - Organizar um *atelier* de validação da Estratégia Nacional de Luta contra a TB e VIH na prisão, com a participação de, no máximo, 20 pessoas, um dia, em 2015;

Atividade 2.3.1.3 - Organizar um *atelier* para validar o Manual de Procedimentos Padronizados, o Plano de Controlo de Infecção, o Plano de Seguimento e Avaliação e o Questionário de rastreio de TB, máximo de 20 pessoas, um dia, em 2015;

Atividade 2.3.1.4 - Desenvolver uma proposta para melhorar a articulação e colaboração entre a DNS e Direcção Geral de Serviços Penitenciários (DGSP) para reforçar as condições existentes em matéria de recursos humanos, materiais e procedimentos implementados nas prisões do país;

Atividade 2.3.1.5 - Formar e reciclar os profissionais de saúde e os guardas prisionais sobre o Manual de Procedimentos Padronizados, o Plano de Controlo de Infecção, o Plano de Seguimento e Avaliação e o questionário de rastreio de TB, 20 pessoas por sessão, três dias / sessão, uma sessão por trimestre em 2015 e uma sessão por semestre nos anos seguintes;

Atividade 2.3.1.6 – Formar 1000 pares educadores entre os reclusos, 1 formação por trimestre, 4 formações por ano a partir de 2015, 50 participantes por formação;

Atividade 2.3.1.7 - Assegurar medidas de proteção para os profissionais de saúde e cuidadores (1000 máscaras N95 ou FFP2 e 1000 máscaras cirúrgicas para os reclusos com sintomas);

Atividade 2.3.1.8 - Fazer advocacia com o Ministério da Justiça em 2015 para melhorar as condições das prisões de forma a favorecer o controlo de infecção;

Atividade 2.3.1.9 – Fazer a despistagem da TB nos reclusos no momento da admissão na prisão e durante a estadia a cada 3 meses (mais de 1000 presos) – realização de radiografia de tórax, Xpert MTB / RIF;

Atividade 2.3.1.10 – Fazer a despistagem da infecção por VIH na admissão e durante a estadia a cada 6 meses (mais de 1.000 presos);

Atividade 2.3.1.11 - Estabelecer um programa educacional sobre TB e VIH/SIDA nas prisões (1 sessão por mês, dois facilitadores);

Grupos de risco: usuários de drogas e diabéticos

Grupos de risco incluem as pessoas que têm condições médicas que estão associadas a um alto risco de desenvolver TB, com destaque para os usuários de drogas e diabéticos. O rastreio da TB nos diabéticos deverá ser realizado aquando das consultas de controlo ou durante um internamento hospitalar, caso apresentem sintomas sugestivos. Campanhas de rastreio serão organizadas entre usuários de drogas, em colaboração com instituições que trabalham com este grupo de risco.

Atividade 2.3.1.12 - Estabelecer um mecanismo de colaboração com as organizações que trabalham com grupos vulneráveis (10 sessões conjuntas de formação e sensibilização no período do plano; 2 sessões por ano).

Atividade 2.3.1.13 - Realizar atividades de rastreio entre os usuários de drogas (um rastreio por trimestre por local)

Atividade 2.3.1.14 – Formar os prestadores de cuidados responsáveis pela gestão de doentes diabéticos que apresentem sintomas de TB (100 médicos, 200 enfermeiros, uma sessão de 30 participantes por ano, dois dias por sessão)

Realizar campanhas de rastreio nos bairros mais desfavorecidos das cidades

Este grupo abrange pessoas que vivem em condições de alta promiscuidade, como os migrantes. Está prevista a realização de campanhas de rastreio nessas pessoas.

Atividade 2.3.1.15 – Realizar duas campanhas de rastreio por ano, nos bairros mais pobres da Praia, do Mindelo, da Boavista, de São Filipe e da Assomada pelas respectivas delegacias de saúde.

