

AVALIAÇÃO FINAL DO PNDS 2012-2016

Relatório

29/05/2017
Alice Dupret

Agradecimentos

A todos quantos aceitaram contribuir com informações relevantes para os resultados desta avaliação concedendo entrevistas e ou facultando relatórios e outros documentos.

Em especial às coordenadoras do processo, Dra. Fátima Lima por parte do Ministério de Saúde e Segurança Social e Dra. Yolanda Estrela pela OMS, pelo apoio prestado.

Uma nota também especial aos interlocutores de parceiros do setor da saúde, nacionais (instituições governamentais e ONG) e internacionais (OMS, UNICEF/UNFPA) que se prontificaram a fornecer elementos que enriqueceram esta avaliação.

À OMS pela confiança e apoio para a realização deste trabalho.

Índice

SIGLAS.....	5
Resumo executivo	10
I - Introdução	14
Antecedentes e enquadramento do PNDS.....	14
Orientações políticas, estratégias e prioridades do PNDS 2012-2016	14
Enquadramento e objectivos da avaliação final.....	15
Metodologia	16
II – ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PNDS 2012-2016.....	16
Ganho 1. Oferta de cuidados de saúde com qualidade, acessíveis e a um custo abordável	16
1.1 Oferta de serviços e cobertura	19
1.2 Oferta de serviços e qualidade	25
Ganho 2. Melhor qualidade de saúde da população traduzida por níveis mais baixos de mortalidade e de morbilidade em geral	27
Ganho 3: Redução dos riscos de ocorrência de epidemias	31
Ganho 4: População mais informada sobre os determinantes da saúde e mais participativa na resolução dos principais problemas de saúde.....	33
Ganho 5: Parcerias a favor da saúde mais reforçadas.....	35
Análise das bases de sustentação para a oferta de serviços de saúde	36
Sustentabilidade financeira e cobertura universal.....	36
Medicamentos e cobertura universal	39
Novas tecnologias de saúde	40
Recursos Humanos e cobertura universal	41
Rede de infra-estruturas e acesso	43
Liderança e Governança	43
Desenvolvimento do Sistema Integrado de informação sanitária e Investigação da Saúde	44
Seguimento e avaliação do PNDS.....	46
Ganho 6: Redução das desigualdades de género no acesso aos cuidados de saúde e uma abordagem mais efectiva das questões de género nas diferentes intervenções propostas no PNDS 2012-2016....	47

Conclusões e recomendações	48
ANEXO I - Síntese dos resultados por programa	51
Programa de Prestação de Cuidados de Saúde	52
2 - Programa de Promoção da Saúde	55
3 - Programa de Desenvolvimento dos Recursos Humanos	57
4 - Programa de Intervenção na rede de infraestruturas.....	59
5 - Programa de Sustentabilidade Financeira do Sector da Saúde	61
6 -Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico e das Tecnologias de saúde	63
7 - Programa de Desenvolvimento do Sistema de Integrado de Informação Sanitária e Investigação em Saúde	65
8 - Programa de Desenvolvimento da Liderança e Governação do Serviço Nacional de Saúde	67
ANEXO II Lista das pessoas entrevistadas	69
ANEXO III – Referências.....	72

SIGLAS

AIDI – Atenção Integrada à Saúde da Criança
AISM – Atenção Integrada à Saúde da Mulher
APIS – Inquérito aos indicadores de prevenção do VIH/SIDA
ARFA – Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares
ARV – anti retroviral
CCS-SIDA – Comité de Coordenação de Combate à SIDA
CNDS – Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
CONU – Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência
CRCA – Comissão Regional de Certificação África
CS – Centro de Saúde
CSR – Centro de Saúde Reprodutiva
DGFM – Direção Geral de Farmácia e Medicamento
DGF – Direção Geral de Farmácia
DGPOG – Direção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão
DNS – Direção Nacional de Saúde
DOT – Tratamento da Tuberculose sob Observação Direta
DS – Delegacia de Saúde
ECG – Eletrocardiógrafo
FICASE – Fundação Cabo-verdiana de Ação Social Escolar
FFOA – Forças, Fraquezas, Oportunidades, Ameaças
HAN – Hospital Agostinho Neto
HBS – Hospital Baptista de Sousa
HPV – Vírus do Papiloma Humano
HRS – Hospital Regional do Sal
HRSN – Hospital Regional de Santiago Norte
HRSA – Hospital Regional de Santo Antão
HRSF – Hospital Regional de S. Filipe
HTLV – Vírus Linfotrópico T Humano
ICIEG – Instituto Cabo-verdiano para a Igualdade e Equidade do Género
INE – Instituto Nacional de Estatísticas
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IRC – Insuficiência Renal Crónica

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MAHOT – Ministério do Ambiente, Habitação e Ordenamento do Território

MED – Ministério da Educação e Desporto

MS – Ministério de Saúde

MSSS – Ministério de Saúde e Segurança Social

NA – Não Avaliado

ND – Não Disponível

PCE – Pacote de Cuidados Essenciais

PEDRHS – Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OGE – Orçamento Geral do Estado

PENLT – Plano Estratégico Nacional de luta contra a Tuberculose

PFA – Paralisia Flácida Aguda

PMI/PF – Proteção Materno-Infantil e Planeamento Familiar

PNDS – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PTV – Prevenção da Transmissão Vertical

QDMP – Quadro de Despesas a Médio Prazo

RSSA – Região Sanitária de Santo Antão

RSFB – Região Sanitária de Fogo e Brava

RSI – Regulamento Sanitário Internacional

RSSN – Região Sanitária de Santiago Norte

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SIGOF – Sistema Integrado de Gestão Orçamental e Financeira

SIS – Sistema de Informação Sanitária

SiSA – Sistema de Seguimento e Avaliação

SNIS – Sistema Nacional de Informação Sanitária

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SR – Saúde Reprodutiva

TARV – Tratamento anti retroviral

TB - Tuberculose

UNFPA - Fundo das Nações Unidas para a População

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNUPIAGET – Universidade Jean Piaget

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

A avaliação final do PNDS encerra o ciclo de planificação iniciado em 2012 com a elaboração do documento do Plano, aprovado por resolução do Conselho de Ministros em Novembro de 2013. A implementação do Plano foi seguida pelo Conselho do Ministério de Saúde através de relatórios periódicos sobre a execução das actividades e a evolução dos indicadores do estado de saúde da população e da cobertura dos serviços e ainda pelos resultados da avaliação a meio percurso realizada em Junho de 2015.

A metodologia utilizada nesta avaliação baseou-se fundamentalmente em entrevistas com pessoas chave do sector da saúde, de sectores de áreas relacionadas às determinantes sociais e ambientais da saúde, da cooperação internacional e de organizações da sociedade civil, assim como na revisão da literatura e consulta de relatórios de estudos realizados pelo MS e outras instituições, relatórios estatísticos produzidos pelo MS, relatórios de actividades das direcções e programas do MS.

A avaliação aprecia os produtos e resultados do PNDS, num contexto em que houve mudança da estrutura orgânica do Ministério de Saúde, que passou a integrar a Segurança Social, depois das eleições legislativas de Março de 2016 que determinou mudança do partido político no poder.

Este relatório apresenta na introdução um breve enquadramento do PNDS 2012-2016 com ênfase nos objectivos, prioridades e programas prioritários e desenvolve, nos pontos seguintes, uma abordagem crítica dos ganhos esperados e alcançados com a implementação do PNDS, seguida de algumas conclusões.

Um anexo apresenta a síntese dos resultados por cada um dos oito programas prioritários do PNDS.

Este conjunto de informações constitui a Parte I do relatório que apresenta na Parte II as matrizes com metas, resultados e indicadores por componente de cada programa com a apreciação que foi possível conseguir em relação ao cumprimento das metas e obtenção dos resultados. Destina-se aos responsáveis dos programas/componentes para seguimento e identificação das prioridades ainda pendentes.

O relatório estatístico de 2015 ainda se encontra em versão preliminar, não oficial. Os dados referentes a 2016 ainda não estão disponíveis. A apreciação dos ganhos e resultados teve que se sujeitar a estas e a outras limitações resultantes da metodologia utilizada.

Este resumo debruça-se sobre as principais conclusões e recomendações remetendo-se a descrição das principais constatações para os capítulos subsequentes.

Mantiveram-se os problemas de monitorização e seguimento da implementação do PNDS, constatados na avaliação a meio percurso, não havendo um plano específico para o efeito nem relatórios periódicos. Exceptua-se um ponto de situação do grau de cumprimento das metas, por cada componente dos programas prioritários do PNDS, realizado em Outubro de 2015, que indica que 27% das metas estavam cumpridas, 7% parcialmente cumpridas e 33% em curso. Restaram 28% não cumpridas e 5% com prazo de cumprimento até 2016.

As conclusões e recomendações foram abordadas na óptica dos próximos desafios que os países, a nível global, se impuseram ao adoptar os 17 objectivos de desenvolvimento sustentável e tendo em conta o

papel central dos sistemas de saúde em relação ao objectivo 3 “Assegurar vidas saudáveis e promover bem-estar a todos em todas as idades”.

Oferta de serviços de qualidade e acessíveis

Em geral, a cobertura da população pelos serviços de saúde apresenta níveis satisfatórios em relação às crianças e grávidas abrangidas pelos programas de saúde infantil, vacinação, pré-natal e parto, mas com margem para melhorar sobretudo em relação ao pós-parto e planeamento familiar.

Não existem evidências de que, com a implementação das componentes do PNDS para a atenção de saúde para grupos específicos da população, tenha sido dada uma resposta adequada para a prestação de cuidados à saúde aos adolescentes e jovens dos dois sexos, aos homens, à população na terceira idade e às pessoas com deficiência.

As doenças transmissíveis prioritárias Tuberculose, IST/VIH/SIDA e Paludismo mantiveram um desenvolvimento regular das suas intervenções, potenciadas pelo apoio obtido junto do Fundo Global e apresentam indicadores de desempenho dentro de parâmetros aceitáveis.

Houve alargamento da oferta de cuidados de saúde através da construção e reabilitação de infra-estruturas, do recrutamento de mais profissionais para o sector, da aquisição de novos equipamentos para fazer face a problemas prioritários (reanimação de recém-nascidos por exemplo), da criação de novos serviços (diálise). Contudo, evidenciam-se ainda problemas de acessibilidade assim como de equidade nas prestações de cuidados de saúde.

A perspectiva da operacionalização da prestação de cuidados de saúde em três níveis de atenção, primária de base municipal, secundária a nível regional e terciária a nível nacional, foi prosseguida com a criação de mais duas regiões sanitárias, S. Antão e Fogo/Brava, afectação de recursos humanos especializados e dotação em equipamentos apropriados a cada nível. No entanto, constatou-se que, para os três níveis, ainda não estão reunidas as condições consideradas necessárias para uma prestação de cuidados com qualidade. Faltam equipas multidisciplinares, profissionais especializados em algumas áreas definidas como prioritárias como a saúde familiar e comunitária, a saúde pública, a saúde mental, a saúde oral e faltam também equipamentos, muitas vezes básicos e ainda reagentes para laboratório. As rupturas em medicamentos, não sendo frequentes, foram também registadas.

A criação do centro de diálises foi um ganho importante tendo praticamente eliminado a evacuação, para o exterior, de doentes com IRC.

O serviço de telemedicina, que permite realizar consultas em algumas áreas da especialidade médica assim como acções de formação através de teleconsulta/teleconferência, enfrenta ainda constrangimentos, carecendo de consolidação para uma melhor operacionalidade e apropriação pelos profissionais.

A qualidade dos serviços que está implícita na definição da cobertura universal e à qual foi dada a devida relevância nos objectivos e prioridades do PNDS 2012-2016, não teve a abordagem esperada, não tendo sido implementadas as principais estratégias previstas nesta área.

Estado de saúde da população

O estado de saúde da população, medido pelos indicadores de mortalidade e morbidade, mostra que se conseguiu reduzir a mortalidade infantil de 21 por mil NV até 15,3 por mil NV em 2015, muito perto

da meta proposta neste ano para os ODM (14 por mil NV) com redução do peso das mortes neo-natais precoces de 62%, em 2013, para 53% em 2014 e 2015.

As mortes maternas, por causas obstétricas directas, não ficaram sempre abaixo de 2 por ano, como esperado, apresentando a oscilação habitual mas sem ultrapassar 5 (4 em 2013 e 5 em 2015). Em 2012 e 2014 regista-se uma morte materna.

O VIH/SIDA mantém o perfil de epidemia concentrada com níveis de prevalência elevada em determinados grupos de risco¹: trabalhadores do sexo (7,7%), usuários de droga (3,9%) e homens que fazem sexo com homens (15%), constatando-se ainda pouco impacto do TARV na redução da mortalidade por SIDA mas importante redução da taxa de transmissão vertical (0,02% em 2016).

A tuberculose apresenta tendência decrescente nas taxas de incidência, prevalência e mortalidade tendo cumprido a meta de manter esta abaixo dos 5 por cem mil habitantes (2,1 em 2015).

Cabo Verde foi declarado país livre do vírus da Poliomielite pela CRCA, em Novembro de 2016, depois de ter apresentado toda a documentação exigida.

A vigilância da Lepra mostra que se manteve a incidência no nível de eliminação com menos de 1 caso por dez mil habitantes (0,1 em 2014 e em 2015), assim como para o Paludismo com menos de 1 caso por mil habitantes (0,05 e 0,14 em 2014 e 2015, respectivamente).

As doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, mantêm um peso elevado no cômputo geral da mortalidade respectivamente 28% e 13% em 2015 e representaram, nos últimos anos, com as doenças ortopédicas e os traumatismos, as principais causas de evacuação para o exterior. No entanto, apesar de algum reforço em profissionais especializados e da criação de condições para a realização de algumas intervenções cirúrgicas na área da orto-traumatologia, houve um grande atraso na implementação das estratégias para a abordagem preventiva e curativa das doenças crónicas não transmissíveis.

Não houve evidências de uma reorientação estratégica para o financiamento do sector da saúde, uma vez que a estratégia elaborada não teve ainda a aprovação oficial. Garantir a **sustentabilidade financeira** continuará sendo, por isso, um dos grandes desafios do sistema nacional de saúde e do governo tendo em conta, sobretudo, as metas para os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, mais abrangentes.

Para o **desenvolvimento dos Recursos Humanos também devem ser** envidados esforços suplementares, aos que já foram até agora disponibilizados, para o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção dos profissionais de saúde criando-se condições para um melhor equilíbrio entre os rácios das diferentes categorias assim como para os aumentos necessários com vista a satisfazer as necessidades das populações em cuidados de saúde, promocionais, preventivos e curativos.

O acesso aos **medicamentos e tecnologias de saúde**, embora garantido, foi afectado pela falta de um quadro orientador, seja de uma Política Farmacêutica Nacional cuja actualização se faz sentir como

¹Relatório de “Revue à mis parcours du Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH-SIDA 2011-2015” CCS- SIDA août 2014

também de uma estratégia para que melhore o processo de aquisição, gestão e manutenção dos equipamentos.

O **Sistema de Informação Sanitária** não teve o desenvolvimento esperado neste PNDS e recomenda-se, de acordo com avaliações recentes realizadas (2014²), uma orientação em termos de política e estrutura organizacional revendo-se a política do SIS, para a adaptar aos novos desafios.

A **redução dos riscos de ocorrência de epidemias** ainda não está consolidada devendo o país reforçar e adequar a capacidade de avaliação regular dos riscos, assim como, actualizar planos de preparação e contingência e implementar o plano para reforço das competências em matéria de RSI (2005).

O **nível de conhecimento das populações** precisa ser monitorizado com mais regularidade e tendo em conta não apenas os problemas de saúde mas também os principais determinantes.

A **parceria** está bem consignada no Pacto Nacional de Saúde assinado em 2014 mas terá que haver uma mudança nos processos de coordenação, articulação e monitorização para potenciar os muitos recursos que podem ser mobilizados.

A **abordagem género** coloca ainda muitos desafios ao sector da saúde sendo necessário desenvolver competências nesta área para permitir que, nos processos de planeamento, estejam incluídos os elementos necessários em termos de metas, intervenções, recursos e indicadores para a sua efectiva operacionalização.

² Análise da Situação do Sistema Nacional de Informação Sanitária de Cabo Verde, Novembro 2014 - Tomé Ca, profissional encarregue da informação sanitária, OOAS, Prof Jørn Braa e Dr. Zeferino Saugene, peritos em informação sanitária e DHIS2

I - INTRODUÇÃO

ANTECEDENTES E ENQUADRAMENTO DO PNDS

O PNDS 2012-2016 foi desenvolvido para operacionalizar a Política Nacional de Saúde definida para o horizonte de 2020, dando continuidade ao PNDS do período anterior (2008-2011), cujos principais eixos de intervenção foram retomados com as devidas adaptações ao contexto de reformas e prioridades do Governo e os desafios do desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde.

As orientações estratégicas do PNDS 2012-2016 estão harmonizadas com o Programa do Governo da VIII Legislatura (2011-2016) para o sector da saúde e com o Documento de Estratégia, Crescimento e Redução da Pobreza III (2012-2016).

Esta harmonização consistiu nomeadamente na adopção do mesmo ciclo de planificação, na definição de um sistema de coordenação funcional no âmbito da articulação das políticas públicas, na definição do Quadro de Despesas de Médio Prazo sectorial e ainda na integração com o sistema único de seguimento e avaliação (SIGOF) sob coordenação do Ministério das Finanças e Planeamento.

Assumi como referências os compromissos internacionais de Cabo Verde no domínio da Saúde, nomeadamente ao nível da Organização das Nações Unidas, da União Africana e da CEDEAO mas também em relação às resoluções adoptadas pelos Estados Membros, na Assembleia Mundial da Saúde e no Comité Regional da OMS para a África.

Destacam-se a Declaração dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio até 2015, a Declaração Política de 2011 sobre o VIH/SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas.

O PNDS 2012-2016 foi aprovado por Resolução do Conselho de Ministros nº 117/2013 de 14 de Novembro tendo um custo estimado em cerca de 35 milhões de contos (US\$ 384 milhões) e fundos públicos anunciados de cerca de 21,7 milhões de contos.

ORIENTAÇÕES POLÍTICAS, ESTRATÉGIAS E PRIORIDADES DO PNDS 2012-2016

Com a implementação do PNDS 2012-2016 esperava-se materializar a visão da Política Nacional de Saúde para 2020 de garantir a saúde da população cabo-verdiana, através da construção de um Serviço Nacional de Saúde universalmente acessível, eficaz e equânime.

Para alcançar os objectivos fixados para o PNDS 2012-2016, os mesmos foram transformados em **Programas Prioritários** como base de sustentação para promover o desenvolvimento harmonioso do Plano de forma a contribuir para o reforço da capacidade de gestão do SNS, a qualificação dos recursos humanos da saúde, a sustentabilidade financeira do sector da saúde, a coordenação das intervenções da parceria, a descentralização das acções de saúde e, em fim último, melhorar a saúde dos cabo-verdianos.

O PNDS compõe-se de 8 Programas prioritários, operacionalizados em 46 componentes:

1. Programa de Prestação de Cuidados de Saúde: subprograma de Prevenção e luta contra doenças prioritárias (18 componentes); subprograma de Atenção específica a grupos etários da população (4 componentes); subprograma de Operacionalização da prestação de cuidados em cada um dos níveis da pirâmide sanitária (4 componentes)
2. Programa de Promoção da Saúde (2 componentes)
3. Programa de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde (3 componentes)

4. Programa de Intervenção na Rede de Infra-estruturas Sanitárias (2 componentes)
5. Programa de Sustentabilidade Financeira do Sector Saúde (3 componentes)
6. Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico e das Tecnologias de Saúde (3 componentes)
7. Programa de Desenvolvimento do Sistema Integrado de Informação Sanitária e da Investigação em Saúde (2 componentes)
8. Programa de Desenvolvimento da Liderança e Governação do Serviço Nacional de Saúde (5 componentes incluindo o seguimento e avaliação do PNDS)

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

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

ENQUADRAMENTO E OBJECTIVOS DA AVALIAÇÃO FINAL

A avaliação final do PNDS 2012-2016 enquadra-se no mecanismo estabelecido de gestão, seguimento e avaliação da implementação do mesmo. Completa o ciclo proposto neste mecanismo que inclui também uma avaliação a meio percurso, realizada em Junho de 2015.