Intervenção 2.3.2 - Realizar a despistagem ativa e sistemática para a TB em crianças com sintomas sugestivos, incluindo o teste de VIH.

Os testes de diagnóstico para TB em crianças não estão disponíveis em todas as estruturas de saúde. A maioria dos exames como o teste tuberculínico, a cultura, o Xpert MTB/RIF e a radiografia de tórax será disponibilizada aos médicos e pediatras. A melhoria do algoritmo de diagnóstico e das capacidades de diagnóstico serão necessárias para o diagnóstico eficaz e precoce da TB em crianças.

Os médicos serão formados na abordagem da TB em crianças, tendo como documento de referência o Guia Técnico de Controlo da TB atualizado, que inclui uma secção sobre o diagnóstico e tratamento da TB neste grupo de risco, de acordo com as novas diretrizes da OMS. A TB é a infecção oportunista mais comum nas PVVIH e pode ser especialmente grave em crianças com coinfeção. Assim sendo, todas as oportunidades para fazer o rastreio da infecção por VIH devem ser aproveitadas.

Atividade 2.3.2.1 - Formar ou reciclar 100 médicos e 100 enfermeiros na realização e leitura do teste tuberculínico em 4 sessões de dois dias / sessão, 25 profissional / sessão, uma sessão por ano, incluindo a parte prática;

Atividade 2.3.2.2 - Formar pelo menos um médico em cada centro de saúde e hospital no diagnóstico da TB em crianças, uma vez por ano, 25 participantes por formação, 2 dias de formação;

Atividade 2.3.2.3 – Assegurar a disponibilidade de tuberculina (baseado em 10 casos de TB em crianças por ano ou 1.000 suspeitos por ano ou 1.000 testes por ano);

Atividade 2.3.2.4 - Organizar um *atelier* de 3 dias com 5 participantes em 2015 para rever as recomendações sobre o rastreio da TB em crianças;

Atividade 2.3.2.5 - Organizar um *atelier* para validar as novas recomendações sobre o rastreio da TB em crianças, 20 pessoas, um dia, em 2015;

Atividade 2.3.2.6 - Fazer de rotina exames para rastreio da infecção por VIH em crianças com TB ou naquelas com suspeita de TB;

Objetivo 3: Reduzir mortes devido a coinfeção TB / VIH em 50% até 2019

Eixo Estratégico 3.1- Actividades de colaboração TB / VIH

As actividades consistirão no reforço das seguintes directivas:

- Introdução da profilaxia com isoniazida para as pessoas que vivem com o VIH (PVVIH) de acordo com as recomendações nacionais;
- Intensificação do rastreio da TB nas PVVIH pela aplicação do algoritmo nacional recomendado nestes doentes e formação dos profissionais de saúde que monitorizam os doentes com coinfeção;
- Implementação de medidas de controlo de infecção da TB nas estruturas de saúde frequentadas pelas PVVIH.

Dando seguimento as ações já implementadas, as actividades de colaboração da TB/VIH visam reforçar a despistagem e aconselhamento sobre o VIH nos doentes com TB e a gestão adequada dos doentes com coinfeção. As actividades de colaboração e coordenação entre os dois programas serão reforçadas a todos os níveis, entre as quais, a logística para a disponibilização dos testes de diagnóstico para o VIH, do Cotrimoxazol para profilaxia e dos antirretrovirais (ARV) serão assegurados pelo PLS ao PNLTL; e o PNLTL disponibilizará ao PLS o tratamento de primeira e de segunda linha para TB, a tuberculina, o diagnóstico (baciloscopia, Xpert MTB/RIF e cultura) e a isoniazida (INH) para a profilaxia.

Objetivo: reforçar a colaboração entre os dois programas

- Metas:**
- 100% dos doentes com TB testados para VIH;
 - 100% das PVVIH rastreadas pela TB;
 - 100% dos co-infectados TB/VIH medicados com cotrimoxazol (profilaxia) e ARV.

Intervenção 3.1.1 - Reforçar os mecanismos de colaboração para a prestação de serviços integrados TB /VIH

A coordenação a nível central do PNLT e do PLS ocupar-se-ão da validação e da operacionalização de novas políticas e estratégias através de uma planificação conjunta. Os pontos focais das duas doenças nas delegacias de saúde e nos hospitais estarão implicados nesta operacionalização.

Atividade 3.1.1.1 - Reforçar o órgão da coordenação das actividades conjuntas TB / VIH a nível central e a nível descentralizado nas delegacias de saúde através de reuniões trimestrais;

Atividade 3.1.1.2 - Organizar mensalmente supervisão integrada TB / VIH nos Centros de Saúde da Praia e S. Vicente por equipas locais, trimestralmente noutras Delegacias de Saúde na ilha de Santiago e semestralmente as outras Delegacias de saúde do país. A equipa de supervisão deverá ser formada por 2 pessoas.

Atividade 3.1.1.3 - Organizar conjuntamente 17 formações nas áreas da coinfeção TB/VIH com 30 participantes, no início e 2 anos depois;

Intervenção 3.1.2 - Reduzir a carga da TB nas PVVIH e iniciar precocemente a terapia antirretroviral (TARV).

Atividade 3.1.2.1 - Reforçar o rastreio da TB em 3000 PVVIH e assegurar o tratamento para TB de alta qualidade para 160 PVVIH no período do plano;

Atividade 3.1.2.2 – Fazer a profilaxia da TB com INH em 4000 PVVIH e iniciar precocemente a TARV, de acordo com as recomendações nacionais;

Atividade 3.1.2.3 – Implementar medidas de controlo da infeção da TB nos serviços de saúde e nos estabelecimentos públicos;

Intervenção 3.1.3 - Reduzir a carga de VIH em casos suspeitos ou com diagnóstico de TB.

Atividade 3.1.3.1 - Assegurar a despistagem da infeção por VIH e serviços de aconselhamento para 20.000 casos suspeitos ou com diagnóstico de TB;

Atividade 3.1.3.2 – Reforçar os métodos de prevenção da infeção por VIH nos doentes com suspeita ou diagnóstico de TB, através da disponibilização gratuita de preservativos masculinos e femininos;

Atividade 3.1.3.3 – Fazer a profilaxia com cotrimoxazol nos 160 doentes com coinfeção TB/VIH;

Atividade 3.1.3.4 - Reforçar a profilaxia com INH, implementando-a em 7000 PVVIH no período do plano;

Atividade 3.1.3.5 – Tratar convenientemente a TB e iniciar TARV precocemente nos 160 doentes com coinfeção, durante o período do plano;

Objetivo 4: Reforçar a capacidade de gestão do PNLTL

Eixo estratégico 4.1- Fortalecer / Reforçar a capacitação dos recursos humanos na gestão do programa

Objetivo: fortalecer a capacidade dos responsáveis/pontos focais do programa em todos os níveis

Meta: todos os prestadores de cuidados e pontos focais capacitados na gestão do programa.

Intervenção 4.1.1- Melhorar a capacidade da equipa de gestão do PNLTL através da participação em formações e conferências internacionais.

A participação em formações e conferências internacionais vai permitir ao gestor do programa e sua equipa nos níveis central e regional beneficiarem-se de actualizações sobre os procedimentos de luta contra a TB. Participarão nas conferências anuais da União Internacional Contra Tuberculose e Doenças Respiratórias e outras conferências sobre TB e TB/VIH, a nível regional.

Atividade 4.1.1.1 - Assegurar a participação de seis profissionais de saúde do nível central e regional em conferências internacionais e da União Africana em cada ano;

Atividade 4.1.1.2 - Assegurar anualmente a participação de seis profissionais de saúde em cursos internacionais sobre a TB;

Intervenção 4.1.2 – Assegurar a formação/reciclagem dos prestadores de cuidados dos centros de saúde e hospitais em tratamento directamente observado (DOT).