Objectivos: Geral e Específicos

De acordo com os Termos de Referência, esta consultoria visa apoiar o Ministério de Saúde na avaliação final da implementação do PNDS 2012-2016, em colaboração com os principais intervenientes na saúde e mais especificamente deverá:

- Com base nos indicadores de resultados e cobertura, avaliar os níveis de realização dos oito programas relacionados com as metas e as intervenções programadas, incluindo os recursos (inputs) e os serviços fornecidos (outputs);
- Analisar os indicadores de impacto relacionados com morbilidade, mortalidade e equidade em saúde;
- Analisar globalmente a performance dos programas incluindo as estratégias, factores favorecedores e factores inibidores;
- Analisar globalmente a performance dos mecanismos de gestão, seguimento e avaliação do PNDS.

METODOLOGIA

Para a realização da avaliação final o MS, através da OMS fez recurso a uma consultoria nacional que, no processo da avaliação, deveria trabalhar sob a supervisão directa do Gabinete do Ministro da Saúde, em articulação com os gestores dos oito programas do PNDS. A metodologia orientou-se de acordo com o tempo proposto de 45 dias e com os objectivos estabelecidos nos termos de referência e baseou-se fundamentalmente nos seguintes aspectos:

- Revisão de documentos e relatórios pertinentes/apropriados.
- Consulta de interlocutores chave nos diferentes níveis do sector da saúde e de parceiros.
- Interação com equipa do Ministério da Saúde e da OMS, responsáveis pelo acompanhamento da avaliação.

Constituíram, assim, fontes de informação as entrevistas a um vasto leque de responsáveis quer do sector da saúde quer de outros sectores (lista em anexo), do nível central, regional e municipal e de parceiros internacionais, assim como a consulta de relatórios (estatísticos, de actividades, de supervisão, de estudos), de documentos normativos incluindo legislação, também listados em anexo.

II –ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PNDS 2012-2016

Foi estabelecido que, com a implementação do PNDS, o país alcançasse os ganhos a seguir indicados:

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

Procura-se apresentar em relação a cada “item”, dos acima indicados, os avanços conseguidos assim como o que ficou por cumprir das principais estratégias preconizadas.

GANHO 1. OFERTA DE CUIDADOS DE SAÚDE COM QUALIDADE, ACESSÍVEIS E A UM CUSTO ABORDÁVEL

Entre outros objectivos, o PNDS 2012-2016 propôs-se “**melhorar a prestação de cuidados de saúde à população nas vertentes preventivas, curativas e de reabilitação e de promoção da saúde e descentralizar a oferta e a qualidade dos serviços de saúde em cada um dos três níveis da pirâmide sanitária.**”

Principal estratégia

Organização descentralizada da prestação de cuidados de saúde por níveis de complexidade: definição e publicação dos pacotes essenciais de saúde por níveis de serviços; publicação de uma estratégia para as regiões sanitárias; definição e organização do serviço das evacuações de doentes; definição e organização do serviço da rede de laboratórios de análises clínicas e de anatomia patológica

Pacote de Cuidados Essenciais

O Pacote de Cuidados Essenciais enquanto estratégia de suporte à **organização descentralizada da prestação de cuidados de saúde por níveis de complexidade** não foi implementado no período coberto pelo PNDS, tendo sido apenas validada uma proposta em Setembro de 2016. Este atraso afectou o cumprimento de várias metas assim como a obtenção de resultados a nível da oferta de cuidados de saúde. A publicação e implementação do PCES aprovado, serão retomadas no próximo PNDS.

Organização descentralizada da prestação de cuidados por níveis de atenção

Estratégia para as Regiões Sanitárias

Até ao fim deste PNDS, o país passou a contar com mais duas regiões sanitárias, a de S. Antão e a de Fogo e Brava, que se juntaram à de Santiago Norte cumprindo-se a meta prioritária (3 RS em 2016). As duas regiões, criadas, encontram-se em fases diferentes de operacionalização, mais avançada a de S. Antão com um estatuto próprio e órgãos de direcção estabelecidos.

Encontra-se em curso um processo, iniciado em 2015, que visa a elaboração e implementação de planos de desenvolvimento das regiões sanitárias³.

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

A perspectiva da operacionalização da prestação de cuidados de saúde em três níveis de atenção, primária de base municipal, secundária a nível regional e terciária a nível nacional, foi prosseguida com a afectação de recursos humanos especializados e dotação em equipamentos apropriados a cada nível. Foram também introduzidos novos processos de gestão e de prestação de contas que melhoraram as receitas das estruturas de saúde.

Contudo, as limitações orçamentais não permitiram satisfazer o preenchimento dos quadros tipo definidos para o nível de atenção primária pelo que poucos centros de saúde possuem equipas multidisciplinares e não há suficiente disponibilidade em equipamentos básicos, neste nível de atenção, o que condiciona o acesso da população que tem que procurar centros de referência para a realização de exames complementares de diagnóstico e consultas de especialidade em áreas médicas ou outras, muitas vezes em concelhos ou ilhas diferentes.

Os níveis de atenção secundária e terciária não viram definidas equipas tipo no PEDRHS 2015-2020 e as suas necessidades não estão ainda satisfeitas no que tange ao reforço/criação de serviços, afectação de profissionais especializados e equipamentos e reagentes para laboratório.

Destaca-se o ganho alcançado com a criação do serviço de Diálise no HAN, dotado em recursos humanos, equipamentos, medicamentos e materiais e que permitiu reduzir praticamente a zero as evacuações, para Portugal, de doentes com Insuficiência Renal Crónica.

O equipamento dos laboratórios de anatomia patológica dos hospitais centrais assim como a afectação de profissionais também são de destacar pese embora o fraco desenvolvimento conseguido, sobretudo no HBS.

³Elaboração dos Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitários 2017-2021 – Análise de situação sanitária – Documento preliminar, Antares Consulting, MS, OMS, 2017

A emergência pré-hospitalar encontra-se no grupo das prioridades definidas no PNDS com duas metas estabelecidas i) contribuir até 2013 para a criação de um serviço nacional de emergência pré-hospitalar meta esta sob responsabilidade da componente “Prevenção e tratamento das Doenças Ortopédicas e dos Traumatismos” que em 2016 não teve coordenação técnica e ii) até ao fim de 2013 estabelecer protocolos de colaboração com as entidades responsáveis pelo serviço de emergência pré-hospitalar sob a responsabilidade da componente “Operacionalização da atenção terciária a nível nacional” cuja coordenação se encontra adstrita a várias entidades. Constatam-se no entanto, na definição dos PCES (Fase 2) a proposta de actividades que visam a implementação de políticas de emergência pré hospitalar e de transporte dos doentes⁴.

Evacuações de doentes

Não há um serviço das evacuações de doentes. Constatam-se alguns progressos alcançados com a criação do programa de Telemedicina, mais tarde transformado em serviço (2016), que facilitou melhor articulação e troca de informações entre serviços afins (interna e externamente) apoiando decisões mais criteriosas para a evacuação de doentes.

A criação no país do serviço de Hemodiálise no HAN contribuiu para que a evacuação de casos de IRC para diálise se reduzisse a zero alcançando assim os objectivos almejados.

As melhorias de respostas em outras áreas como a Oncologia (introdução da quimioterapia no HAN), a Orto-Traumatologia (cirurgia da coluna para casos de hérnia e meningocele) são também produtos a assinalar quanto à oferta de serviços implicando o processo das evacuações.

Assinala-se que há ainda um caminho a percorrer para a melhoria da qualidade técnica das prestações de cuidados do foro da orto-traumatologia.

No campo da Cardiologia, cujo peso nas evacuações se mantém em primeiro lugar, apesar de algumas melhorias constatadas em recursos humanos, os resultados ficaram muito aquém do esperado com constrangimentos importantes em equipamentos básicos e pouco ou nenhum recurso para desenvolver a vertente Cardiologia de intervenção.

Os critérios para a evacuação de doentes para o exterior não foram revistos, para implementação, como esperado durante este período.

Definição e organização da rede de laboratórios de análises clínicas e de anatomia patológica

Não foram constatadas intervenções específicas para se chegar à definição e organização de uma rede nestas duas áreas. A de laboratórios de análise clínica, criada em 2003, não foi sequer actualizada. Embora tenham sido instalados laboratórios de Anatomia patológica nos dois hospitais centrais a capacidade instalada ainda está aquém das necessidades, sobretudo a do Hospital Dr. Baptista de Sousa, restrita ainda à citologia por falta de equipamentos e de reagentes.

⁴ Definição dos PCES e revisão da tabela de cuidados em vigor, Plano de implementação para seguimento e avaliação (Fase 2), Antares Consulting Políticas e Serviços de Saúde, Outubro de 2016

1.1 OFERTA DE SERVIÇOS E COBERTURA

A cobertura universal, entendida como o acesso de toda a população aos cuidados de que necessita sem que com isso sofra danos financeiros catastróficos, faz parte da visão defendida na PNS para o horizonte 2020 e representou uma meta a perseguir no contexto da implementação do PNDS 2012-2016.

Encontra-se também implícita na definição da cobertura universal o acesso aos serviços que cuidam das doenças que causam mais danos e mortes e a garantia da qualidade dos cuidados que são prestados na assistência aos utentes dos serviços.

Atenção a grupos específicos da população: crianças, adolescentes e jovens, mulheres, homens e idosos

A análise das informações disponíveis mostra que os serviços de saúde, que integram desde há várias décadas a rede de prestação de cuidados de saúde (Centros de Saúde/Postos Sanitários/Unidades Sanitárias de Base, Centros de Saúde específicos para a saúde reprodutiva, Hospitais Centrais e Regionais), deram respostas, no período em apreço, através sobretudo de cuidados preventivos e curativos, às necessidades de saúde da população em geral com **níveis de cobertura de grau variável** conforme os vários grupos alvo, prioritários, estabelecidos no PNDS: crianças, adolescentes e jovens, mulheres e homens e idosos.

A evolução da oferta dos serviços de saúde reprodutiva apresenta-se no quadro 1, com níveis de cobertura satisfatórios até 2014, apesar do incumprimento de algumas metas como a percentagem de partos assistidos por profissionais qualificados (99%), a taxa de cobertura vacinal (> 95%) e taxa de prevalência contraceptiva (45%).

Tabela nº1 – Cobertura dos grupos alvo pelos serviços de SR – evolução entre 2012 e 2011 - Cabo Verde

Indicadores	Ano base/2010	2012	2013	2014	2015*	2016
Percentagem de grávidas assistidas na 1ª consulta	87,4	77,1	94,7	84,4	ND	ND
Percentagem de partos assistido por profissionais qualificados	98,5	94,0	92,3	95,6	ND	ND
Percentagem de MIF assistidas na consulta pós-parto	51,9	36,4	48,8	47,6	ND	ND
Taxa de prevalência contraceptiva (métodos modernos) (%)	34,0	39,0	37,1	35,8	ND	ND
Percentagem de crianças menores de 1 ano com 1ª consulta	110,3	99,3	98,3	98,7	ND	ND
Percentagem de de crianças menores de 1 ano com cobertura vacinal completa	95,8	96,1	90,1	90,4	90,2	ND

Fonte: Relatório estatístico (2010/2014) Ministério da Saúde e da Segurança Social. *PAV 2015

Outros indicadores, recomendados pela OMS no quadro da cobertura universal não se encontram disponíveis (percentagem de grávidas com pelo menos 4 consultas de pré-natal ⁵; percentagem de mulheres, casadas ou em união, com necessidades satisfeitas em matéria de PF habitualmente obtida através dos IDSR; percentagem de crianças com menos de 5 anos com suspeita de pneumonia e observadas por profissional qualificado).

Não existem informações sobre atendimentos específicos para homens e idosos. Adolescentes e jovens, são atendidos nos serviços de saúde reprodutiva quando grávidas ou em busca de meios para planeamento familiar (mulheres) e de preservativos para a prevenção das IST (sobretudo homens).

A meta de reduzir a percentagem de grávidas com menos de 17 anos e com menos de 19 anos de, respectivamente, 6,1% e 23,9% em 2011 para 4% e 18% em 2016, foi alcançada em 2014 não havendo dados disponíveis para 2015 e 2016 para confirmar esta tendência. De acordo com o relatório ODM Cabo Verde elaborado em Julho de 2015 com dados referentes a 2014, verifica-se uma redução da taxa específica de fecundidade entre as adolescentes (15-19 anos) de 104‰ em 1998 para 92‰ em 2005, e para 62‰ em 2010 situando-se a meta para este indicador em 60‰.

Uma análise da prestação de cuidados de saúde, incluindo os da saúde sexual e reprodutiva nos Centros de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde com apoio da UNFPA em 2015, reflecte *a raridade de ofertas de serviços para homens assim como abordagens discutíveis da saúde dos adolescentes.*

O Relatório ODM Cabo Verde de 2015 considera que *apesar das acções intra-sectoriais e intersectoriais nas escolas e nas comunidades junto dos jovens, a gravidez na adolescência ainda constitui um grande desafio para o sector da saúde e para a sociedade em geral e que constitui um desafio para o Sistema Nacional de Saúde a inclusão dos homens e dos adolescentes e a promoção do acesso dos mesmos aos serviços de saúde reprodutiva.*

Conclui-se também, das informações recolhidas, que a estratégia de Atenção Integrada às Doenças da Infância, incluindo os cuidados neo-natais, não foi implementada como esperado, considerando-se que a abordagem deve ser adaptada ao contexto do país, quer no que diz respeito à organização dos serviços quer quanto à regulamentação da prestação de cuidados de saúde. ⁶

Acesso e cobertura: Doenças transmissíveis prioritárias

Esperava-se que em 2016, 100% dos centros de saúde tivessem cuidados de prevenção e tratamento das IST/VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo.

A prevenção e luta contra as doenças transmissíveis prioritárias, apresenta para a Tuberculose uma evolução satisfatória da cobertura, traduzida pela taxa de sucesso do tratamento que passou de 77,8% em 2010 para 93,5% em 2014.

A percentagem de doentes com SIDA em tratamento anti-retroviral situou-se em 40% em 2016⁷, muito abaixo da meta preconizada nos ODM (80%).

⁵82,3%, segundo estimativa OMS para Cabo Verde – relatório estatísticas mundiais 2016

⁶Consultas feitas maioritariamente por profissionais médicos e lei sobre a prescrição de medicamentos

⁷ Programa Luta SIDA

Ainda, em relação ao VIH/SIDA, a percentagem das grávidas seropositivas que cumpriram o protocolo de tratamento atingiu 100% em 2014⁸ (76% em 2016) tendo-se alcançado a meta de redução da taxa de transmissão vertical para menos de 1% em 2016, passando de 18% em 2010, para 0,02%⁹ em 2015.

Não existe uma definição operacional dos cuidados de prevenção e tratamento das IST/VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo assim como não foi realizado um inquérito aos serviços de prestação de cuidados para avaliar o grau de cumprimento da meta proposta.

Acesso e cobertura: Doenças não transmissíveis prioritárias

Meta: Em 2016, 80% dos Centros de Saúde com cuidados essenciais de prevenção e controlo para as doenças crónicas não transmissíveis

Da mesma forma que para as doenças transmissíveis, esta meta também não foi avaliada. Contudo, constatou-se que apesar de algum reforço em recursos humanos, medicamentos e em equipamentos e reagentes para estas áreas, outras intervenções necessárias como a elaboração e implementação de protocolos de diagnóstico e terapêutica, não foram realizadas em tempo devido, contribuindo para um desempenho abaixo do desejado. De destacara implementação e monitorização de um projecto de rastreio do cancro do colo do útero em três concelhos (S. Catarina, S. Filipe e Ribeira Grande) em 2016.

Também em 2016, a reestruturação orgânica do MS conduziu a uma mudança na abordagem das problemáticas do uso do tabaco e álcool que passaram para a responsabilidade de uma Comissão de Combate ao Álcool e outras Drogas, em substituição da CCCD. Um Plano estratégico multisectorial de combate aos problemas ligados ao álcool 2016-2020 encontra-se em fase de implementação. Prevê-se uma melhor estruturação e operacionalização da luta contra o Tabagismo, a partir de 2017.

A cobertura traduzida por níveis de prevalência (hiperglicémia, hipercolesterolémia, sobrepeso, obesidade, uso do tabaco e do álcool) foi avaliada em 2007 através do IDNT não sendo possível apresentar a evolução decorridos 9 anos. Um estudo sobre prevalência do uso de drogas, incluindo tabaco e álcool e abrangendo a faixa etária de 15-64 anos, diferente da do IDNT 2007 (25 – 64 anos) mostra taxas de prevalência para tabaco e álcool respectivamente de 12,8% e 60,3%. (Tabaco 9,9% e Álcool 53,2% -IDNT 2007)

Saúde oral

Apenas 3/17 Delegacias de saúde¹⁰, em 2016, dispõem de equipamentos e profissionais com alguma capacidade que não seja apenas a extracção dentária o que fornece uma indicação da insuficiência das respostas nos centros de saúde. O número de estomatologistas no sector público aumentou de cerca de 5, em 2010, para 12 no final do PNDS e devido à fraca resposta do sector público, o INPS subsidia o tratamento dentário no sector privado.

A abordagem preventiva aos problemas de saúde oral foi feita em articulação com o sector da educação.

⁸ Rapport de progrès sur la riposte au SIDA au Cabo Verde, 2014 – CCS- SIDA

⁹ PLS, 2016

¹⁰ Programa Saúde Oral, 2016

Não se dispõe de informação sobre a evolução dos principais problemas de saúde nesta área.

Saúde Ocular

Sem desenvolvimento especial depois da avaliação a meio percurso. A cobertura da população faz-se através de consultas especializadas nos hospitais, com base nas referências dos CS. O HAN criou condições para diagnóstico e tratamento da retinopatia diabética e glaucoma, embora com problemas na qualidade da resposta.

Não se dispõe de informação sobre a evolução das afecções oculares.

Saúde Mental

Meta: 100% dos Centros de Saúde a implementar o pacote de cuidados de saúde mental, em 2016

Verificam-se alguns ganhos na oferta de serviços, nesta área, com mais psiquiatras (8) e a afectação destes aos hospitais regionais (1 HRSA e 1 HRSF). Não houve avaliação, mas há elementos que apontam para problemas no cumprimento desta meta, de entre outros os protocolos terapêuticos não aprovados e a insuficiência de profissionais da área (sobretudo psicólogos), em muitos CS.

Não se dispõe de informação sobre a evolução dos distúrbios mentais.

Promoção da Nutrição, Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais

Metas: Em 2016, taxa de malnutrição calórica proteica reduzida de 9% para 5%; taxa de prevalência de anemia ferripriva em crianças reduzida de 52,4% para menos de 30%, taxa de anemia ferripriva nas grávidas reduzida de 43,2% para menos de 20%; amamentação exclusiva até 6 meses aumentada de 40% para 75%.

A oferta de serviços consistiu sobretudo na distribuição de suplementos a grupos específicos. Houve recrutamento de mais nutricionistas contando-se em 2016 com 16 no sector público dos quais, 3 na direcção do Programa e 7 nos concelhos de Praia (4) e de S. Vicente (3)¹¹. Foi aprovado um pacote de cuidados nutricionais cuja implementação foi iniciada em 2016. Faltaram inquéritos para comprovar as metas propostas, excepto para a amamentação exclusiva até aos seis meses que, segundo o inquérito multi-objectivo (INE, 2015), diminuiu de 40% para 30%.