Espera-se a formação de todos os novos médicos e enfermeiros dos centros de saúde e hospitais, numa razão de, pelo menos, 10 por ano e a reciclagem de um total de 50 fornecedores em 2015 e 130 a partir de 2016. As formações/reciclagens serão realizadas por uma equipa multidisciplinar do nível central, com o apoio de outros peritos/especialistas nacionais e terá como documento de suporte o Guia de Formação em TB.

Atividade 4.1.2.1 – Formar anualmente os novos profissionais de saúde (10 médicos, 10 enfermeiros e 10 técnicos de laboratório) dos centros de saúde e dos hospitais em DOT a partir de 2015 e reciclar, pelo menos, 50 profissionais de saúde em 2015 e, pelo menos, 130 por ano, a partir de 2016, em sessões de dois dias, 20 participantes por sessão, 4 sessões em 2015 e 25 participantes por sessão, seis sessões por ano a partir de 2016;

Atividade 4.1.2.2 - Formar ou reciclar, pelo menos, farmacêuticos e os técnicos das farmácias públicas na gestão dos medicamentos da TB em 2 sessões por ano, três dias por sessão, a partir de 2015;

Eixo estratégico 4.2- Reforçar as actividades de supervisão para o laboratório e a gestão dos casos.

Objectivo : reforçar o desempenho do programa

Meta : 30 estruturas supervisionadas regularmente

Intervenção 4.2.1 – Melhorar a capacidade de supervisão para o laboratório

O laboratório desempenha um papel vital no diagnóstico da TB e isso é feito principalmente através da microscopia. É importante que a qualidade do microscópio seja assegurada. Para além do controle de qualidade que será instituído, a supervisão dos prestadores serão organizados e poderão ser combinados com o controle de qualidade externo, especialmente em situação de mudança de prestadores.

Actividade 4.2.1.1 – Organizar um *atelier* de elaboração de um guia de supervisão para os laboratórios, durante 5 dias, para 4 pessoas, em 2016.

Actividade 4.2.1.2 – Realizar supervisões mensais das actividades de luta contra a TB levada a cabo nos laboratórios das delegacias de saúde e do hospital na Praia, durante 1 dia por mês, 12 dias por ano;

Actividade 4.2.1.3 – Realizar supervisões trimestrais das actividades de luta contra a TB levadas a cabo nos laboratórios das delegacias de saúde das outras ilhas durante 2 dias por mês, 24 dias por ano;

Intervenção 4.2.2 – Melhorar a capacidade de supervisionar as actividades de gestão dos casos de TB.

O PNLTL organizará supervisões periódicas de forma regular e integrada para avaliar as actividades de gestão de casos de TB. Esta supervisão é feita em todos os níveis e permitirá que cada centro de saúde possa identificar deficiências na aplicação das intervenções. O *feedback* da supervisão técnica será compartilhado nos órgãos de coordenação. Estas supervisões deverão ser regulares para poder colmatar o problema da mobilidade de pessoal (*turnover* importante). Um guia para a supervisão será elaborado.

Actividade 4.2.2.1 - Organizar um *atelier* para desenvolver um guia de supervisão da gestão de casos de TB

Actividade 4.2.2.2 - Supervisionar mensalmente as actividades de luta contra a TB na delegacia de saúde e no hospital da Praia, um dia por mês, 12 dias por ano;

Actividade 4.2.2.3 - Supervisionar trimestralmente as actividades de luta contra a TB na delegacias de saúde da ilha de Santiago, 28 dias por ano;

Actividade 4.2.2.4 - Supervisionar semestralmente as actividades de luta contra a TB na delegacias de saúde das outras ilhas, dois dias por mês, 28 dias por ano;

Eixo estratégico 4.3 – Reforçar o seguimento e a avaliação das actividades do PNLTL (incluindo a pesquisa)

Objectivo : Melhorar o seguimento e a avaliação do programa

Meta : Todos os instrumentos de gestão são actualizados

Intervenção 4.3.1- Informatizar o sistema de recolha de dados e integrar no Sistema Nacional de Informação Sanitária.

Os dados recolhidos através do sistema nacional de informação sanitária irão permitir o seguimento trimestral dos indicadores do programa, bem como a elaboração de relatórios trimestrais e anuais do programa. Os indicadores de resultados, efeito e impacto são medidos periodicamente.

A recolha e difusão da informação irão permitir responder às solicitações dos parceiros nacionais e internacionais. O sistema deverá compilar todas as informações do sector privado, público e comunitário para um melhor cálculo análise dos indicadores. A informatização dos relatórios será executada através da utilização de programas informáticos adaptados às necessidades do programa. O processo de recolha e análise dos dados será feito de forma detalhada, mediante um plano de seguimento e avaliação.

Actividade 4.3.1.1 – Integrar num sistema de notificação *online* cada caso de TB individualmente.

Actividade 4.3.1.2 – Assistência técnica para a implementação do sistema.

Actividade 4.3.1.3 – Formar os profissionais de saúde na utilização do sistema.

Actividade 4.3.1.4 – Dotar ou reforçar as estruturas de saúde em material informático necessário, através da aquisição de 30 PC completos ;

Actividade 4.3.1.5 – Imprimir fichas de registo e outros documentos necessários para a gestão do PNLTL ;

Intervenção 4.3.2 – Realização de avaliações periódicas ao programa

O seguimento do desempenho far-se-á através de revisões semestrais. O balanço anual baseia-se nos dados de rotina recolhidos durante o ano findo. Os resultados obtidos servirão de base para a elaboração do plano de trabalho para o ano seguinte.

As regiões/Delegacias de Saúde realizarão reuniões trimestrais de validação dos dados dirigidas aos Centros de diagnóstico e Tratamento (CDT). Os médicos que tratam os

pacientes participam nas reuniões munidos dos livros de registo dos pacientes e dos relatórios. Os dados serão recolhidos dos diferentes registos de forma a representar uma aprendizagem para aqueles com maiores dificuldades. Os dados validados serão analisados e interpretados, sendo submetidos a discussão mais alargada visando a sua correcção.

Uma reunião anual será realizada, na qual participarão todos os responsáveis regionais e todos os “*stakeholders*” implicados na luta contra a TB.

Missões de monitorização externa serão realizadas anualmente pela OMS e outros parceiros.

Actividade 4.3.2.1 – Realização de um seminário semestral sobre a gestão e avaliação do programa, através de videoconferência de duração de um dia;

Actividade 4.3.2.2 – Realização de um *atelier* para elaborar o Guia de supervisão integrada, durante 5 dias, 1º Trimestre de 2015 ;

Actividade 4.3.2.3 – Realizar visitas de supervisão das actividades mensalmente aos centros de saúde e da Delegacia de Saúde da Praia por uma equipa da própria delegacia, 2 centros por dia, 3 dias por mês, 36 dias por ano;

Actividade 4.3.2.4 – Realizar visitas de supervisão das actividades de luta contra a TB implementadas em todos os centros de saúde e hospitais, trimestralmente nas outras delegacias de saúde da ilha de Santiago;

Actividade 4.3.2.5 – Realizar visitas de supervisão das actividades de luta contra a TB implementadas nos centros de saúde e hospitais, trimestralmente nas delegacias de saúde das outras ilhas;

Actividade 4.3.2.6 – Realizar uma revisão externa do programa a meio percurso e após 3 anos.

Actividade 4.3.2.7 – Solicitar assistência técnica para a monitorização do programa junto de outros parceiros técnicos;

Actividade 4.3.2.8 – Adquirir 2 viaturas para a supervisão do programa a nível central;

Actividade 4.3.2.9 – Actualizar o Guia de gestão de casos de acordo com as novas recomendações da OMS 2013, em 2015.