A oferta do serviço do Banco de Leite Humano, no HAN, foi melhorada com a regulamentação criada para o efeito.

Assinala-se a redução do número de Hospitais Amigos da Criança (apenas 1/6 em 2016) por falta de cumprimento dos critérios exigidos, nomeadamente reavaliações periódicas dos 11 passos nos hospitais já acreditados.

Segurança da doação do sangue, tecidos e órgãos

Meta: Alcançar 100% de doação voluntária e benévola

¹¹Relatório de actividades do PNN 2016

A percentagem de doadores voluntários manteve-se à volta dos 85% em 2016, devido sobretudo a respostas insuficientes, nesta área, dos Bancos de Sangue em alguns hospitais (HAN e HRSN). Considera-se também que há um fraco investimento, por parte do MS, para a promoção da doação benévola.

Seis hospitais (2 centrais e 4 regionais) dispõem de um banco de sangue operacional de acordo com critérios estabelecidos com todos os produtos sanguíneos testados excepto para o HLTV. Falta um manual sobre uso do sangue assim como um sistema de hemo-vigilância. A legislação sobre transplante de órgãos e tecidos não foi ainda preparada, como esperado.

Acesso das pessoas com deficiência

O PNDS definiu uma estratégia específica para as pessoas com deficiência:

Elaboração de directrizes que reforcem e requalifiquem os serviços de reabilitação, promoção e cuidados de saúde, para garantir que as pessoas com deficiência consigam obter o mais alto estado de saúde possível sem discriminação (Volume I, PNDS 2012-2016)

De acordo com as observações recolhidas e a consulta de documentos, não se encontra delineada uma estratégia para garantir, às pessoas com deficiência, condições de acesso e tratamento diferenciado nas estruturas de saúde. Exceptua-se, o acesso físico pois que todos os serviços de prestação de cuidados de saúde dispõem de infra-estrutura para esse efeito (rampas, casas de banho), bem como o acesso a algumas prestações sociais tais como medicamentos (Solidariedade Social) e equipamentos para deslocação (solidariedade internacional e da diáspora)¹². Em 2013, o Comité para a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher após apreciar o relatório do país recomenda que se *“assegure o acesso das mulheres com deficiência a informações e serviços de saúde sexual”*.

De notar que, com o surto do vírus Zika em 2014/2015 e a ocorrência de casos de microcefalia em recém-nascidos de mães infectadas o MS, em articulação com parceiros, organizou uma resposta visando uma abordagem integrada para o desenvolvimento psico-motor destas crianças, sobretudo a nível do HAN.

Telemedicina e acesso

No quadro da estratégia para incorporação de novas tecnologias propunha-se a definição de uma estratégia nacional sobre telesaúde/telemedicina.

O MS criou um programa nacional de telemedicina que, em 2016, foi transformado em serviço integrado na Direcção Nacional de Saúde, de acordo com a última lei orgânica (Outubro de 2016).

No quadro do ainda programa de telemedicina, foram progressivamente criadas as condições técnicas para o funcionamento em rede das estruturas de saúde. Actualmente, 11 em 34 estruturas de saúde estão conectadas (HC, HR e CS)¹³.

¹² DGPOG; ACD

¹³ Relatório Estatístico MS 2014

Considera-se que este recurso ajuda a reduzir e a disciplinar as evacuações através das teleconsultas¹⁴. Contudo, devido i) à centralização dos equipamentos para as teleconsultas nas sedes principais dos concelhos/ilhas associada ii) à falta de equipamentos básicos em muitos centros de saúde, as deslocações e evacuações são factores que, ainda assim, afectam a igualdade no acesso às populações do país.

De acordo com os dados disponibilizados pelo INPS ainda o fluxo das evacuações internas mantém uma tendência de crescimento – Tabela 2.

Tabela 2 – Ilhas/Concelhos sede das teleconsultas e evolução das evacuações internas – 2014 e 2016

Ilhas/Concelhos/Serviços sede dos equipamentos para teleconsultas (2015-2016)	Evacuados **		Acompanhantes	
	2015	2016	2015	2016
S. Antão/HR R. Grande	352	521	110	184
S. Vicente/HBS	80	25	26	15
S. Nicolau/CS R. Brava	294	332	109	109
Sal/CS Espargos	497	514	179	215
Boavista/CS	370	454	122	143
Maio/ CS	135	290	60	123
Santiago/HAN/HRSN*	-	2	-	-
Fogo/HRSF/Mosteiros	434	476	132	181
Brava	117	285	46	104
Total	2 305	2 899	792	1 074

Fonte: Serviço Telemedicina/HRSN/INPS

*Equipamento para teleconsultas transferido em 2016 para Mosteiros/Fogo por falta de uso (acesso a teleconferências nas instalações do Gabinete técnico da RSSN).

** Dados de evacuação interna/INPS

Conclusões

Não existem evidências de que, com a implementação das componentes do PNDS para a atenção de saúde para grupos específicos, tenha sido dada uma resposta adequada para a prestação de cuidados específicos à saúde dos adolescentes e jovens, dos homens, dos idosos e das pessoas com deficiência.

¹⁴ Relatório de actividade/Telemedicina 2016

Não é também evidente que a população tenha um nível de acessibilidade e equidade satisfatórios em relação aos serviços que cuidam das principais causas de doença e morte no país.

As análises de situação realizadas em 2015 e 2016, sobre a prestação de cuidados de saúde nos centros de saúde e no quadro do Pacote de Cuidados Essenciais, em vários concelhos, dão indicações no sentido de que, apesar de ter havido um alargamento da oferta de cuidados de saúde, a acessibilidade quer física, geográfica ou financeira ainda apresenta desigualdades para as populações dos diferentes concelhos e ilhas. Estas indicações estão apoiadas nas seguintes constatações, quer dos estudos quer em resultado das entrevistas realizadas nesta avaliação:

1. Há insuficiência de recursos nas estruturas de cuidados primários em equipamentos essenciais para realização de exames de diagnóstico, assim como em escassez de profissionais para determinados perfis.
2. Verifica-se a inexistência de um “sistema formalizado e regular” para deslocação de médicos especialistas às ilhas/concelhos o que faz com que as visitas sejam irregulares e insuficientes (ou então realizadas por privados ou por médicos comparticipados pelo INPS o que à partida reduz o leque de população a beneficiar com a visita).

O serviço de telemedicina enfrenta ainda constrangimentos, carecendo de consolidação para uma melhor apropriação pelos profissionais, a qual passa pelo alargamento da rede, afectação de recursos humanos a tempo inteiro e de mais recursos financeiros assim como a adopção de mecanismos e protocolos de articulação e parceria com instituições de retaguarda, para as evacuações externas.

1.2 OFERTA DE SERVIÇOS E QUALIDADE

O PNDS 2012-2016 deveria propiciar mecanismos de garantia da qualidade das prestações sendo esperada a criação de um Programa de Garantia da Qualidade que não foi concretizado.

Além disso, esperava-se poder também criar mecanismos para assegurar a acreditação das instituições de prestação de cuidados de saúde, públicas e privadas.

Estratégia

Melhoria da qualidade das intervenções em cada estrutura e em cada nível: definição e publicação de um programa nacional sobre a qualidade dos serviços de saúde e o respectivo plano de acção; elaboração/actualização de protocolos de atendimento e terapêuticos.

Acreditação dos serviços dos hospitais

O HAN conseguiu desenvolver um processo que culminou na acreditação de 4 serviços em 2015/2016: serviço de Diálise, serviço de Banco de Sangue, serviço de Laboratório de Análises Clínicas e serviço de Laboratório ELISA. No entanto, há dúvidas quanto à capacidade para mobilizar recursos financeiros para manter e ou acreditar novos serviços devido ao custo elevado do processo.

Inspecção Geral e qualidade dos serviços

A Inspecção Geral da Saúde, desenvolveu um processo de auditorias, com também uma função de aprendizagem e tendo por objectivo verificar o grau de cumprimento no preenchimento das fichas de atendimento, nos serviços de urgência e dos processos clínicos de internamento. A conclusão em

relação aos serviços visitados (10 no primeiro semestre de 2016)¹⁵ é de que não há uniformidade dos instrumentos e existem taxas elevadas de irregularidades, muito superiores aos 10% aceites.

Rede Nacional de Laboratórios e qualidade

A RNL foi avaliada no contexto dos países da CDEAO e sob a coordenação da OOAS. A avaliação abrangeu as áreas da governação, equipamentos, recursos humanos, gestão da qualidade, comunicação, bio segurança e dados/informação. Os resultados não constam de um relatório mas foram apresentados em reunião com os países avaliados e Cabo Verde no cômputo geral não chegou aos 25% de desempenho (23%).

Satisfação de utentes e profissionais

A par da avaliação das actividades desenvolvidas, a qualidade da oferta pode ser medida através da satisfação dos utentes e dos profissionais. Nesta perspectiva, o PNDS propôs melhorar a percentagem de população satisfeita com os serviços de saúde de 80% (QUIBB 2006-2007) para 96% em 2016. Não foi realizado novo QUIBB para confirmar a meta proposta.

Apresentam-se resultados referentes a dois estudos solicitados pelo MS, nesta área, um dos quais foi realizado em 6 Centros de Saúde/28¹⁶ e mostra que, numa escala de 1 a 4, o nível de satisfação mais alto cifrou-se em 3,13 e o mais baixo em 2,31. Tempo de espera baixo e isenção na compra de medicamentos tiveram uma correlação positiva com o grau de satisfação. Quanto ao nível de satisfação geral dos colaboradores dos CS, no mesmo estudo, situou-se nos 3,70 valores, numa escala de 1 a 5.

Neste estudo foram ainda identificados problemas relacionados à acessibilidade aos centros de saúde e hospitais, ao agendamento de consultas de especialidade, ao tempo de espera para as consultas, às condições para realização do aborto legal, à rotura de stocks de preservativos e pílulas e de medicamentos para tratamento das IST e outras doenças e a inexistência de espaços personalizados para adolescentes, jovens e homens.

O segundo estudo acima mencionado, realizado em 6 hospitais (2 centrais e 4 regionais) e cujo relatório ainda é preliminar,¹⁷ analisou as percepções dos utentes em relação à qualidade geral do serviço prestado, ao tempo de espera para o atendimento, aos custos dos serviços prestados, à qualidade global do atendimento e às expectativas concernentes à qualidade dos serviços prestados. As pontuações obtidas situam-se entre 4,5 e 5,7 numa escala de 1 a 10.

Conclusões

A qualidade dos serviços está implícita na definição da cobertura universal e foi-lhe dada a devida relevância nos objectivos e prioridades do PNDS 2012-2016.

As informações recolhidas mostram que, apesar da relevância acima referida, não foram criadas condições suficientes, nos diferentes níveis, através da implementação de mecanismos, normas e instrumentos para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde e a sua efectiva monitorização.

¹⁵ Relatório de síntese auditorias - preenchimento processos clínicos, Julho de 2016. Costa, M; Varela, I

¹⁶ Estudo de satisfação dos utentes e dos colaboradores dos centros de saúde, MS Novembro de 2015-

¹⁷ Avaliação da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes com os serviços dos hospitais centrais e regionais - 2016

GANHO 2. MELHOR QUALIDADE DE SAÚDE DA POPULAÇÃO TRADUZIDA POR NÍVEIS MAIS BAIXOS DE MORTALIDADE E DE MORBILIDADE EM GERAL

Esperança de vida e mortalidade

A esperança de vida da população cabo-verdiana evoluiu desde 2000 de 70,8 anos para 74,5 anos em 2010. Segundo INE, em 2015 foi estimada em 75,7 anos, sendo mais elevada nas mulheres (79,9 anos) do que nos homens (71,5 anos).¹⁸ A esperança de vida saudável estimada pela OMS para Cabo Verde situa-se em 64,4 anos (2015).¹⁹

A tabela 3, a seguir, ilustra a tendência na redução das taxas de mortalidade entre 2010 e 2015 sendo de assinalar que, em 2015, a taxa de mortalidade infantil (15 por mil NV) alcançou a meta proposta no PNDS enquanto a de mortalidade perinatal (18 por mil NV) a ultrapassou (20 por mil NV em 2016). Os esforços feitos pelo Governo através do MS para a monitorização dos ODM para a saúde, terão tido impacto nestes resultados alcançados. Incluem-se entre outras, medidas como a formação especializada de técnicos, dotação em equipamentos e medicamentos e auditorias às mortes perinatais e maternas.

Tabelanº 3 – Evolução das taxas de mortalidade entre 2010 e 2015 – Cabo Verde

Taxas	2010	2012	2014	2015
Mortalidade infantil *	22,9	22,3	20,3	15,3
Mortalidade Perinatal *	26,5	27,9	26,0	17,9
Mortalidade de menores de 5 A*	26,3	26,3	22,5	17,5
Mortalidade Geral **	4,8	5,2	4,9	5,2

*por mil NV

**por mil habitantes

Fonte: Relatório estatístico 2014/2015

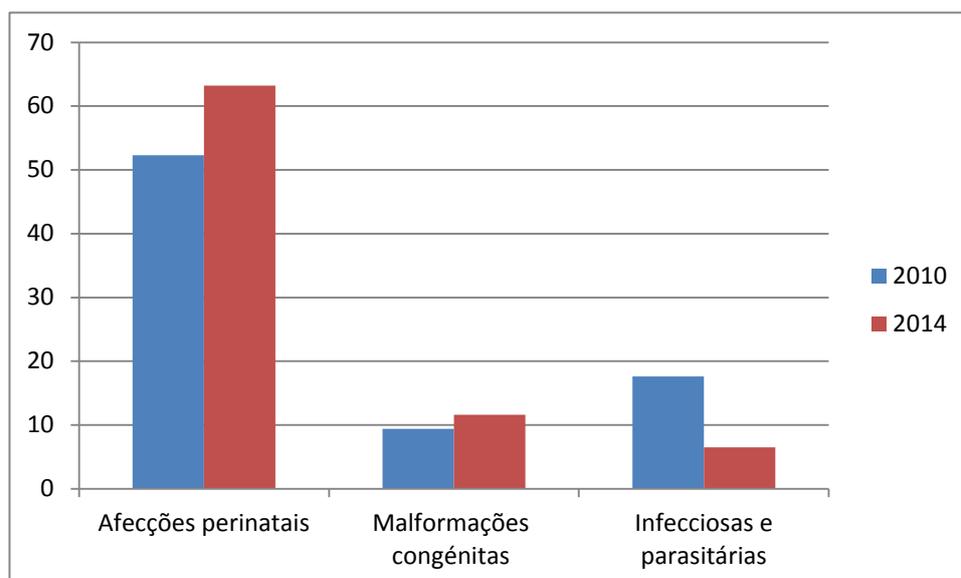
Em 2010, a proporção das mortes neo-natais precoces em relação às mortes nos menores de um ano, foi de 49% tendo chegado a pouco mais de 60% em 2011 e 2013. Este peso reduziu-se, em 2014 e 2015, para 53%.

No gráfico a seguir encontra-se a evolução das principais causas de mortalidade nos menores de um ano.

¹⁸ INE – Anuário estatístico 2015

¹⁹ World Health Statistics 2016 – Monitoring health for the SDG's

Figura nº 1 - Principais causas de mortalidade infantil – Cabo Verde evolução entre 2010 e 2014



Fonte: Relatórios estatísticos 2010, 2014, MS

Mortalidade de menores de um ano por causas evitáveis

As mortes em menores de um ano por causas evitáveis encontram-se analisadas apenas no relatório estatístico de 2013, ano em que ocorreram 166 mortes por estas causas num total de 226 óbitos em menores de um ano (73%).

As principais causas de morte nos menores de cinco anos, seguem a mesma tendência verificada para os menores de um ano.

Mortalidade materna

As mortes maternas mantêm o espectro habitual, com oscilação anual, não se tendo conseguido alcançar a meta de manter menos de 2 de mortes obstétricas directas/ano.

Tabela nº 4 – Mortalidade materna: mortes obstétricas directas, 2010-2015

Mortes maternas	Ano Base 2010/2011	2012	2013	2014	2015
Nº mortes obstétricas directas	5	1	4	1	5
Taxa por cem mil NV	49,1	9,6	37,9	9,4	47,0

Fonte: Relatórios estatísticos MS 2010-2015

Mortalidade por doenças transmissíveis prioritárias

Houve uma tendência decrescente da mortalidade por tuberculose, que se manteve dentro da meta proposta no PNDS de menos de 5 por cem mil. A mortalidade por SIDA não teve a mesma tendência, longe da meta do PNDS de 6 por cem mil em 2016.

.Tabela nº 5 - Mortalidade por Tuberculose, SIDA e Paludismo (taxas por cem mil)

Ano	Base 2010/2011	2012	2013	2014	2015	2016
VIH/SIDA	15,2	15,6	16,4	14,5	14,7*	ND
Tuberculose	5,0	ND	2,9	1,2	2,1*	ND
Paludismo	0,2	0,2	0,0	0,2	0,0*	ND

Fonte: Relatórios Estatísticos MS, 2010-2014. *Relatório Estatístico 2015 dados provisórios

Principais causas de morte na população em geral

As doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos ou neoplasias, sobressaem como as duas primeiras causas de morte, na população em geral, desde 2010. A tabela 6 a seguir, apresenta a tendência para o número de óbitos e taxas de mortalidade para estas duas afecções assim como para as causas externas. Esperava-se redução das taxas mortalidade por cem mil, em 2016, para as DCV (123 e 130 respectivamente para homem e mulher) e para as causas externas (40 e 5 respectivamente para homem e mulher).

Tabela nº 6 – Nº e TM por cem mil por D. aparelho circulatório (DAC), Tumores malignos e Causas externas segundo género - Cabo Verde (2010, 2012, 2014 e 2015)

Anos	2010		2012		2014		2015 *	
Causas	Nº Óbitos	Taxa						
D. A. C.								
Mulher	326	131,3	385	151,2	326	125,5	410	156,3
Homem	274	112,6	306	121,7	366	141,5	369	139,0
Tumores M								
Mulher	146	58,8	183	71,9	186	71,6	155	59,1
Homem	157	64,5	202	80,4	193	74,6	193	73,5
C. Externas*								
Mulher	7	2,8	27	10,6	28	10,8	17	6,5
Homem	89	36,5	111	44,1	115	44,4	117	44,1

Fonte: Relatórios Estatísticos MS 2010, 2012 e 2014. Relatório Estatístico 2015 dados provisórios.

*Estas taxas não estão apresentadas nos relatórios estatísticos do MS

Reduzir a mortalidade prematura pelas Doenças não Transmissíveis constitui uma meta identificada para seguir o alcance dos próximos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável. As informações

apresentadas nos relatórios estatísticos anuais do MS não permitem ainda estabelecer uma tendência para as mortes prematuras causadas pelas Doenças não Transmissíveis.

Evolução da Morbilidade

Algumas doenças transmissíveis prioritárias foram objecto de uma atenção particular, no quadro da implementação do PNDS 2012-2016, dando continuidade à execução de actividades de promoção da saúde, de vigilância, prevenção e controlo.

Tratando-se de doenças sob vigilância encontram-se disponíveis e a tempo um conjunto de dados que permitem seguir a evolução das mesmas através de indicadores internacionalmente recomendados (OMS).

Tabela nº 7 - Incidência por cem mil (Tuberculose, SIDA e Paludismo) – Cabo Verde 2010/2016

Ano	Base 2010/2011	2012	2013	2014	2015*	2016
VIH/SIDA	65,7	69,4	87,3	100,0	63,3	ND
Tuberculose	74,6	...	55,0	51,0	47,0	ND
Paludismo	9,6	7,1	9,0	8,9	5,1	ND

Fonte: Relatório estatístico MS 2013/2014. Relatório estatístico 2015 dados provisórios

As taxas de incidência do Paludismo e da Lepra mantiveram-se ao nível da eliminação como esperado. A incidência da Lepra variou entre 0,2 e 0,1 por dez mil habitantes entre 2013 e 2015 e a do Paludismo entre 9,0 e 5,1 por cem mil habitantes no mesmo período. Em 2016, assinala-se aumento da taxa de incidência do Paludismo (14, 1 por cem mil) mas ainda dentro do nível esperado de eliminação (menos de 1 caso por mil). Não foi cumprida a meta de manter em zero a partir, de 2015, o número de casos autóctones de paludismo (47 em 2016).

Cabo Verde foi declarado livre do Poliovírus em Novembro de 2016, em declaração da Comissão Regional de Certificação para África, após a submissão da Documentação Nacional comprovando o cumprimento das directivas do Plano Global para a Erradicação da Poliomielite – Fase final 2013-2018. Apenas a introdução da vacina Pólio injectável foi adiada para 2017, por razões relacionadas com a pouca disponibilidade deste produto, a nível mundial.

A Tuberculose apresenta no período 2012-2016, declínio das taxas de incidência, de prevalência e de mortalidade comparativamente ao quinquénio anterior.

Não há suficiente informação quanto à prevalência da infecção VIH e que se propunha reduzir de 0,8% em 2005 para menos de 0,5% em 2016.²⁰ No entanto os dados disponíveis indicam uma epidemia concentrada em grupos de risco (trabalhadores de sexo (3,9%), homens que fazem sexo com homens (15%) e usuários de drogas (7,7%). A transmissão vertical do VIH/SIDA situou-se abaixo de 1% conforme a meta proposta (0,02% em 2016).

²⁰Dependente da realização do IDRS III que foi adiado para 2017

As informações sobre as doenças crónicas não transmissíveis mais frequentes estão disponíveis e são analisadas a nível dos Hospitais, Centros de Saúde e Delegacias de Saúde que utilizam, para esse efeito, instrumentos de recolha de dados não padronizados. A nível central, o sistema de informação sanitária ainda não estabeleceu nem sistematizou informações pertinentes e indicadores de seguimento para estas situações. Foi elaborado, em 2014, um Plano Multissetorial de prevenção e controlo de DNT cujo grau de implementação não foi possível determinar.

A prevalência dos factores de risco para as doenças não transmissíveis foi estudada em 2007, não tendo sido realizado um segundo estudo como previsto, no período do PNDS. Exceptua-se um inquério de âmbito nacional sobre prevalência do consumo de substâncias psicoactivas, entre as quais álcool e tabaco, na população dos 15 aos 64 anos, que mostrou taxas de prevalência de 63% e 12,8% respectivamente, para o consumo destas duas substâncias.

As componentes Saúde Oral, Saúde Ocular, Saúde Mental e Promoção da Nutrição, prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais não dispõem de informações que indiquem o nível de prevalência das afecções e problemas mais frequentes.

Conclusões

O estado de saúde da população cabo-verdiana apresenta indicadores que traduzem uma evolução positiva da mortalidade geral, infantil e materna assim como da mortalidade e da morbilidade para algumas doenças transmissíveis prioritárias.

O peso crescente das doenças crónicas não transmissíveis deve merecer uma atenção prioritária no desenvolvimento dos próximos PNDS, através de estratégias e programas integrados e a adequação e uniformização dos mecanismos de recolha e análise dos dados a nível do Sistema Integrado de Informação Sanitária e da Vigilância Integrada das Doenças e Resposta para permitir seguir, de forma mais completa, o impacto das medidas implementadas.

Há que também desenvolver uma atenção específica para outras doenças transmissíveis que podem ter um peso importante na morbilidade, algumas sob vigilância mas para as quais não existe um processo de monitorização e seguimento apropriado permitindo atender à meta 3.3 proposta para os Objectivos do Desenvolvimento Sustentável para a saúde: *“eliminar as epidemias de HIV, TB, malária e DNT e combater as hepatites, doenças transmitidas por água e outras doenças transmissíveis”*.

GANHO 3: REDUÇÃO DOS RISCOS DE OCORRÊNCIA DE EPIDEMIAS

A metodologia utilizada nesta avaliação não permite concluir sobre a redução dos riscos de ocorrência de epidemias, com a implementação do PNDS.

Desde 2000, ano em que ocorreu uma epidemia de Poliomielite, há a registar em 2009 a epidemia de Dengue com milhares de pessoas atingidas e, em 2014, a epidemia pelo vírus Zika. Outros pequenos surtos de viroses, de etiologia a esclarecer, terão também ocorrido, para além dos que já são periódicos e mais fáceis de diagnosticar como por exemplo os surtos da varicela.

A ocorrência da epidemia de Zika, deve servir como reflexão e como apoio para uma avaliação, *a posteriori*, se os riscos terão sido suficientemente avaliados e controlados, atendendo a que uma das formas de transmissão deste vírus está relacionada com o mosquito *Aedes aegypti* que é também o vector responsável pela transmissão da Dengue.

Apesar disso e em sentido positivo, existem evidências de que o reforço do sistema de alerta rápido para a detecção precoce da Dengue, no período entre Junho e Julho de 2015, na sequência de dados veiculados pela UNIPIAGET sobre a existência de mosquitos *Aedes aegypti* infectados pelos serotipos 2 e 4 da Dengue, terá contribuído para alertar para a ocorrência de casos com quadro clínico caracterizado por “rash cutâneo e prurido” no HAN em Outubro do mesmo ano, tendo-se conseguido a confirmação laboratorial do vírus Zika, com apoio do Instituto Pasteur de Dakar, menos de um mês após a notificação dos primeiros casos suspeitos²¹

Neste domínio uma das estratégias principais do PNDS preconizava:

Reforço do controle das doenças endémicas e da vigilância epidemiológica: actualização das estratégias dos programas de saúde pública; revisão e publicação do sistema de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta; desenvolvimento da rede nacional de laboratórios; elaboração do plano de acção para a implementação do Regulamento Sanitário Internacional 2005.

Actualização de estratégias e revisão do SIVD-R

Foram actualizadas as estratégias para as doenças transmissíveis prioritárias (VIH/SIDA, Pré-eliminação do Paludismo, luta contra a Tuberculose).

Devido ao risco de importação do vírus Ébola, foi elaborado em 2014 um plano de preparação e resposta e ainda, no quadro do processo global de erradicação da Poliomielite, um plano nacional de preparação e resposta a uma epidemia de Poliomielite, actualizado em Outubro de 2016.

Não houve actualização do Plano nacional de luta contra epidemias nem do Plano de contingência para a prevenção e controlo da Dengue.

Também não foram realizadas reformas a nível do Sistema de Vigilância Integrada das Doenças e Resposta, que manteve a mesma estrutura, com recursos insuficientes, humanos, técnicos e financeiros.

A vigilância epidemiológica das doenças de declaração obrigatória apresentou melhoria dos indicadores de desempenho, com taxas de notificação completa e a tempo de 100% em 2015/2016, como esperado.

Desenvolvimento da Rede Nacional de Laboratórios

As metas para criar e operacionalizar um Laboratório de Saúde Pública e definir uma nova Rede Nacional de Laboratórios, cujo regulamento de criação data de 2003, não foram cumpridas. Até fim de 2016 foi apenas aprovado o projecto de infra-estruturação do Laboratório de Saúde Pública e mobilizados recursos financeiros para a sua construção.

De assinalar contudo que foi reforçada a capacidade para a detecção precoce e o diagnóstico de eventuais surtos de algumas viroses, com a instalação de um laboratório de virologia e recursos humanos capacitados nesta área.

²¹ Evolução da epidemia de Zika em Cabo Verde, 2015-2016, encontro de trabalho do MSSS, Agosto 2016, Dra. Maria de Lourdes Monteiro, Epidemiologista (www.minsaude.gov.cv)

Foram também mobilizados recursos para a instalação de um laboratório de entomologia incluindo a afectação de profissionais da área.

Além do controlo de qualidade externo que a OMS exerce sobre a parte bacteriológica dos laboratórios dos hospitais centrais, o controlo de qualidade dos laboratórios é praticamente inexistente exceptuando o que garante o Laboratório ELISA quanto à realização dos testes de diagnóstico do VIH realizados pelos Centros de Saúde.

Regulamento Sanitário Internacional (2005)

Enquanto norma internacional, acordada pelos Estados Membros da OMS no sentido de juntos trabalharem para a segurança sanitária mundial, o RSI (2005) compreende o compromisso dos países a desenvolver as suas capacidades de detecção, avaliação e notificação de eventos de saúde pública e estabelece medidas específicas que os mesmos devem adoptar nos portos, aeroportos e outras fronteiras (terrestres) para limitar a propagação dos riscos sanitários.

Em 2015 Cabo Verde solicitou apoio da OMS para uma avaliação das capacidades essenciais, no âmbito do RSI assim como para a elaboração de uma proposta de Plano de reforço das capacidades para aplicação das disposições do RSI em Cabo Verde. Este Plano, validado em Março de 2016, aguarda aprovação oficial para a respectiva implementação.

Conclusões:

Serão aspectos a ter em conta no futuro:

- Desenvolvimento de capacidades para a avaliação periódica dos riscos;
- Actualização periódica das normas técnicas;
- Regulamentação dos diferentes órgãos da gestão do RSI;
- Elaboração de Planos de urgência para diferentes sectores;
- Reforço em recursos, quer humanos quer financeiros;
- Actualização/elaboração de planos de contingência;
- Construção e operacionalização do Laboratório de Saúde Pública.

GANHO 4: POPULAÇÃO MAIS INFORMADA SOBRE OS DETERMINANTES DA SAÚDE E MAIS PARTICIPATIVA NA RESOLUÇÃO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE

Principais Estratégias para esta abordagem:

Promoção de medidas de protecção individual e colectiva: revisão da estratégia nacional de promoção da saúde incluindo o reforço da acção intersectorial.

Reforço da inclusão da acção sobre os determinantes sociais da saúde e questões do género nas políticas públicas nacionais: realização de um atelier nacional sobre os determinantes sociais da saúde e elaboração da respectiva estratégia visando a sua devida integração nas políticas públicas

No decurso da implementação do PNDS 2012-2016, o Ministério da Saúde procurou, através de várias abordagens, levar às populações informações sobre factores de risco para a saúde em geral e as formas de prevenção. Estas abordagens visaram quase sempre a comemoração, em cada ano, de efemérides dedicadas à saúde. Assim, actividades foram realizadas regularmente e quase sempre em articulação com parceiros nacionais (sociedade civil organizada, Câmaras Municipais, e outros sectores como a Educação, o Ambiente, Água, etc).

A Promoção da Saúde, veiculada através de uma estratégia delineada e de carácter multisectorial não ressalta dos resultados apresentados.

Existe a “percepção” de que a população hoje está mais informada e participante para resolver os problemas de saúde. Alguns estudos realizados, nesta área, no decurso deste PNDS datam de 2012-2013 nomeadamente o APIS 2012, estudo CAP sobre o Paludismo 2013 e ainda o inquérito às práticas parentais junto das crianças menores de seis, também de 2013. O primeiro, mostrou que 90,8% e 88% respectivamente, das mulheres e dos homens inquiridos conhecem as formas de transmissão e de prevenção do VIH/SIDA. O estudo sobre o conhecimento dos inquiridos relativamente à transmissão, prevenção e manifestação do paludismo, simultaneamente, indicou que 64,9% do sexo feminino e 61% do sexo masculino, têm conhecimento completo.

O inquérito sobre as práticas parentais acima referido, apresenta no relatório (ainda preliminar) que cerca de um quarto de mães inquiridas não mencionam sais de rehidratação para a diarreia, 76% não pensa em dar de beber às crianças com febre e a amamentação exclusiva até aos seis meses foi de 30%.

O estudo sobre prevalência do consumo de substâncias psico-activas de 2013, realizado pela CCCD também indica, através da prevalência do consumo do álcool no grupo dos 15-64 anos (63,5%) e do tabaco (12,5%) que há ainda muito a fazer no que respeita à adopção de práticas mais saudáveis.

De forma indirecta, o IDRF 2015 mostra que as bebidas alcoólicas ocupam um lugar próximo dos da saúde e da educação, no conjunto das despesas anuais das famílias (embora com ligeira redução relativamente a 2001-2002). Com efeito 1,4% dessas despesas destinam-se às bebidas alcoólicas, 2,7% à saúde e 2,2% à educação.

Conclusões

Uma população mais informada e capaz de gerir os riscos para a saúde, em correlação com os determinantes da saúde, terá uma contribuição mais efectiva para a concretização das várias metas que são as propostas nos ODS para “assegurar vidas saudáveis e promover bem-estar a todos em todas as idades”.

O IDSR III, que normalmente tem um módulo específico sobre a área dos conhecimentos e comportamentos e que deveria ser realizado no decorrer deste período, foi protelado para 2017.

Terá faltado alguma competência técnica no sector da saúde para esta problemática, constatando-se a pouca coordenação e articulação multisectorial, indissociáveis do objectivo de inclusão da promoção da saúde nas políticas públicas de desenvolvimento.

GANHO 5: PARCERIAS A FAVOR DA SAÚDE MAIS REFORÇADAS

Principal estratégia

Mobilização e coordenação das parcerias internas e externas para o aumento dos recursos como forma de apoiar a implementação do PNDS: divulgação do PNDS junto dos parceiros nacionais e internacionais da saúde; estabelecimento do sistema de coordenação e seguimento do PNDS

Cabo Verde aderiu ao Pacto Global da Parceria Internacional para a Saúde (IHP+) em Maio de 2012, com o objectivo de definir um ambiente favorável de parcerias para a saúde com o alinhamento das intervenções dos parceiros nacionais e da cooperação técnica e financeira, com as prioridades definidas no PNDS 2012-2016. O Pacto Nacional de Saúde foi elaborado e assinado em fevereiro de 2014, com principal objectivo o de melhorar a previsibilidade da assistência técnica e financeira à implementação do PNDS, a gestão baseada em resultados e da prestação mútua de contas entre os parceiros signatários do pacto.

Não foi contudo possível concluir a implementação de um mecanismo de coordenação para fazer fluir o processo de parceria então criado, como se pode deduzir de algumas conclusões apresentadas no relatório da monitorização IHP+ 2016, realizada para Cabo Verde.²²

Em relação ao compromisso de criar um ambiente propício para que as Organizações da Sociedade Civil e o Sector Privado participem na cooperação para o desenvolvimento do sector da saúde conclui-se que *“o ambiente em que se desenvolvem as políticas públicas para a saúde não propicia o efectivo envolvimento e participação das OSC que quando chamadas, isso acontece na fase final do processo de planificação”* e *“a situação ainda é menos favorável para o sector privado”*²³.

Sobre o alinhamento do apoio dos parceiros de desenvolvimento, o mesmo relatório mostra que 100% dos PDs participantes confirmam que alinham o apoio à Estratégia Nacional (ou Subnacional/sectorial) do Sector de Saúde. Contudo, em relação à implementação, a monitorização IHP+ 2016, indica que *“de uma maneira geral a implementação do PNDS é feita exclusivamente pelo MS sem o envolvimento das OSC e o sector privado”* e *“a avaliação conjunta global do PNDS e do Pacto Nacional de Saúde não se realizou nos moldes pré-estabelecidos”*.

Alguns parceiros, entrevistados durante a avaliação a meio percurso do PNDS 2012-2016 identificam, como espaços de diálogo e concertação com o setor saúde, as reuniões do Conselho Nacional de Saúde, os vários encontros realizados sobre temas relacionados à saúde e ainda a participação em algumas comissões da área da saúde.

A assinatura de protocolos também constitui uma plataforma utilizada embora se tenha constatado, na avaliação dos programas prioritários, um número muito pequeno de protocolos institucionalizados.

A parceria publico-privada não teve desenvolvimentos durante o período do PNDS 2012-2016.

²²Ciclo de Monitorização IHP+Cabo Verde, 2016

III - ANÁLISE DAS BASES DE SUSTENTAÇÃO PARA A OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA E COBERTURA UNIVERSAL

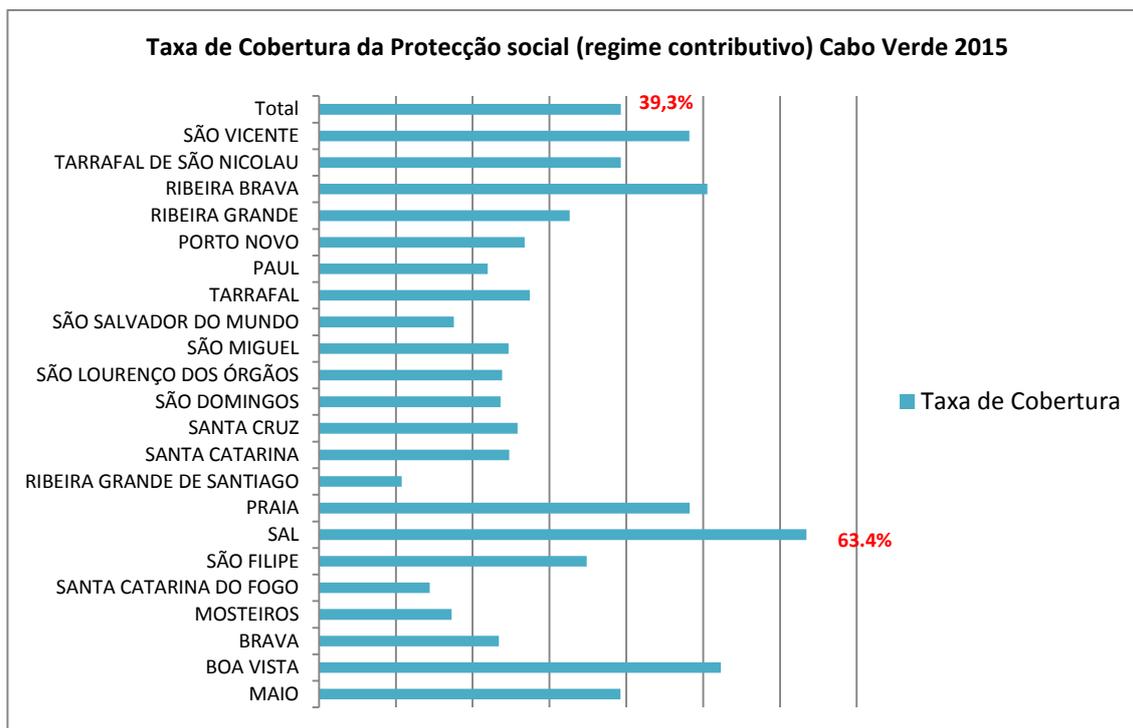
O PNDS propôs-se alcançar a sustentabilidade do desenvolvimento do sector saúde com as seguintes principais estratégias

Afectação de maiores recursos financeiros ao sector saúde e sua melhor utilização: definição de uma estratégia nacional de financiamento da saúde; revisão e seguimento do Quadro das Despesas de Saúde a Médio Prazo; adopção e seguimento de normas de gestão racional dos serviços e recursos, com base em critérios claros de eficácia e eficiência na utilização dos fundos públicos

Tendo em vista contribuir para o desenvolvimento de uma política de cobertura universal dos cuidados de saúde, foi validada em 2015 uma estratégia de financiamento para a saúde, sustentada por um estudo sobre as estratégias de financiamento do sector saúde cabo-verdiano (Jimenez 2013). Apesar de finalizada, a estratégia não foi implementada.

O alargamento da base de cobertura da protecção social da população que se propunha passar de 37% a 50% não foi possível alcançar neste período, tendo chegado a 39,3% constatando-se que, em 13/22 concelhos, a taxa de cobertura é inferior a 30%.