Intervenção 4.3.3 – Reforçar a vigilância epidemiológica e a pesquisa

Está previsto realizar um inquérito sobre a farmacovigilância em todo o território nacional. Um estudo será também realizado para aferir sobre o nível de conhecimentos da população, atitudes e práticas (CAP) sobre a TB. Um inquérito de prevalência deverá ser também realizado.

Actividade 4.3.3.1 – Proceder a uma análise epidemiológica trimestral a nível nacional, por região e por delegacia de saúde para estudar a evolução da situação epidemiológica, segundo a idade, sexo e grupos particulares;

Actividade 4.3.3.2 – Realizar um estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP) sobre a TB a nível nacional, em 2015 ;

Actividade 4.3.3.3 – Introduzir um sistema de controlo da qualidade dos dados, em 2016 ;

Actividade 4.3.3.4 – Solicitar assistência técnica para a elaboração dos protocolos dos inquéritos;

Actividade 4.3.3.5 – Realizar um inquérito epidemiológico a nível nacional de prevalência da TB durante um ano ;

Actividade 4.3.3.6 – Realizar um inquérito nacional de vigilância da resistência aos medicamentos antimicobacterianos, em 2016.

Objectivo 5: Reforçar a colaboração com as comunidades, Organizações da sociedade civil (OSC) e profissionais de saúde pública e privada

Eixo Estratégico 5.1- Reforçar a colaboração com as comunidades

Objetivo: Envolver as comunidades na luta contra a TB

Meta: 10% de todos os casos de TB notificados no país são orientados por voluntários da comunidade.

Intervenção 5.1.1 - Reforçar as atividades das comunidades

O pacote de cuidados comunitários será diversificado e orientado para a investigação de contatos de casos de TB, com uma especial atenção para a população com idade superior a 15 anos. Os temas relacionados com os novos desafios na luta contra a TB serão incluídos nesse pacote de cuidados. Estas intervenções contribuirão para a melhoria do desempenho da ação comunitária e visam melhorar o conhecimento sobre a TB por parte das comunidades, perspectivando uma mudança no comportamento da população.

O acompanhamento dos doentes será reorganizado com visitas domiciliares dos que se encontram em tratamento, possibilitando a realização de exames laboratoriais de controlo atempadamente, garantir a adesão ao tratamento e ajudar a reduzir a taxa de abandono.

Atividade 5.1.1.1 - Orientar os doentes que apresentam sintomas presuntivos de TB;

Atividade 5.1.1.1 - Realizar 5 visitas domiciliares por doente em tratamento;

Intervenção 5.1.2 - Reforçar a capacidade das comunidades

A formação sobre a TB na comunidade justifica-se para melhorar a resposta a esta doença. Para este efeito, a formação de todos os intervenientes na luta contra a TB será uma prioridade para os próximos anos. Serão elaborados guias destinados a grupos específicos a fim de facilitar a comunicação.

Atividade 5.1.2.1 - Elaborar um guia para os cuidados comunitários da TB num atelier com a participação de cinco especialistas, durante 5 dias.

Atividade 5.1.2.2 - Formar 5 agentes de saúde comunitária por delegacia de saúde em sessões de capacitação de 20 pessoas por ano.

Eixo Estratégico 5.2 - Reforçar a colaboração com as Organizações da Sociedade Civil (OSC)

Objetivo: Melhorar a colaboração entre os doentes e os membros da sociedade civil

Meta: Pelo menos uma associação criada dos antigos doentes no país

Intervenção 5.2.1 – Envolvimento dos doentes em tratamento e dos antigos doentes;

Atividade 5.2.1.1 - Envolver os doentes em tratamento e os antigos doentes das Delegacias de Saúde de S. Vicente e Praia em actividades educativas;

Atividade 5.2.1.2 - Formar 5 doentes em tratamento e os antigos doentes numa sessão de formação de dois dias, por ano;

Intervenção 5.2.2 - Envolver as organizações da sociedade civil (ONG / OSC) que trabalham no programa de VIH na luta contra a TB

Atividade 5.2.2.1 - Formar 25 membros de ONG / OSC sobre a TB numa sessão de formação de três dias, por ano.