Figura nº 2 – Protecção Social (INPS) por ilha e Cabo Verde



Fonte INPS 2015

Apesar desta desigualdade entre os concelhos, segundo o estudo sobre estratégias de financiamento do sector, o sistema cabo-verdiano fornece uma boa protecção financeira à população para o risco de despesas catastróficas tendo em conta a percentagem das despesas directas dos utentes (23%) comparativamente a outros contextos sócio económicos (Jimenez 2013). Não existe suficiente evidência

relativamente a eventuais barreiras financeiras ao acesso aos cuidados de saúde, através da aplicação das taxas moderadoras e da tabela de cuidados de saúde.

Vários constrangimentos foram identificados em relação à implementação de medidas para reverter mais fundos ao Ministério da Saúde a partir das contribuições do INPS e outras seguradoras. A falta de uma contabilidade analítica, apenas introduzida no Hospital Agostinho Neto (embora com limitações), foi um dos obstáculos identificados. Fontes alternativas de financiamento foram identificadas mas sem resultados concretos da contribuição neste período.²⁴

Ainda não se encontram reunidas todas as condições para a elaboração, regular, das Contas da Saúde não sendo possível, por isso, apresentar alguns resultados esperados como por exemplo “aumentar as despesas de saúde financiadas com recursos externos”.

Foi adoptado o Quadro de Despesas a Médio Prazo, como instrumento para a gestão dos programas de saúde prioritários, embora a lógica de planificação pretendida não tenha conseguido eliminar problemas na afectação dos recursos (muito pouco para a área da Promoção da Saúde, grande desequilíbrio nos recursos afectos aos hospitais e serviços de cuidados primários em prejuízo destes últimos, desperdícios por má gestão dos stocks e fraco controlo das normas/protocolos entre outros).

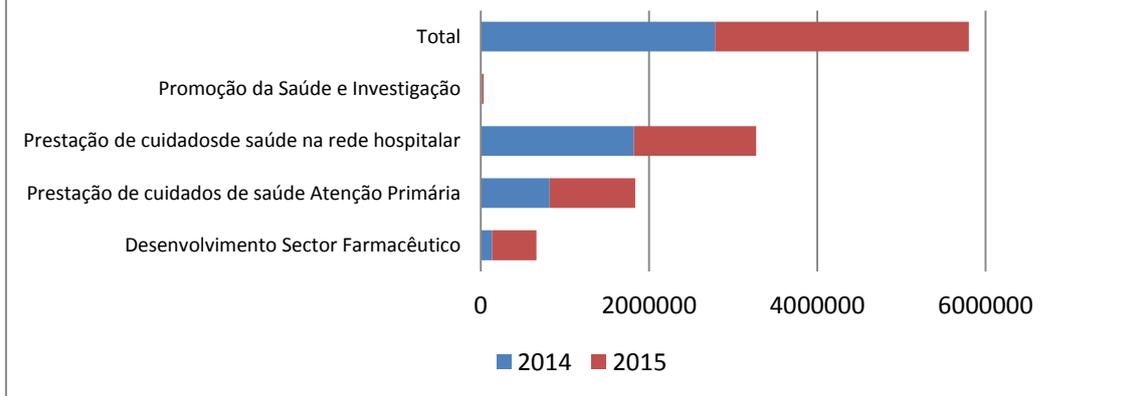
A meta visando aumento dos fundos do Tesouro para o MS para cima de 10%, foi alcançada em 2014 e 2015 (10,78% e 10,28% respectivamente) ficando a dúvida se esta tendência será mantida ou aumentada.

Há um maior rigor das contas públicas (utilização do SIGOF e bancarização de todos os serviços até ao nível dos CS) Esta bancarização, associada à implementação em todos os Centros de Saúde da **metodologia de trabalho “Harvard”** vai ao encontro do que preconiza a cobertura universal: um sistema de financiamento reforçado para garantir maior transparência, melhor utilização dos fundos, com repartição dos mesmos de acordo com as prioridades e necessidades. A monitorização e seguimento, processos ainda com insuficiências a todos os níveis, no Ministério da Saúde, deverão ser reforçados para garantir que os resultados sejam alcançados.

Apesar das melhorias acima, não foi evidente que a alocação de recursos para a implementação das actividades dos programas prioritários esteja seguindo uma lógica bem definida de planificação, com a inclusão de todos os programas no processo. A distribuição do orçamento de funcionamento por programas (finalísticos), para 2014 e 2015, mostra o peso da prestação de cuidados na rede hospitalar (44% em 2015) e o aumento importante de fundos para o sector farmacêutico de 4% para 17% sendo insignificante a alocação para a área da Promoção da Saúde e a Investigação.

²⁴Fundo do Turismo poderá financiar a construção do CS de Sal

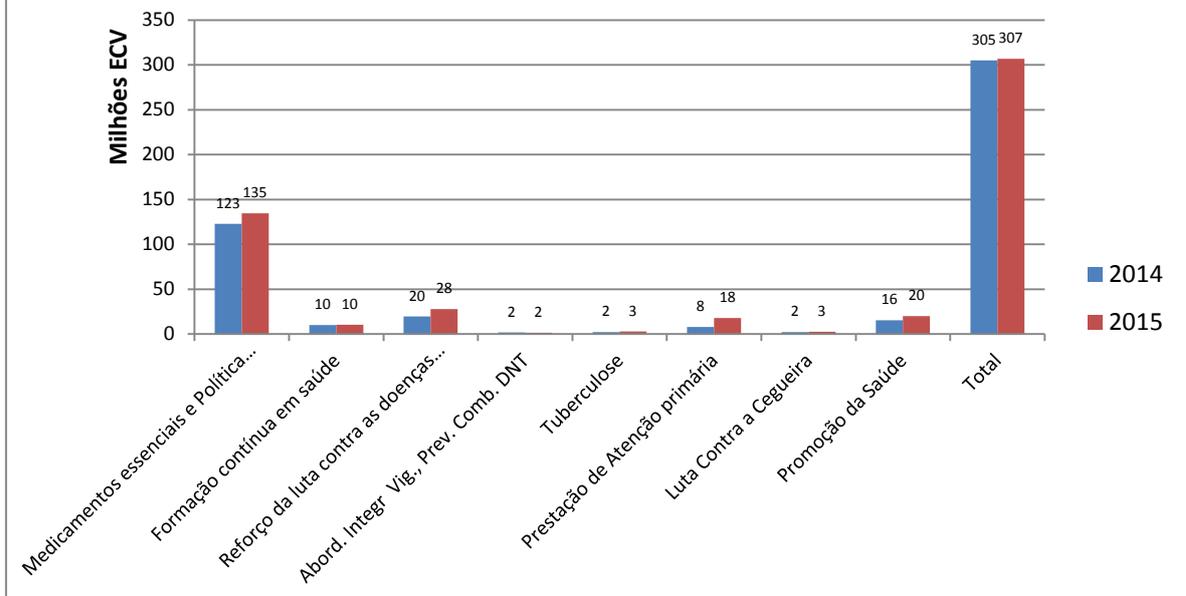
Figura nº 3 - Distribuição do orçamento de funcionamento do MS por programas (finalísticos) 2014 e 2015



Fonte: Relatório DGPOG 2015

Relativamente aos orçamentos de investimentos, para 2014 e 2015 verifica-se que, num total de respectivamente, 305.072.091 e 306.811.995 escudos, os Medicamentos Essenciais e Política Farmacêutica executaram entre 40% e 44% nesses dois anos. Globalmente, os programas ditos finalísticos e assinalados na figura 3 executaram entre 59,8% e 71% deste orçamento. Os programas com maior evolução entre 2014 e 2015 foram a Prestação da Atenção Primária (mais 100%), o Reforço da Luta contra as doenças prioritárias (mais 42%) e a Promoção da Saúde (mais 30%).

Figura nº 4 - Orçamento de investimentos executado/cabimentado (programas finalísticos)



Fonte: Relatórios de actividades DGPOG/MS 2014 e 2015

MEDICAMENTOS E COBERTURA UNIVERSAL

A oferta de medicamentos de qualidade e eficazes, a preços mais baratos assim como o uso racional são requisitos que podem contribuir para melhorar a eficiência do sector da saúde, no sentido da cobertura universal.

O PNDS 2012-2016 propôs-se disponibilizar medicamentos essenciais e outros produtos farmacêuticos em toda a pirâmide sanitária, incluindo materiais de compensação e dispositivos e tecnologias para pessoas com deficiência.

Estratégia

Disponibilidade assegurada de medicamentos essenciais e produtos farmacêuticos em resposta aos problemas: publicação da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais; definição de uma política de genéricos; definição e seguimento dos indicadores de acesso; revisão/publicação da legislação que regulamenta a cobertura geográfica das farmácias; definição das normas e boas práticas sobre a qualidade dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos

A Política Farmacêutica Nacional foi elaborada em 2003 devendo ser revista o que não foi cumprido faltando por isso um quadro, actualizado, para orientação do sector.

A Lista de Medicamentos Essenciais foi aprovada e publicada tardiamente (2016) não tendo sido contudo adoptada, com a substituição do Governo após as eleições legislativas de Março de 2016. Devido a estes atrasos, a disponibilidade em medicamentos segue as necessidades expressas em anos anteriores e constantes na Lista Nacional de Medicamentos actualizada periodicamente.

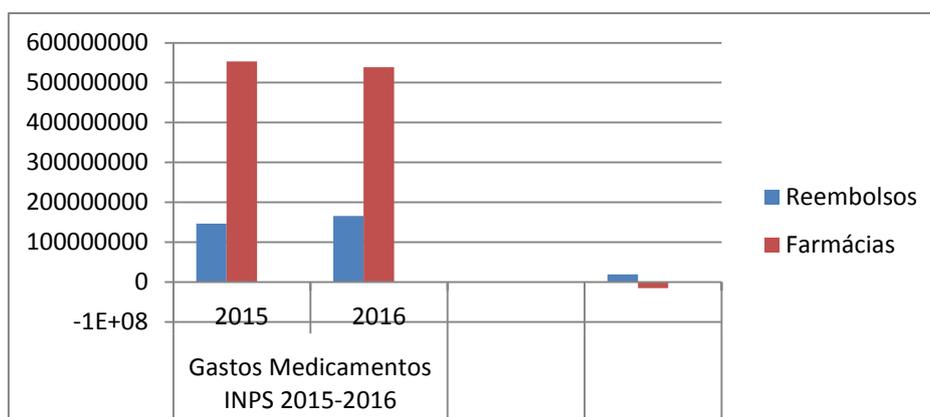
A disponibilidade permanente dos medicamentos insere-se num contexto complexo em que devem ser equacionados vários elementos: a cabimentação anual para os medicamentos no orçamento do MS, as dívidas acumuladas pelos diferentes serviços do MS junto da empresa importadora, EMPROFAC, e do nível dos investimentos na própria EMPROFAC.

Há relatos de rupturas em várias estruturas de saúde, com carácter pontual não estando claramente identificadas as causas (se resultante do problema das dívidas dos serviços o que afecta a compra ou se em resultado da falta no mercado por problemas de aprovisionamento do mercado pela EMPROFAC).

A política de medicamentos genéricos não foi implementada, durante o período deste PNDS. A importação destes, varia anualmente em função do stock ainda existente. A falta de uma política faz com que a introdução no mercado dependa das opções do sector privado, uma vez que o sector público é sempre abastecido com genéricos. Medidas tendentes a informar, quer os profissionais quer a população, consideram-se dever acompanhar a implementação de uma política sobre genéricos assim como uma regulamentação sobre níveis diferentes de comparticipação nos medicamentos, pelo INPS, em função do preço dos mesmos.

A taxa de penetração dos genéricos, no mercado, tem oscilado entre os 36% e os 42% ficando por determinar o grau de utilização nas prescrições médicas e o respectivo impacto nas facturações. Os gastos nas prestações medicamentosas do INPS, entre 2015 e 2016, mostram redução das despesas no pagamento às farmácias (menos 14.800 contos) e aumento do reembolso aos beneficiários (mais 19.400 contos).

Figura nº 5 – Despesas do INPS – Medicamentos 2015 e 2016 – Gastos e variação anual



Fonte: INPS

O sistema de informação para a gestão dos medicamentos não se evidencia operacional. O Sistema Integrado para a Monitorização do Mercado Farmacêutico (SIMFAR) sob a responsabilidade da ARFA, suposto abranger também as vertentes stock, qualidade e segurança, apresenta problemas na sua funcionalidade. O *software* CHANNEL, desenvolvido pela UNFPA e em aplicação pela Direcção Geral de Farmácia para a gestão do stock nas farmácias públicas não teve o desenvolvimento esperado.

NOVAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

Principal Estratégia

Incorporação de novas tecnologias de saúde: definição e publicação das listas essenciais de tecnologias de saúde por níveis da rede, incluindo a capacidade de manutenção de equipamentos biomédicos; definição e divulgação de indicadores de seguimento do acesso às tecnologias de saúde; promoção e disponibilidade de tecnologias de apoio e ajudas técnicas para pessoas com deficiência; definição de uma estratégia nacional sobre a tele saúde/telemedicina

Obter o máximo rendimento das tecnologias constitui uma forma de reduzir as ineficiências dos serviços de saúde na mira da cobertura universal.²⁵

Das linhas definidas na estratégia para incorporação de novas tecnologias, a implementação do PNDS apenas contribuiu para o reforço da Telesaúde/Telemedicina com a criação de um Serviço de Telemedicina, integrado na Direcção Nacional de Saúde muito embora não se tenha avançado para a definição de uma estratégia específica.

Foram introduzidas tecnologias de alta complexidade como TAC, Mamógrafo, Equipamentos de Diálise e ainda aparelhos de RX e de ecografia. Contudo, estão evidenciados períodos de não utilização de algumas destas tecnologias, seja por avaria seja por falta de profissionais com formação específica. Estes

²⁵ OMS, Relatório Mundial da Saúde, Financiamento dos Sistemas de Saúde, o caminho para a cobertura universal

constrangimentos são relacionados, por vários actores, à ausência de uma estratégia específica nesta área.

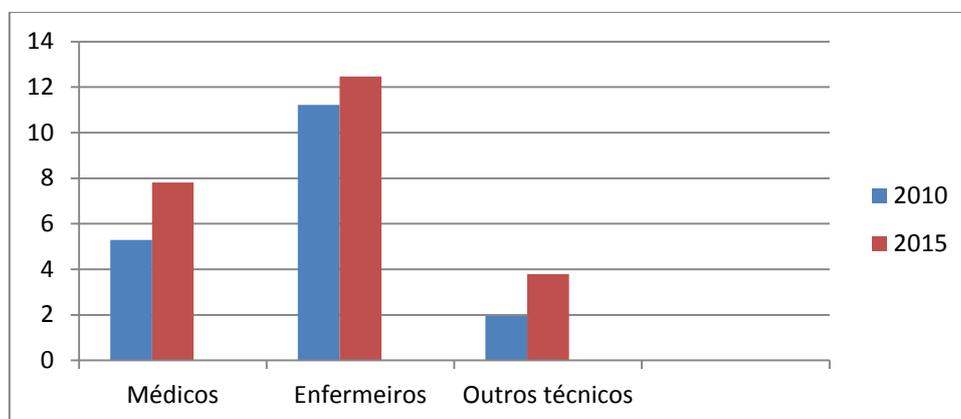
RECURSOS HUMANOS E COBERTURA UNIVERSAL

Os RH constituem componente importante na oferta de serviços de saúde com qualidade e nessa óptica o PNDS propôs-se:

Contribuir para desenvolver os recursos humanos para uma resposta de qualidade, incluindo em direitos humanos, abordagem de questões relativas ao género, juventude e deficiência.

O perfil de formação e recrutamento dos RH não mudou substancialmente verificando-se um maior foco na especialização de médicos e no recrutamento de médicos e enfermeiros. Com efeito o rácio de médicos e enfermeiros evoluiu de forma positiva entre 2010 e 2015 – Figura nº 5.

Figura nº 6 – Rácio de médicos e enfermeiros por 10.000 – Cabo Verde 2010 e 2015



Fonte: Relatório actividades DGPOG 2015

O documento, *Definição dos PCES e revisão da tabela de cuidados em vigor, de 2016/Definição e Modelo de funcionamento dos PCES (Fase 1)* elaborado pela Antares Consulting em concertação com MS e OMS, considera que “de acordo com os dados da OMS, Cabo Verde tem uma média de médicos per capita superior à média africana e um índice similar de enfermeiros, no entanto muito inferior à média global dos países, em qualquer das categorias”

Todos os outros técnicos, evoluíram de 1,95 para 3,79 por 10.000, no mesmo período (2010-2015) apresentando-se na tabela nº 8 a seguir o rácio, em 2015, para cada categoria profissional deste grupo:

Tabela nº 8 Cabo Verde – Rácio de outros técnicos por categoria profissional por dez mil, 2015

Profissionais	Rácio por 10.000
Farmacêuticos	1,2
Fisioterapeutas	0,3
Nutricionistas	0,8

Psicólogos	0,6
Assistentes Sociais	0,2
Técnicos de Laboratório	1,3
Técnicos de Radiologia	0,6

Fonte: PCES /Recursos Humanos/MS

A distribuição equitativa ainda está por analisar e conseguir, tendo em vista obter os equilíbrios necessários entre recursos e população a servir. Segundo a análise elaborada no decurso do processo de definição dos PCES aos rácios de profissionais de várias áreas técnicas, regista-se uma assimetria relevante entre as diferentes ilhas do país sobressaindo a ilha de S. Vicente como a mais beneficiada²⁶.

Há a notar que o país iniciou a formação de base para médicos com a criação do primeiro Curso de Medicina da Universidade de Cabo Verde, em articulação com a Universidade de Coimbra/Portugal. Também estão criadas as condições para oferecer cursos em outras áreas da saúde e afins como farmácia, enfermagem, análises clínicas, psicologia, fisioterapia, saúde pública, gestão e economia da saúde entre outras.

Faltaram recursos financeiros para a implementação do PNEDRH 2015-2020, não se tendo cumprido várias metas que propunham formar/recrutar profissionais de várias áreas (Saúde pública, Saúde familiar, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, dentistas, além de outros).

Por isso, o cumprimento da meta, espelhada em várias componentes do programa de prestação de cuidados, de dispor nos Hospitais, nas Delegacias de Saúde e nos Centros de Saúde de especialistas ou de equipas multidisciplinares, ficou muito aquém do esperado.

Contudo foram mobilizados recursos para a especialização de médicos pelo que no período deste PNDS o país conta com mais 12 especialistas formados: Gineco/Obstetricia (4); Cirurgia e traumatologia Buco-Maxilo-Facial (2); Pediatria (2); Orto-Traumatologia (1); Medicina Familiar (1); Anestesiologia (1); Cardiologia (1) e oito ainda em formação: Gineco/Obsterícia (1,; Cirurgia (1); Urologia (2); Oncologia clínica (1); Traumatologia (2); Medicina Familiar (1).

A definição de equipas-tipo, apenas disponível para a atenção primária, deverá ser actualizada para adequação ao PCE em curso de implementação (2017) e deverá ser definida para os hospitais regionais e centrais, como era esperado.

Incentivos e avaliação de desempenho podem constituir motivações importantes para manter um quadro de profissionais competentes em áreas chave e assim garantir a melhoria e a qualidade das prestações de cuidados de saúde nos diferentes níveis de atenção (cobertura universal). Não foram encontradas evidências de um sistema claro de incentivos para os profissionais, além dos que já vinham sendo atribuídos do período anterior a este PNDS e de acções de formação para as diferentes

²⁶ Definição dos PCES - Antares Consulting, Políticas e Serviços de Saúde

categorias. Não estão ainda implementados mecanismos (actualizados) para a avaliação do desempenho.

Não há evidências de um enfoque da formação dos RH do MS em áreas como direitos humanos, juventude e deficiência apesar de um plano de formação contínua anualmente elaborado e implementado e que contemplou um número significativo de profissionais, sobretudo da área da administração central e local.

No domínio da Violência com Base no Género, o ICIEG promoveu, em parceria com o Ministério de Saúde a formação dos profissionais da saúde para uma melhor resposta neste domínio, em particular, sendo ainda de destacar a elaboração, com apoio da OMS, ONU Mulher e Escritório Comum, de um manual de procedimentos para serviços e profissionais da saúde sobre “Prevenção e atendimento às vítimas de VGB” faltando contudo o seguimento da implementação deste processo²⁷.

REDE DE INFRA-ESTRUTURAS E ACESSO

Constituíam objectivos do PNDS 2012-2016 a adequação da rede de estruturas de saúde segundo as normas estabelecidas na Carta Sanitária de Cabo Verde e pela incorporação de novas tecnologias.

Não houve revisão da Carta Sanitária de 1998, como estabelecido enquanto meta, pelo que o que foi concretizado nesta área teve por substrato outras normas estabelecidas mas não disponíveis.

A adequação das tecnologias não teve como suporte um plano de aquisições e de manutenção pelo que durante o período em apreço não foram evidentes melhorias dos problemas relativos à multiplicidade de marcas, muito fraca manutenção preventiva e avarias frequentes de equipamentos. Constatou-se ainda fraca competência técnica para o manejo de equipamentos mais sofisticados.

Não há uma avaliação específica para o período deste PNDS que comprove uma melhoria da rede de infra-estruturas pese embora o cumprimento parcial das metas propostas para a construção e reabilitação de algumas infra-estruturas. Destaca-se a construção da sede da Delegacia de Saúde de S. Vicente.

Perspectiva-se uma adequação e reorganização da rede de infra-estruturas com a implementação dos PCES, aprovados em finais de 2016.

LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO

Principal estratégia

Adaptação do quadro jurídico e regulamentar do sector saúde às mudanças previstas na reforma: definição de uma estratégia para o desenvolvimento do quadro institucional do Ministério da Saúde visando o reforço da função reguladora e de controlo e promovendo a transversalização do enfoque de género; revisão/adequação da legislação sobre a saúde incluindo a sua regulamentação; definição de um

²⁷ ICIEG

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

A adequação do quadro jurídico e regulamentar do sector da saúde, a elaboração de definições de funções e normas de funcionamento dos serviços, o desenvolvimento das competências de gestão nos diferentes níveis do SS constituíam aspectos a considerar na implementação destas estratégias.

De notar que, em 2016, por imperativo da mudança na governação política, após as eleições legislativas de Março, a Saúde e a Segurança Social foram integradas na mesma pasta governativa implicando adequação da orgânica, que tinha sido revista e publicada em 2015.

Constata-se o esforço para adequar a estrutura orgânica do MS às novas necessidades de organização dos serviços, sobretudo a nível central, através das sucessivas revisões em 2015 e 2016. As direcções centrais (DNS, DGPOG e DGF) foram objecto de uma reestruturação cujo impacto, no futuro, deverá merecer avaliação tendo em vista eventuais alterações.

A adequação do quadro legal, para melhor desenvolver a função reguladora do MS, não tem a aceleração desejada, registando-se atrasos na elaboração e publicação de regulamentos como por exemplo os relativos às carreiras profissionais, estatutos dos hospitais regionais de Fogo, S. Antão e Sal, regulamentação do SNIS.

Está em curso um programa de formação sobre reforço da liderança para equipas líderes dos centros de saúde, em colaboração com a Universidade de Harvard, que integra uma vertente de seguimento dos planos de implementação das equipas. O *feedback* deste seguimento apresenta evidências de melhorias na gestão dos serviços, e reflexos positivos na organização das informações sobre o funcionamento dos serviços e a prestação de cuidados de saúde.

Capacidades de inspecção e de fiscalização, reforçadas

O quadro orgânico do MS engloba a Inspeção Geral de Saúde, com missão de controlo, auditoria e fiscalização do SNS. Ainda não foi regulamentada a estrutura, o modo de funcionamento e o quadro de pessoal. No período em avaliação, o serviço de inspecção do MS foi reforçado com mais um profissional da área de enfermagem (Inspectora + 1). A falta de um regulamento vem travando a inspecção ao sector privado.

Instituto Nacional de Saúde Pública

O PNDS estabeleceu a evolução do Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário para um Instituto Nacional de Saúde Pública, no quadro do reforço da liderança e governação do SNS. O INSP foi criado em Março de 2014 com estatuto publicado em Junho do mesmo ano. Contudo, outras condições regulamentares para o efectivo funcionamento do INPS foram estabelecidas em 2016, com a nomeação dos membros do Conselho de Administração (Resolução do Conselho de Ministros nº 68 de 26 de Setembro).

DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA INTEGRADO DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA E INVESTIGAÇÃO DA SAÚDE

Principal estratégia

Produção regular e sistemática de informações para um funcionamento do SNS baseado em evidências: elaboração, divulgação e seguimento do plano de acção integrado do Sistema de Informação Sanitária, priorizando a abordagem de género, deficiência e segmentos populacionais

(crianças, adolescentes e jovens, adultos e população idosa) apoiado na plataforma tecnológica do governo (NOSI); definição e divulgação de normas sobre o funcionamento do SIS; implementação da auditoria da qualidade do SIS

Esperava-se um SNIS com produção regular e sistemática de informações para permitir um funcionamento do Serviço Nacional de Saúde baseado em evidências o que deveria passar pela revisão da política nesta área e a elaboração de um plano de acção integrado.

A indefinição em relação à política de informação sanitária não permitiu melhorar a capacidade do SNIS que ao fim deste período continua a apresentar praticamente os mesmos constrangimentos identificados durante a avaliação a que foi sujeito em Novembro de 2014: fraca coordenação e interligação dos subsistemas, poucos recursos humanos qualificados, multiplicidade de instrumentos de recolha de dados quer em papel quer em aplicações informáticas, entre outros.

Apesar disso, o Ministério de Saúde tem conseguido elaborar e divulgar informações sobre a situação sanitária através da publicação de vários relatórios de periodicidade variável e que resultam da existência de fluxos estabelecidos de partilha de informação sanitária cujo funcionamento se pode considerar regular (mortalidade, vigilância epidemiológica, saúde reprodutiva, programas prioritários VIH/SIDA, Tuberculose, Paludismo etc) embora com problemas de pontualidade e de qualidade e com limitada contribuição para a tomada de decisões.

Meta: 100% das estruturas de saúde com conectividades (NET) estabelecida

Sistema Integrado de Saúde (SIS) e Medicine ONE

A necessidade de introdução de mecanismos mais eficientes para a gestão das informações clínicas e outras despoletou o desenvolvimento de um projecto para o Sistema de Informação Sanitária algo ambicioso em termos de abrangência, pretendendo integrar toda a informação da saúde numa única plataforma. Alguns investimentos já foram realizados nomeadamente com a aplicação Medicine One introduzida em vários serviços, com o equipamento de centros de saúde e com a sensibilização dos profissionais.

O programa SIS, como inscrito no PNDS, tendo como base uma plataforma informática única, não teve até fins de 2016, impacto na elaboração e produção das estatísticas sanitárias.

Ainda há muitos desafios a vencer neste processo nomeadamente melhor articulação e comunicação entre os principais intervenientes, introduzir melhorias no Medicine One, alargar o SIS a outras estruturas e torná-lo mais abrangente (mais módulos)²⁸.

Para a investigação em saúde a principal estratégia estabelecia:

Desenvolvimento da investigação em saúde para a geração e divulgação de conhecimentos científicos e tecnológicos sobre a saúde e seus determinantes: realização de pesquisas, de carácter operacional e avançado, sobre doenças transmissíveis e não transmissíveis; realização de pesquisas sobre o SNS

²⁸ Sistema de Informação Sanitária (SIS), Situação actual que perspectivas, MSSS Cidade Velha, Agosto 2016 (www.minsaude.gov.cv)

incluindo o acesso universal e a avaliação de programas de saúde pública; análise das condições de saúde das populações; desenvolvimento da investigação clínica

A falta de recursos (humanos e financeiros) assim como elementos de apoio para o desenvolvimento de pesquisas foram constrangimentos à definição de um plano para operacionalizar uma agenda de investigação em saúde elaborada, embora não validada.

A investigação clínica não teve uma abordagem institucionalizada, limitando-se a trabalhos individuais/grupos por profissionais da área, mais na perspectiva de análise da casuística dos serviços clínicos. A articulação com as Universidades não foi ainda oficializada, neste domínio.

SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO DO PNDS

Não está claramente definida a estrutura de gestão do PNDS. Foram estabelecidos os mecanismos de seguimento e avaliação mas nenhum plano específico pelo que o seguimento feito foi pontual e sem a utilização de instrumentos específicos de medição dos resultados. A construção dos indicadores de avaliação ficou incompleta pelo que um número importante deles não se encontra disponível e muitos dependem de outros sectores e instituições não se tendo constatado inter-acções necessárias para a obtenção dos mesmos ao fim de cada ano e no fim do PNDS.

A gestão do orçamento para o PNDS está integrada no SIGOF e harmonizada com o DECPR III. Não há um relatório onde se possa concluir i) se o GAP da orçamentação inicial do PNDS, de 21 mil milhões de escudos foi coberto total ou parcialmente; ii) qual a distribuição do orçamento de investimento para algumas componentes que compõem o Programa de Prestação de Cuidados.

O QDSMP utiliza uma lista de programas conforme estabelecidos no DECPR III para onde são canalizados os montantes orçamentados e monitorizados pelo SIGOF.

De acordo com os relatórios anuais da DGPOG a taxa de execução dos projectos de investimentos foi da ordem de 97,5% em 2014 e de 97,8% em 2015.

As reuniões anuais do Conselho do Ministério da Saúde serviram para a apresentação de balanços da execução para áreas programáticas pré-estabelecidas na agenda.

A avaliação a meio percurso foi realizada em Junho de 2015 e o relatório foi partilhado com o Conselho do Ministério.

A monitorização IHP + 2016, ressalta que o sistema de coordenação e seguimento do PNDS não envolve de forma participativa os parceiros: *“De uma maneira geral a implementação do PNDS é feita exclusivamente pelo MS sem o envolvimento das OSC e o sector privado e centra-se, sobretudo, nas actividades de rotina dos programas definidos como prioritários.”*²⁹ Também se concluiu nesta monitorização que *“A avaliação conjunta global do PNDS e do Pacto Nacional de Saúde não se realizou nos moldes pré-estabelecidos.”*

Uma das recomendações desta monitorização implica proporcionar maior envolvimento de todos os intervenientes no sector da saúde em todas as fases de desenvolvimento da estratégia nacional de

²⁹ Ciclo de Monitorização IHP+2016 – Cabo Verde, relatório preliminar

saúde com atribuição de responsabilidades que serão avaliadas no fórum anual para a avaliação crítica da estratégia nacional de saúde.

Apenas em 3 municípios (13,6%) se registou um funcionamento regular da respectiva Comissão Municipal de Saúde (Porto Novo, S. Cruz e S. Salvador do Mundo).

GANHO 6: REDUÇÃO DAS DESIGUALDADES DE GÉNERO NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE E UMA ABORDAGEM MAIS EFECTIVA DAS QUESTÕES DE GÉNERO NAS DIFERENTES INTERVENÇÕES PROPOSTAS NO PNDS 2012-2016.

Constata-se, das intervenções implementadas, que foi mantido o padrão de rotina dos serviços de Saúde Reprodutiva, com atenção específica para as crianças com menos de 5 anos, as grávidas e as mulheres em idade fértil sendo poucas e tardiamente iniciadas, intervenções planificadas e direccionadas especificamente aos adolescentes, jovens, homens e idosos nos serviços de prestação de cuidados.

Um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2015, com apoio da UNFPA sobre a oferta de cuidados a populações específicas (mulheres, homens, adolescentes e crianças)³⁰ conclui que *“os objectivos da PNSR foram alcançados de modo parcial e desigual.*

Com efeito, as informações recolhidas neste estudo mostram que embora a oferta de assistência pré-natal e ao parto tenha boa cobertura e resolatividade, outros domínios, como a prevenção dos cancro da mama, do colo do útero e da próstata, a redução dos casos de aborto inseguro e da infeção pelo VIH na população em geral, ainda exigem mais investimentos. As diferenças socioculturais e económicas entre as ilhas ainda não se refletem de modo satisfatório em processos de gestão que levem em conta as especificidades de cada uma. O estudo sublinha ainda a fraqueza na articulação e na oferta/demanda de serviços para homens e adolescentes.

Relativamente à VBG, o Ministério de Saúde integra a rede SOL, organizada para dar às mulheres que sofrem violência o apoio necessário. Contudo, de acordo com as conclusões do estudo acima citado, *embora tenha havido treinamento neste sentido, nem sempre os profissionais investigam a ocorrência de VBG ou identificam os sintomas que os levem a uma investigação mais apurada.*

³⁰ Análise da prestação de cuidados de saúde incluindo a saúde sexual e reprodutiva do homem, da mulher e do adolescente nos Centros de saúde de Cabo Verde, MS 2015

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

As conclusões e recomendações serão abordadas na óptica dos próximos desafios que os países, a nível global, se impuseram ao adoptar os 17 objectivos de desenvolvimento sustentável que, prosseguindo e perseguindo as metas ainda não alcançadas com os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2015, são mais amplos e ambiciosos quer em número quer na forma como associam pessoas, planeta, prosperidade, paz e parceria que querem integrados e interligados, com foco forte na equidade para que ninguém fique de fora e em busca da globalidade e universalidade.

As 13 metas propostas para o objectivo 3 (Assegurar vidas saudáveis e promover bem-estar a todos em todas as idades) dão aos sistemas de saúde um papel central nos próximos trinta anos para este novo desafio.

Fundamentalmente a meta 3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a protecção do risco financeiro, acesso para todos a serviços essenciais de cuidados de saúde de qualidade, medicamentos e vacinas constitui um ponto fulcral para o objectivo 3. Com efeito, atingir a cobertura universal dos serviços e o acesso a cuidados de saúde de qualidade é condição *sine qua non* para a promoção da saúde física e mental, o bem-estar e o aumento da esperança de vida.

Em consonância com os resultados desta avaliação da implementação do PNDS 2012-2016 e de outras realizadas sobre aspectos mais particulares (PACES por exemplo) é evidente que muitos desafios ainda se colocam ao sistema de saúde cabo-verdiano nas áreas de governação, acesso a serviços e cuidados de qualidade (ninguém deve ficar para trás), financiamento (cobertura universal), gestão e produção de conhecimentos e monitorização.

Governação

Melhorar as práticas de coordenação e de articulação quer intersectorial quer com a sociedade civil tornando-as mais efectivas e institucionalizadas, poderá ajudar uma melhor interligação dos objectivos para a saúde com outros Objectivos e metas do Desenvolvimento Sustentável.

Inovar nas práticas de planeamento para identificar mais criteriosamente as prioridades para o sector e reduzir a fragmentação que se verificou neste PNDS na composição dos programas prioritários.

Reforçar as competências técnicas, do Ministério da Saúde, em matéria de planeamento, regulamentação e fiscalização.

Acesso a serviços de qualidade

Perspectivam-se novos desafios ao sistema de saúde para responder ao objectivo 3.8 para a saúde, dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável 2030, já referido e que visa assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar (físico e mental) para todos em todas as idades.

O Ministério de Saúde definiu o Pacote de Cuidados Essenciais por níveis de atenção, a implementar nos próximos anos onde se inclui a definição da carteira de serviços a disponibilizar nos diferentes níveis de cuidados, primários, secundários e terciários, tendo em conta as necessidades actuais e expectáveis da população, bem como os programas prioritários de saúde.

O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde deverá ser ajustado e integrar estas prioridades. A constituição de equipas multidisciplinares para melhor qualidade dos serviços, deve merecer uma atenção particular na fase de planificação e alocação de recursos.

O aumento das metas dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável específicas para a saúde e o particular relevo para as doenças não transmissíveis levou a uma estimativa feita pela OMS³¹, com as devidas limitações, de necessidades de médicos enfermeiros muito superiores ao rácio actual em Cabo Verde (4,45 por mil habitantes) assim como de outros profissionais.

Deverão assim ser envidados esforços suplementares, aos que já foram até agora disponibilizados, para o recrutamento, desenvolvimento, formação e ainda retenção dos profissionais de saúde.

A perspectiva multisectorial da saúde deve ser melhor desenvolvida completando as equipas de saúde para uma abordagem mais interactiva e de busca de sinergia com os parceiros e outros sectores.

Tem sido uma preocupação maior do Ministério de Saúde e dos sucessivos governos garantir disponibilidade de medicamentos e tecnologias de saúde, criando mecanismos de protecção social para que toda a população possa a eles ter acesso a um custo acessível. Verifica-se contudo que falta um quadro orientador, através de uma Política Farmacêutica Nacional para actualização e elaboração de normativos legais que disciplinem o mercado e estabeleçam regras que contribuam para o uso racional, a redução dos desperdícios e a equidade no acesso a medicamentos essenciais.

Os problemas de sustentabilidade financeira do sistema de saúde cabo-verdiano persistem embora se tenha vindo a conseguir alcançar bons parâmetros de cobertura, traduzidos na melhoria progressiva dos indicadores do estado de saúde da população.

O objectivo de alargar a protecção social das populações tem tido uma progressão lenta, nos últimos anos, eno documento Definição dos PCES (2016) pode-se ler que “o financiamento do sistema de saúde em Cabo Verde tem sido insuficiente para cobrir o objectivo da universalidade, equidade e integridade, dada a uma parcela considerável de população, sobretudo rural que não tem condições para suportar os custos com a saúde”.

Garantir a sustentabilidade financeira continuará sendo, por isso, um dos grandes desafios do sistema nacional de saúde e do governo tendo em conta sobretudo as metas para os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, com particular destaque para as que abrangem as doenças não transmissíveis com um peso cada vez mais crescente, sendo previsível uma tendência crescente nas despesas com cuidados de saúde.

O mesmo documento (Definição dos PCES – 2016) mostra que *“os critérios e mecanismos da gestão dos fundos internos e externos continuam demasiadamente administrativos, não se baseando ainda em dados epidemiológicos e estatísticos do país, pelo que o relativamente elevado valor de despesa per capita (US 173) pode não ter uma tradução real nos benefícios para a saúde da população”*.

³¹ WHO, Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals, Human resources for health observer series no 17

Conforme se pode concluir dos constrangimentos apresentados para a implementação dos programas prioritários, a insuficiência de recursos foi uma das características mais vezes apontadas e terá contribuído para uma baixa taxa de realização de grande parte dos mesmos.

A capacidade de negociação do MS deve ser reforçada através de mais competência técnica mas também de mais elementos fornecidos pelo sistema de informação integrado que não se conseguiu implementar entre 2012 e 2016.

A produção de leis e regulamentos que contribuam para aumentar as receitas para o sector deve ser prosseguida e os produtos efectivamente implementados.

A institucionalização das parcerias pode favorecer a organização dos serviços, minimizando problemas de falta de recursos humanos e propiciando complementaridade nas ofertas.

Gestão e produção de conhecimentos

No que tange à gestão e produção de conhecimentos os indícios apontam muitos pontos fracos ao Sistema de Informação Sanitária o qual não tem dado a contribuição esperada para a tomada de decisões.

Para que a gestão do conhecimento produza efeitos práticos deve estar ancorada pelas decisões e compromissos do Ministério de Saúde quanto às iniciativas necessárias em termos de desenvolvimento estratégico, investimento em infra-estrutura tecnológica e cultura organizacional, por forma a haver um entendimento mútuo e global do que se propõe. Por isso, a necessidade de rever e redefinir a política do SIS, adaptando-a aos novos desafios.

Os dados que alimentam a produção das informações devem poder fazer a diferença e a sua selecção criteriosa pode contribuir para uma melhor gestão dos recursos do sistema a todos os níveis.

Há necessidade de determinar como utilizar os investimentos em tecnologia de comunicação não apenas para ter uma base (às vezes com fluxo) de informações mas também para aumentar o conhecimento e poder partilhá-lo atempada e regularmente quer internamente quer com os parceiros e a comunidade.