Atividade 5.2.2.2 - Sensibilizar as famílias dos doentes e a população para reduzir o estigma e melhorar o nível de conhecimento sobre a TB

Eixo Estratégico 5.3- Reforçar a colaboração com os profissionais de saúde dos sectores público e privado

Objetivo: melhorar a parceria com o setor privado

Meta: 60 profissionais de saúde formados

Intervenção 5.3.1 – Assegurar a formação e reciclagem dos profissionais de saúde do setor privado e do setor público.

Após atualização do Guia Técnico para o controlo da TB em Cabo Verde em 2012, realizada com o apoio da OMS e realizadas as formações iniciais para o setor público, serão organizadas *ateliers* de capacitação para os profissionais de saúde do sector privado.

Atividade 5.3.1.1 - Formar corpo clínico das estruturas de saúde privada (médicos e enfermeiros), especialmente sobre o rastreio da TB, 15 participantes por sessão, de três dias, uma sessão por ano a partir de 2015;

Atividade 5.3.1.2 - Formar os técnicos de laboratório das estruturas de saúde privada em microscopia da TB, 15 pessoas por sessão de cinco dias, uma sessão por ano, a partir de 2015 nas ilhas de Santiago, S. Vicente, Fogo, S. Antão, Boa Vista e Sal;

Atividade 5.3.1.3 - Organizar as actividades de sensibilização e de informação sobre a TB nas escolas;

Atividade 5.3.1.4 - Formar 20 pares educadores por delegação escolar por ano, da mesma forma que é feita no programa de VIH;

Atividade 5.3.1.5 - Formar 20 docentes das licenciaturas de enfermagem, análises clínicas e serviço social, numa sessão de cinco dias, por ano;

Eixo estratégico 5.4 - Reforçar a comunicação com os doentes e a população em geral

Objetivo: Produzir materiais de difusão e de IEC

Meta: Um plano de comunicação

Intervenção 5.4.1 - Produção e distribuição de materiais e meios de comunicação

Para apoiar a boa política de comunicação, a elaboração, a produção e a divulgação de materiais de comunicação serão reforçadas em todos os níveis (outdoors, cartazes, etc.). Isso irá facilitar a divulgação de mensagens sobre a doença e sobre os objectivos do programa. Os instrumentos e meios de comunicação serão revistos com o intuito de incorporar novas abordagens.

Atividade 5.4.1.1 - Elaborar instrumentos de comunicação num *atelier* com 10 participantes durante 3 dias

Atividade 5.4.1.2 - Imprimir 30 *outdoors* e 1000 cartazes de parede

Intervenção 5.4.2 - Promoção de um plano para a comunicação social

A comunicação através dos meios de comunicação ocupa um lugar importante. A diversidade da apresentação dos média permitirá explorar as potencialidades das televisões, rádios e jornais para promover o rastreio da tosse crónica e reduzir o estigma associado à TB. O uso de novas tecnologias de informação e comunicação (*website*, SMS, etc.) possibilitará a expansão da população alvo das informações sobre TB. Os temas específicos sobre a TB serão comunicados por especialistas na doença e por personalidades comprometidos no apoio da luta contra a TB.

Atividade 5.4.2.1 - Elaborar um plano de comunicação integrado durante um atelier de 5 dias com 5 participantes

Atividade 5.4.2.2 - Realizar 4 emissões na rádio e na televisão, uma vez por trimestre;

Atividade 5.4.2.3 - Realizar 4 emissões em estações de rádio comunitárias uma vez por trimestre (a nível municipal)

Atividade 5.4.2.4 - Enviar uma mensagem curta (SMS) a população através de operadoras de rede móvel 4 vezes por ano.

(Cronograma das atividades em anexo, em Excel)