Monitorização

A monitorização não constituiu um ponto forte do processo de implementação do PNDS 2012-2016, sem um plano, com indicadores não completamente definidos ou exigindo recursos incomprutáveis para a sua obtenção (inquéritos). Deverá também por isso merecer uma atenção particular pois que no quadro dos ODS, a monitorização dos objectivos e das metas vai requerer um reforço da capacidade do Ministério de Saúde na selecção, definição e seguimento dos indicadores.

ANEXO I - SÍNTESE DOS RESULTADOS POR PROGRAMA

PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	
Objectivos gerais	Melhorar e alargar a prestação de cuidados de saúde integrados, de forma durável, através de melhor disponibilidade, de maior acesso, da eficácia e da racionalidade em função das necessidades de saúde
Resultados	<p>Subdividido em 3 subprogramas</p> <p><i>Subprograma 1 – Prevenção e Luta contra as doenças prioritárias</i></p> <p>Relativamente à prevenção, tratamento e vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis prioritárias:</p> <p>i) Reforço das estratégias específicas, nomeadamente em relação ao VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo. Foram revistos e actualizados os respectivos planos estratégicos e foi possível mobilizar recursos do Fundo Global com melhorias no campo da vigilância epidemiológica, diagnóstico precoce e tratamento. Estas melhorias traduzem-se na redução da incidência e prevalência da tuberculose, a manutenção da incidência do paludismo ao nível da eliminação e a taxa de transmissão vertical a 0,02%.</p> <p>ii) Cabo Verde foi declarado livre da Poliomielite pela CRCA, em Novembro de 2016, com base na apreciação da Documentação Nacional sobre o processo de erradicação.</p> <p>iii) A incidência da Lepra está controlada, em níveis de eliminação.</p> <p>Não houve reforço do sistema de vigilância integrada das doenças quer do ponto de vista da afectação de mais recursos humanos, técnicos e financeiros, quer quanto à adopção e publicação de normas e procedimentos. A implementação do RSI também não teve o desenvolvimento esperado.</p> <p>Os principais resultados esperados em relação à prevenção e o controlo das doenças não transmissíveis, cujo peso na morbilidade e mortalidade constitui um fardo importante, não foram alcançados. Além de um grande atraso no início da implementação das intervenções (2015/2016) houve fraca mobilização de recursos quer humanos, quer técnicos e financeiros para esta vertente.</p> <p><i>Subprograma 2 – Atenção específica a grupos etários da população</i></p> <p>Apresenta indicadores de cobertura considerados satisfatórios para os grupos alvo (crianças menores de 5 anos e grávidas) e em relação ao estado de saúde, as taxas de mortalidade infantil e perinatal diminuíram alcançando, em 2015, as metas propostas para o fim do período do PNDS (2016).</p> <p>No cômputo geral da implementação das 4 componentes deste subprograma, apenas as intervenções consideradas de rotina dos serviços de SR dirigidas às crianças, grávidas e MIF foram implementadas de forma regular. Poucas intervenções direccionadas aos adolescentes, jovens, homens e idosos. Contudo, houve alguma dinamização das actividades das componentes “Prestação de cuidados específicos à saúde dos adolescentes e jovens assim como à saúde dos idosos” após a reestruturação dos serviços</p>

	<p>da DNS, em 2015/2016 e a nomeação das respectivas coordenações técnicas.</p> <p><i>Subprograma 3 - Operacionalização da prestação de cuidados em cada um dos níveis da pirâmide sanitária</i></p> <p>Difícil avaliar a operacionalização da atenção com a metodologia utilizada e a falta de inquéritos sobre a oferta e utilização de cuidados bem como de indicadores apropriados.</p> <p>Devido a isso várias metas e resultados não foram avaliados.</p> <p>A atenção primária de base municipal, na maioria dos concelhos, apesar de algum investimento em recursos humanos, equipamentos e materiais, não conseguiu dotar-se de equipas multidisciplinares mínimas, nem dos equipamentos de diagnóstico necessários, para uma resposta integral e de qualidade aos problemas de saúde prioritários.</p> <p>Houve um investimento para ampliar os serviços de âmbito regional com a criação de mais duas regiões sanitárias, com o recrutamento de mais profissionais para os hospitais regionais incluindo especialistas médicos e com a publicação de diplomas reguladores.</p> <p>O reforço do nível terciário com o Centro de Diálise no HAN representou um ganho importante para doentes com IRC e familiares. Contudo, outras áreas da atenção terciária necessitarão de maiores investimentos nos próximos anos uma vez que os resultados alcançados no seu desenvolvimento ficaram aquém do esperado (Cardiologia, Tumores Malignos, Orto-Traumatologia, Laboratório de Análises clínicas e de Anatomia Patológica, entre outras).</p> <p>A telemedicina permitiu uma melhor interação entre os três níveis na oferta de cuidados, em benefício dos utentes e dos serviços embora com constrangimentos a ultrapassar nos próximos anos.</p> <p>A conexão, dos três níveis, para a gestão clínica integrada do paciente não foi alcançada neste período.</p> <p>Foram factores de constrangimento a insuficiência de recursos, a fraca manutenção de equipamentos, a rotatividade elevada dos profissionais, a insuficiência de mecanismos de acompanhamento,</p>
<p>Conclusões</p>	<p>Após a avaliação a meio percurso, em Junho de 2015, houve aceleração da implementação de intervenções a favor das doenças crónicas não transmissíveis com alguns resultados como sejam o projecto de rastreio do cancro do colo em 3 concelhos, as supervisões formativas em relação ao protocolo de diagnóstico e tratamento da diabetes e uma nova abordagem à luta contra o consumo do álcool e tabaco. Foram nomeadas algumas coordenações técnicas e criados os Núcleos de Apoio Técnico para cada componente. As componentes Prevenção das Doenças Alérgicas dos Traumatismos e Doenças Ortopédicas mantiveram-se sem uma coordenação técnica.</p>

Prestação de Cuidados de Saúde

Metas					Resultados					Indicadores		
Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	D	ND
206	32	48	80	46	194	28	63	67	35	190	105	85
	16%	23%	39%	22%		14%	32%	35%	18%		55%	45%

NA = não avaliado; D= Disponível; ND= Não Disponível

Não estão analisadas as metas, resultados e indicadores das componentes Prevenção das Doenças alérgicas, Prevenção dos Traumatismos e Doenças Ortopédicas

2 - PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	
Objectivos gerais	Promover a qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e riscos para a saúde relacionados com os seus determinantes e condicionantes
Resultados	<p>O Programa de Promoção da Saúde cujo objectivo geral, amplo, foi abordado através de quatro objectivos mais específicos, não apresenta no global, um balanço positivo da implementação das intervenções e dos resultados obtidos.</p> <p><i>Desenvolvimento de políticas de Promoção de Saúde enquadradas no processo de desenvolvimento nacional, regional e local</i></p> <p>A inexistência de uma estratégia claramente definida e de planos para a sua implementação conduziu a intervenções pontuais e relacionadas com a comemoração de efemérides desenvolvidas quer pelos serviços de saúde quer pela sociedade civil quase sempre em estreita articulação. O recurso a pares educadores nas áreas da sexualidade de adolescentes e jovens e na das IST/VIH/SIDA, também constituiu uma abordagem implementada, não directamente mas em articulação com outros parceiros nomeadamente, Educação, Centros de Juventude e CCS-SIDA.</p> <p>Não parece evidente que, ao fim dos 5 anos do PNDS, a promoção da saúde seja uma componente importante de políticas públicas de desenvolvimento nacional, regional e local apesar da existência de processos de parcerias para a inclusão da promoção da saúde, muitas das vezes não institucionalizados. Estão neste caso, o desenvolvimento da saúde escolar e medidas para a protecção do ambiente e o abastecimento de água, no âmbito da luta contra vectores.</p> <p>Faltou a coordenação, o que poderá ser explicado devido a mudanças organizacionais do sector da saúde e da liderança deste programa durante os cinco anos. Neste contexto, não foi identificado um quadro claro de coordenação intersectorial como pretendido.</p> <p>O documento “Análise da prestação dos cuidados de saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva do homem, da mulher e do adolescente nos Centros de Saúde de Cabo Verde” aponta a existência de insuficiências na forma como é desenvolvida a promoção da saúde nos centros de saúde.</p> <p><i>Promoção da Saúde escolar</i></p> <p>A estratégia de saúde escolar, apesar de não ter sido alargada ao ensino secundário, teve uma abordagem sistematizada, a nível do ensino básico, com o desenvolvimento do projecto-piloto de Escolas Promotoras de Saúde que, contudo, não teve capacidade para a extensão limitando-se a 15 escolas.</p>
Conclusões	<p>Além das insuficiências do processo de coordenação, reconhece-se um défice em competências técnicas nesta área e pouco investimento para o desenvolvimento do programa.</p> <p>Perspectiva-se a necessidade de mobilizar e desenvolver parcerias num quadro institucional e reforçar os recursos quer técnicos quer financeiros</p>

Promoção da Saúde

Metas						Resultados						Indicadores		
Total	Sim	Parcial	Não	NA		Total	Sim	Parcial	Não	NA		Total	D	ND
12	3	3	6	0		11	1	7	3	0		10	5	5
	25%	25%	50%	0%			9%	64%	27%	0%			50%	50%

NA = não avaliado; D= Disponível; ND= Não Disponível

3 - PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS

Objectivos gerais	<p>Reforçar o Serviço Nacional de Saúde com recursos humanos suficientes e capacitados para prestar serviços de qualidade;</p> <p>Desenvolver e implementar um sistema de seguimento e avaliação dos RHS.</p>
Resultados	<p>Todos os resultados esperados não foram concretizados mas no cômputo geral este programa teve um desempenho positivo na implementação das intervenções em cada componente.</p> <p><i>Desenvolvimento e implementação de programas de formação</i></p> <p>i) Implementação de cursos de superação em parceria com as instituições de ensino do país e do estrangeiro nomeadamente complemento de enfermagem, especialização médica e enfermagem, mestrado em Economia e Gestão dos serviços de saúde, abrangendo um numero significativo de técnicos e a procura e obtenção de vagas e bolsas para a especialização de técnicos sobretudo da área médica.</p> <p>ii) Foi estabelecido um plano de formação contínua abrangendo vários domínios de aprendizagem e um número importante de profissionais da saúde.</p> <p>iii) A aprovação do PEDRHS 2015-2020, assim como um Banco de dados dos RH disponível e a definição de quadros-tipo para as estruturas do nível de atenção primária, permitiram melhorar a previsão das necessidades de profissionais a diferentes níveis, a afectação dos mesmos e o respectivo enquadramento através do QDMCT. Apesar disso, a insuficiência de dotação orçamental não permitiu cumprir com metas relacionadas com a disponibilidade de equipas multidisciplinares previstas nas várias componentes do programa de prestação de cuidados.</p> <p><i>Promoção da distribuição mais equitativa dos profissionais de saúde</i></p> <p>Não está comprovada uma distribuição mais equitativa dos técnicos da saúde das diferentes categorias e o recrutamento de farmacêuticos para o sector público ficou muito aquém do esperado com rácio, em 2015, de 1,2 por dez mil. Contudo, a meta prevista para o rácio de médico por dez mil habitantes foi alcançada em 2015 (7,3).</p> <p>Em relação ao objectivo 2) apesar de produzidos os instrumentos para a avaliação do desempenho dos profissionais da saúde não ressalta dos relatórios analisados qualquer informação que ateste a sua efectiva implementação. O Banco de Dados dos RH não parece dispor da operacionalidade necessária para garantir o seguimento deste sistema de avaliação do desempenho.</p> <p>Até ao fim do PNDS não houve publicação de qualquer diploma referente às carreiras dos técnicos da saúde, como esperado, mas apenas foi encetado um processo de revisão das carreiras médica e de enfermagem.</p> <p>Gestores devidamente qualificados encontram-se afectados a cinco hospitais (central/regional) e a três regiões sanitárias.</p> <p>Não houve avaliação das competências em gestão a diferentes níveis. Foi introduzida</p>

	em todos os CS a metodologia de trabalho proposta por Harvard, que tem por objectivo a melhoria da gestão dos serviços de saúde, com resultados considerados positivos sem que contudo haja disponível um relatório de monitorização.
Conclusões	<p>O desenvolvimento do PEDRHS 2015-2020 deve articular-se com a implementação do Pacote de Cuidados Essenciais validado apenas em Setembro de 2016, para uma resposta mais equitativa e financeiramente exequível na distribuição dos RH.</p> <p>Deve ser prioridade, adequar a base de dados dos RH da Administração Pública e a sua efectiva integração no SIS.</p> <p>Deve manter-se o esforço para a mobilização de parcerias e de recursos com vista à formação de base e especializada.</p> <p>A mobilidade dos profissionais de saúde deve merecer uma atenção particular do serviço de gestão dos RH visando diminuir os constrangimentos identificados nomeadamente esforços e gastos adicionais para reposições das competências técnicas perdidas, perda de qualidade dos serviços.</p>

Desenvolvimento RH

Metas					Resultados					Indicadores		
Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	D	ND
	5	4	7	3		3	10	3	1		12	4
19	26%	21%	37%	16%	17	18%	59%	18%	6%	16	75%	25%

NA = não avaliado; D= Disponível; ND= Não Disponível

4 - PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA REDE DE INFRAESTRUTURAS	
Objectivos gerais	<p>Dotar o Serviço Nacional de Saúde de uma rede de estruturas capaz de responder às expectativas e necessidades específicas dos cabo-verdianos.</p> <p>Garantir o funcionamento continuado das estruturas e equipamentos de saúde</p>
Resultados	<p>Consolidar/adequar a rede de infra-estruturas sanitárias para responder às necessidades previsíveis do SNS até 2016, na base de critérios definidos.</p> <p>O plano de reabilitação e construção de algumas infra-estruturas foi cumprido em cerca de 42% apoiado por recursos mobilizados junto do Tesouro e de parceiros (Fundos do Koweit, Portugal e outros) podendo-se considerar este o principal produto da componente consolidação e adequação da rede onde se destacam as construções do centro de Diálise do HAN e da sede da Delegacia de Saúde de S. Vicente.</p> <p>Várias metas não foram alcançadas (8/12) destacando-se as relacionadas com a elaboração de Planos directores de hospitais, planos estratégicos para a rede de atenção primária de Fogo e Brava podendo indiciar alguma insuficiência, técnica e financeira, do sector responsável pela concretização das mesmas. A Carta Sanitária não foi revista.</p> <p>O Programa intitulado "Promoção e uso de energias alternativas e eficiência energética" nos hospitais, centrais e regionais, considerado necessário na óptica de redução dos custos de energia não pôde ser implementado em 2016 como era esperado encontrando-se ainda em fase de preparação, em articulação com o sector das energias renováveis.</p> <p>Alguns financiamentos encontram-se garantidos para dar seguimento a projectos elaborados (Laboratório de Saúde Pública e Centros de Diagnóstico, Sede Delegacia da Praia e alguns Centros de Saúde)</p> <p>O acesso da população a uma estrutura de saúde, em função do tempo gasto, proposto como um dos indicadores de avaliação, não foi medido recentemente.</p> <p><i>Manutenção preventiva e de reparação para garantir a continuidade das instalações e o funcionamento dos equipamentos.</i></p> <p>A garantia do funcionamento adequado dos equipamentos esbarra na inexistência de um Plano Nacional de manutenção, na insuficiência de recursos humanos com competência na área apesar da contratação de um engenheiro biomédico e de um técnico de manutenção para o sector farmacêutico. A assistência técnica pós venda tem sido garantida pelos fornecedores como esperado através do estabelecimento de convénios.</p> <p>Quatro resultados esperados, relacionados com reforço e renovação da rede de atenção primária e hospitalar, melhoria do parque de equipamentos e mobiliário e ainda melhoria do acesso geográfico aos cuidados de saúde não estão suficientemente documentados.</p>
Conclusões	<p>Esta área carece de maiores recursos financeiros, nem sempre disponíveis, assim como capacidade técnica específica de que normalmente o sector da saúde não dispõe. A implementação do Pacote de Cuidados Essenciais, validado em 2016, deverá ter alguma repercussão na reorganização da rede, sobretudo a nível da atenção primária pelo que o MS deve reforçar parcerias com o sector das Infra-estruturas e a capacidade de</p>

	<p>negociação para a mobilização de recursos financeiros.</p> <p>Desafios que se colocam à manutenção dos equipamentos (tecnologias): organização de um serviço, desenvolvimento e implementação de um plano e instalação de uma oficina com os materiais e equipamentos necessários.</p>
--	---

Intervenção na Rede de Infra-estruturas

Metas					Resultados					Indicadores		
Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	D	ND
	0	0	4	4		3	4	3	1		7	4
8	0%	0%	50%	50%	11	27%	36%	27%	9%	11	64%	36%

NA = não avaliado; D= Disponível; ND= Não Disponível

5 - PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SECTOR DA SAÚDE	
Objectivos gerais	<p>Garantir o funcionamento sustentável do SNS através de uma maior contribuição de todas as fontes</p> <p>Assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde qualidade</p> <p>Garantir a eficiência e eficácia na gestão dos recursos</p>
Resultados	<p>Este Programa depende de factores muitas das vezes externos ao MS e talvez por isso, dos 18 resultados esperados, menos de um terço (27,7%) foram obtidos e outros tantos apenas parcialmente.</p> <p><i>Aumento da capacidade de arrecadação das contribuições e de mobilização de recursos para o sector da saúde</i></p> <p>As despesas públicas de saúde alcançaram a meta proposta (>10%) em 2014 e 2015, respectivamente com 10,2% e 10,28%.</p> <p>Anualmente é elaborada uma carteira de projectos de investimentos. Contudo não foi possível confirmar o aumento esperado de financiamento das despesas de saúde com recursos externos.</p> <p>Apesar de melhorias introduzidas no sistema de contabilidade, avaliado por várias modalidades de controlo (SIGOF, Tribunal de Contas, supervisão interna) os instrumentos para a facturação dos cuidados de saúde não foram implementados, no decurso deste período excepto no HAN. Este constrangimento dificultou as negociações encetadas pelo MS no sentido de aumentar as contribuições da Protecção Social e dos Seguros</p> <p>Outros produtos não conseguidos e que poderão ter influenciado pela negativa o cumprimento das metas foram a não implementação quer da Tabela de Cuidados de Saúde, apesar de revista quer de uma Estratégia de Financiamento para o sector no entanto elaborada.</p> <p><i>Melhoria da capacidade de gestão financeira e contabilística</i></p> <p>Todas as estruturas de saúde até ao nível dos Centros de Saúde estão bancarizadas (centros de custo) sob administração directa do SIGOF com ganhos no que se refere à gestão das receitas e despesas.</p> <p>Ao longo do período 2012-2016 foram recrutados/formados apenas 4 técnicos da área de gestão, número insuficiente para as necessidades identificadas a vários níveis.</p> <p>Não se encontra desenvolvida a capacidade para auditar serviços e para realizar estudos do impacto das intervenções. A elaboração das Contas Nacionais da Saúde depende de terceiros (INE) não se tendo cumprido todos os prazos definidos para a respectiva publicação.</p> <p><i>Contribuição para o desenvolvimento de uma política de cobertura universal dos cuidados de saúde</i></p>

	<p>Um dos principais produtos deste Programa foi o estudo realizado sobre o financiamento da saúde (2013) que serviu de baliza à elaboração de uma Estratégia de Financiamento para o sector que seria o elemento catalisador da política de cobertura universal, estratégia ainda por rever, aprovar e implementar.</p> <p>Já referida é a dependência do sector saúde em relação a outras instituições no que toca à obtenção/mobilização de recursos o que se alia, de forma negativa, a uma capacidade de negociação prejudicada pela não implementação de instrumentos como a facturação dos cuidados e a regulamentação de possíveis fontes alternativas de financiamento já identificadas (taxas do álcool e do tabaco), e ainda um sistema de informação sanitária pouco operacional.</p> <p>A melhoria da equidade no acesso aos cuidados de saúde não está documentada. Algumas medidas (poucas) foram tomadas como sejam a eliminação de taxas moderadoras a nível das USB e a facilitação do acesso aos deficientes com a construção de rampas e de outras acomodações em todas as estruturas de saúde.</p>
Conclusões	<p>As intervenções levadas a cabo não tiveram o impacto desejado de garantir o financiamento sustentável e a equidade no acesso aos serviços de qualidade.</p> <p>A estratégia de financiamento elaborada deverá ser reavaliada para a sua adequação aos PCES e efectiva implementação.</p>

Desenvolvimento da Sustentabilidade Financeira do Sector da Saúde

Metas					Resultados					Indicadores		
Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	D	ND
	5	3	7	8		3	11	3	1		12	6
23	22%	13%	30%	35%	18	17%	61%	17%	6%	18	67%	33%

NA = não avaliado; D= Disponível; ND= Não Disponível

6 -PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SECTOR FARMACÊUTICO E DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE	
Objectivos gerais	<p>Garantir a disponibilidade, em todos os concelhos, de medicamentos essenciais seguros, de qualidade e a um preço acessível que respondam ao perfil epidemiológico de Cabo Verde;</p> <p>Melhorar a qualidade dos cuidados prestados mediante o suporte em equipamentos e tecnologias adequados às necessidades do SNS.</p>
Resultados	<p>Garantia da acessibilidade aos medicamentos e produtos farmacêuticos à população</p> <p>A não revisão da Política Farmacêutica Nacional e do Plano Estratégico para o sector no período do PNDS 2012-2016 terá deixado algum vazio em termos de actualização da legislação para esta área limitando decisões para a melhoria da acessibilidade a medicamentos essenciais.</p> <p>Ao fim dos cinco anos do PNDS, não houve aprovação da política de genéricos constatando-se lenta evolução da introdução destes produtos com uma taxa estimada em 35% em 2015 inferior à de 2014 (40%).</p> <p>O rácio de farmacêutico por dez mil habitantes continua baixo (1,2 em 2015).</p> <p>A gestão informatizada do stock de medicamentos conheceu algum retrocesso desde a revisão a meio percurso devido a problemas de incompatibilidades da aplicação Channel cuja utilização se encontra ainda em fase piloto. O recurso ao registo manual constitui um entrave à melhoria da gestão do stock.</p> <p><i>Desenvolvimento da função de regulamentação e regulação da actividade farmacêutica</i></p> <p>A orgânica do sector farmacêutico (MS) não está ainda implementada.</p> <p>Foi desenvolvido o sistema de AIM sob responsabilidade da ARFA, mas o processo ainda está em fase de construção (10% medicamentos com AIM). A farmacovigilância, também sob responsabilidade da ARFA, foi instituída, com pontos focais em todos os serviços de prestação de cuidados, embora lhe falte suporte legal necessário e se veja afectado com a rotatividade dos técnicos (redução em 30% da notificação em 2016 coincidente com mudanças verificadas nesse ano nas direcções dos serviços).</p> <p>A comercialização de medicamentos ainda não foi regulamentada.</p> <p>Foi criado um sistema informatizado para monitorização do mercado farmacêutico (SIMFAR) que contudo não tem respondido às necessidades nesta área.</p> <p><i>Padronização e adequação do parque de equipamentos sanitários a cada tipo de estabelecimento em função do nível respectivo de atenção</i></p> <p>Não existe padronização do parque de equipamentos, faltando inventário nacional e um plano plurianual de aquisições.</p>
Conclusões	<p>A revisão da Política Farmacêutica constitui um dos principais desafios para a definição de um quadro de orientação para a regulamentação do sector e reforçar a capacidade</p>

	<p>técnica e normativa do sector com a afectação de mais recursos.</p> <p>Reduzir os desequilíbrios e insuficiência na distribuição de recursos humanos a nível dos serviços de prestação de cuidados de saúde.</p> <p>Definir e implementar a politica sobre genéricos, estabelecer as normas de gestão dos desperdícios de fraccionamento dos medicamentos.</p> <p>Reforçar os processos de AIM, da fármaco vigilância e do controlo de qualidade dos medicamentos, ainda por melhorar.</p>
--	---

Desenvolvimento do sector farmacêutico e das tecnologias de saúde

Metas						Resultados						Indicadores		
Total	Sim	Parcial	Não	NA		Total	Sim	Parcial	Não	NA		Total	D	ND
	3	8	18	1			2	10	8	1			16	10
30	10%	27%	60%	3%		21	10%	48%	38%	5%		26	62%	38%

NA = não avaliado; D= Disponível; ND= Não Disponível

7 - PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE INTEGRADO DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

<p>Objectivos gerais</p>	<p>Dispor de uma informação que permita monitorizar o estado de saúde da população e o desempenho do Serviço Nacional de Saúde</p> <p>Fomentar o desenvolvimento da investigação em saúde que permita melhorar as tomadas de decisão e a operacionalidade do SNS</p>
<p>Resultados</p>	<p><i>Sistema Integrado de Informação para a Saúde</i></p> <p>Dos oito resultados esperados apenas 4 foram parcialmente alcançados e a avaliação feita concluiu pela existência de um Sistema de Informação pouco ou nada integrado e pouco funcional. Significa que apesar de haver disponibilidade de informação, ela tem níveis de fiabilidade baixos e nem sempre é apresentada em tempo útil de forma a se constituir num instrumento de monitorização do estado de saúde da população e do desempenho do SNS.</p> <p>Não são evidentes os ganhos conseguidos com os recursos investidos para a introdução e generalização de aplicações informáticas (equipamentos, software, formação) que deveriam integrar e agilizar a recolha e o tratamento dos dados assim como a produção dos relatórios.</p> <p>Os factores identificados para este fraco desempenho são: ineficácia de uma coordenação (mal definida), inexistência de uma base tecnológica capaz, falta de instrumentos de recolha de dados para vários programas e multiplicidade de instrumentos de recolha.</p> <p>O sistema integrado de gestão e seguimento de pacientes não teve ainda resultados e, para apoiar o seu desenvolvimento, foi recomendado reforçar a equipa técnica que deverá ser composta por profissionais de saúde com vários conhecimentos incluindo estatística, epidemiologia e informática.</p> <p>As recomendações da avaliação feita ao SIS em 2014 estão ainda por implementar destacando-se o estabelecimento de um Sistema Informático Integrado de Monitoria e Avaliação.</p> <p><i>Desenvolvimento da Investigação em Saúde</i></p> <p>No decurso do período entre 2012 e 2016 as intervenções realizadas em prol deste objectivo praticamente resumiram-se à elaboração de uma agenda de investigação que não foi validada. Os aspectos éticos nas pesquisas relacionadas com a saúde estavam salvaguardados através do funcionamento da Comissão Nacional de Ética para as pesquisas em saúde, criada e regulamentada em período anterior.</p>
<p>Conclusões</p>	<p>Duas áreas importantes para a gestão do conhecimento e a tomada de decisões não tiveram o desenvolvimento esperado no decurso do PNDS. A monitorização das metas dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável exigirá reforçar estas duas componentes para o que se impõe clarificar o quadro de orientação, reforçar as capacidades e a coordenação.</p>

Desenvolvimento do Sistema Integrado de Informação Sanitária e da Investigação em saúde

Metas					Resultados					Indicadores		
Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	D	ND
	0	4	10	1		1	1	7	0		8	5
15	0%	27%	67%	7%	9	6%	29%	65%	0%	13	62%	38%

NA = não avaliado; D= Disponível; ND= Não Disponível

8 - PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	
Objectivos gerais	<p>Reforçar as capacidades institucionais de regulação, gestão e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde.</p> <p>Reforçar o papel de liderança do MS na integração de políticas e na assunção dos compromissos do país em matéria de saúde nos diferentes fóruns internacionais</p>
Resultados	<p>Melhoria do quadro organizacional do MS</p> <p>Os resultados esperados, com a implementação do PNDS, são da responsabilidade de diferentes sectores/departamentos do MS constatando-se inexistência de um quadro claro de coordenação e de um plano para a respectiva monitorização e acompanhamento.</p> <p>Quadro orgânico do MS com duas revisões no período do PNDS (2015) e Outubro de 2016 esta, em decorrência das mudanças introduzidas na estrutura governativa após as eleições legislativas de Março de 2016 tendo-se criado o Ministério de Saúde e da Segurança Social. A meta, em relação ao quadro orgânico, explicitava não só a implementação como a respectiva avaliação. Não há evidências de realização de uma avaliação do anterior quadro orgânico de 2010.</p> <p>Consideram-se criadas as duas regiões sanitárias previstas no PNDS 2012-2016 (Santo Antão e Fogo-Brava). Com estatuto publicado apenas a de Santo Antão. Estão em função os órgãos de direcção dos Gabinetes técnicos (Fogo-Brava director em acumulação com direcção do Hospital regional) e com orçamento de funcionamento.</p> <p>Esperava-se criar uma direcção ou serviço de qualidade, um observatório de saúde e ter uma provedoria do utente, o que não se verificou.</p> <p>Carta Sanitária não foi publicada como esperado.</p> <p>Adequação do quadro legal e desenvolvimento da função reguladora e de controlo do MS</p> <p>Houve publicação de alguma legislação mas a capacidade normativa é limitada pela falta de recursos humanos especializados na área.</p> <p>Verificou-se algum investimento no reforço da IGS com afectação de mais um técnico (de enfermagem) a organização de uma visita de estudo (IGS Portugal) não sendo contudo evidente uma capacidade plena e funcional. De destacar, a implementação de auditorias aos serviços de saúde.</p> <p>A comunicação interna e externa com recursos limitados embora com algum investimento em equipamentos com apoio da OMS apresenta-se mais organizada.</p> <p>Carreiras profissionais, sem resultados alcançados (não houve qualquer publicação até 2016)</p> <p>Parceria e complementaridade público privada</p> <p>Parceria público privada sem resultados alcançados.</p>

	<p><i>Criação do Instituto Nacional de Saúde Pública</i></p> <p>Processo terminado com a publicação dos estatutos e a oficialização dos órgãos de direcção.</p>
Conclusões	<p>Constata-se alguma evolução no processo de monitorização e acompanhamento das actividades desenvolvidas no âmbito da implementação do PNDS mas que apresenta limitações no que respeita à coordenação, à disponibilidade de instrumentos bem definidos e estabelecidos e à produção de relatórios apropriados.</p> <p>A capacidade normativa do MS é limitada por insuficiência de recursos humanos resultando em lenta produção de regulamentos.</p> <p>Não terá havido durante a fase de preparação do PNDS, suficiente reflexão sobre a necessidade de rever a Carta sanitária uma vez que em momento algum aparece informação sobre esta questão.</p>

Desenvolvimento da Liderança e Governação

Metas					Resultados					Indicadores		
Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	Sim	Parcial	Não	NA	Total	D	ND
	8	5	18	4		3	8	10	2		11	1
35	23%	14%	51%	11%	23	13%	35%	43%	9%	12	92%	8%

NA = não avaliado; D= Disponível; ND= Não Disponível

ANEXO II LISTA DAS PESSOAS ENTREVISTADAS

Pessoas	Serviço
Dra. Teresa Morais	Saúde escolar (DNS)
Dra. Yorleydis Rosabal	Serviço de atenção integrada à saúde da criança, adolescente, mulher e homem (DNS)
Dra. Emília Monteiro	Serviço para prevenção e redução dos factores de risco ligados a determinantes da saúde
Enferm. Natalina Silva	Saúde do Idoso
Dr. Helder Tavares	IRC/Centro de Diálise/HAN
Dra. Belmira Miranda	Saúde dos adolescentes e jovens
Dr. Ozias Fernandes	Saúde Oral
Dr. António Moreira	Paludismo, luta integrada contra as doenças transmitidas por vectores
Dra. Filomena Tavares	Rede Nacional de Laboratórios
Dr. Elísio Silva	Delegacia de Saúde de S. Vicente
Dr. Aristides	Saúde Mental
Dra. Ana Brito/Dra. Jamira	Direcção do Hospital Baptista de Sousa
Dra. Albertina Dias Coelho	Centro de Terapia Ocupacional – S. Vicente
Dra. Fátima Gonçalves	CS Fonte Inês – S. Vicente
Dr. Amílcar Cabral Delgado	CS Ribeirinha – S. Vicente
Dra. Jaqueline Cid	CS Monte Sossego – S. Vicente
Sr. António Pedro Silva	Presidente ADECO
Dr. Carlos Vieira Ramos	Membro direcção ADECO
Sra. Deolinda da Luz	Secretário ADECO
Sr. Domingos António Lopes	Membro da ADECO – CMS
Sra. Cateline Silva	Técnico marketing e visibilidade ADECO
Sra. Lorena Rocha	Responsável comunicação ADECO
Sra. Alízia Zego	Assistente administrativo ADECO
Dr. Jorge Barreto	IST/VIH/SIDA, Tuberculose e Lepra

Sra. Alina Mendes	Sistema de Seguimento e Avaliação, MSSS
Dra. Irenita Figueiredo	Doenças Cardio-vasculares (DNS)
<i>Dra. Fátima Sapinho</i>	<i>Saúde Sexual e Reprodutiva (via e-mail)</i>
Dr. João B. Semedo	Director da RSSN
Dra. Ludmilde Rodrigues / Enfer,	Directora Clínica do HRSN /Superintendente enfermagem HRSN
Dra. Maria da Luz Mendonça	Directora Nacional de Saúde
Dra. Vanda Azevedo	Directora do Serviço Nacional de Telemedicina
Dr. Eduardo Cardoso	Director Geral de Farmácia
Dr António Pedro	Associação Cabo-Verdiana de Deficientes
Sra Rosana Almeida	Presidente do ICIEG
Sra. Eveline Tavares	ICIEG coordenadora VBG
Sr. Adalberto Furtado	ICIEG – Comunicação
Dr. Domingos Teixeira	Delegacia de Saúde da Praia
Dra. Serafina Alves	Directora Geral do Planeamento Orçamento e Gestão
Dra. Maria de Lourdes Monteiro	Directorar do Serviço de Vigilância Integrada e Resposta às Epidemias
Dra. Mecilde Costa/ Enfer. Isabel	Inspectora Geral de Saúde/ Quadro da IGS
Dr Júlio Andrade/Dr Fernando Almeida/Dra. Hirondina Borges	Conselho de direcção do HAN
Dr Tomás Valdez	Director INSP
Sra Osvaldina Marques Brito	Comunicação MSSS
Dra Margarida Cardoso	Saude Mental
Dr José Teixeira	Luta contra o consumo do Tabaco
Sra Helena /	Instituto Nacional de Previdência Social
Dra Yolanda Estrela	OMS
Dra Paula Maximiano	Escritório Comum NU/UNICEF/UNFPA
Dr Arutr Correia	CCS_SIDA

Dra. Djamila Reis	Presidente do CA ARFA
Dra Isabel Adir Tavares	Saúde Ocular
Dra Tatiana Barbosa/Dra Edith Santos/Dra. Simone	EMPROFAC

ANEXO III – REFERÊNCIAS

Boletim Oficial nº 57 | Série de 10 de Outubro de 2016 -

Ciclo de monitorização da IHP+ Cabo Verde, de 2016 – Dr. José Manuel Aguiar

Dados anuais do centro de saúde de Tarrafal de S. Nicolau, DS de S. Nicolau 2016

Definição dos PCES e revisão da tabela de cuidados em vigor, Definição e Modelo de funcionamento dos PCES (Fase 1) – Antares Consulting, MS, OMS Outubro de 2016

Definição dos PCES e revisão da tabela de cuidados em vigor, Definição e Modelo de funcionamento dos PCES (Fase 2) – Antares Consulting, MS, OMS Outubro de 2016

Elaboração dos Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021, Avaliação da situação sanitária (Documento preliminar) - Antares Consulting, MS, OMS, 2017

Financiamento dos sistemas de saúde, o caminho para a cobertura universal, Relatório Mundial da Saúde, OMS

Índice de estigma e discriminação das Pessoas que vivem com VIH em Cabo Verde, CCS-SIDA, Rede das Pessoas que vivem com VIH, 2016

Manual de procedimentos para serviços e profissionais de saúde, prevenção e atendimentos às vítimas de VBG. ICIEG, Novembro de 2016

Pacto Nacional da Saúde, Fevereiro 2014

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012- 2106 – Volumes I e II, MS 2013

Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2015-2020, Ministério da Saúde

Plano da Rede Sanitária dos Cuidados Primários de Saúde em S. Vicente (documento preliminar) – Antares Consulting, MS, OMS, Fevereiro de 2017

Análise da prestação dos cuidados de saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (SSR) do homem, da mulher e do adolescente nos Centros de Saúde de Cabo Verde, 2015, MS

Quadro de despesas sectorial 2017-2020, DGPOG, Ministério da saúde

Rapport de la revue rapide de la surveillance des PFA et autres maladies cibles du PEV

CABO VERDE, du 12 au 22 novembre 2016, OMS, MS

I Inquérito nacional sobre a prevalência de consumo de substâncias psicoactivas na população geral, Cabo Verde Maio de 2013, CCCD, UNODC

I inquérito nacional Sobre o consumo de substâncias psicoactivas em alunos do ensino secundário de Cabo Verde, Junho de 2013, CCCD, UNODC

IDRF 2015 – Relatório preliminar INE

As práticas parentais junto das crianças menores de seis anos em Cabo Verde, UNICEF, IMC 2013

Relatório de Atividades do Ano de 2015, programa Nacional da Saúde dos Adolescentes, MS

Relatório do CQE nacional – 4º trimestre 2016, RNL VIH/DNS

Relatório anual Programa de Luta contra as Doenças de Transmissão Sexual, incluindo o VIH/Sida, 2016

Rapport de Progrès sur la riposte au SIDA au Cabo Verde – 2014, CCS-SIDA

Relatório Anual de actividades – Tuberculose/Lepre 2014, 2015 DNS/Programa TUB/Lepre

Relatório Anual de Actividades 2015 e 2016, Programa Nacional de Telemedicina, MS

Relatório de Actividades 2015 e 2016 – PNN, MS

Relatório de actividades, DGPOG 2014 e 2014, MS

Relatório Estatístico 2010, 2011, 2012, 2013, Ministério da Saúde

Relatório Estatístico 2014, Ministério da Saúde e Segurança Social

Estudo de satisfação de utentes e colaboradores dos Centros de saúde, MS 2015

Avaliação da qualidade apercebida e da satisfação de utentes com os serviços dos hospitais centrais e regionais, MS 2016, relatório preliminar

Revisão da performance do programa nacional de luta contra o paludismo, DNS, OMS

Relatório geral – Junho de 2013, Cabo Verde

Relatório do PNLP 2015 e 2016, DNS/PNLP

Relatório de actividades do PAV 2015,DNS/Serviço de Atenção Integrada à Saúde da Criança e do Adolescente

Relatório de Actividades Ano 2015, DNS, Programa Nacional de Saúde Oral Preventiva

Relatório de actividades 2014, 2015-Programa Nacional de Escolas Promotoras de Saúde, Dulcineia Trigueiros, Elionora Monteiro, Henrique Fernandes, Maria Tereza Moraes

Relatório síntese de auditorias, preenchimento processos clínico, IGS, Julho 2016

Seguimento do DECRPIII (2012, 2013, 2014 e 2015) – DGPOG, MS

Segundo relatório de implementação rastreio do Cancro do colo de útero, DNS, 3/01/2017

Relatório ODM Cabo Verde, 2015, dados de 2014, Gov Cabo Verde

Taxa de execução do PNDS – SISA, MS, 22/10/2015

Universal health coverage – at the centre of the health goal, Cap 4, World Health statistics 2016

World Health Statistics 2015, OMS

Inquérito Multi-Objectivos 2015, estatísticas das condições de vida, INE