



Ministério da Saúde e
da Segurança Social

PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO 2017-2021

Volume I

Índice

Índice de figuras	2
Índice de gráficos	3
Índice de tabelas	4
Lista de siglas e abreviaturas	5
Resumo executivo	8
1. Introdução	15
1.1. Organização e abordagem	15
1.2. Principais fatores de mudança	17
2. Balanço da implementação do PNDS (2012 – 2016)	18
3. Perfil sanitário do país	30
3.1. Enquadramento do sector	30
3.2. População e necessidades	32
3.3. Recursos disponíveis	40
3.4. Fluxos de doentes	47
3.5. Análise SWOT	52
4. Visão e Missão do PNDS (2017 – 2021)	62
5. Eixos de desenvolvimento estratégico	64
5.1. Reorientação do modelo de governança para resultados em saúde e bem-estar	67
5.2. Promoção da saúde e melhoria da prestação de cuidados	72
5.3. Desenvolvimento dos recursos humanos e da investigação	79
5.4. Reorganização estratégica das infraestruturas e equipamentos	84
5.5. Desenvolvimento no sector farmacêutico	88
5.6. Reforço do sistema de saúde digital – E-Saúde	92
5.7. Acesso ao sistema de saúde e sustentabilidade financeira do setor	96
5.8. Promoção da cooperação e atuação intersectorial	99
6. Orçamento global	102
7. Seguimento e avaliação da implementação	103

7.1. Indicadores do PNDS (2017 – 2021)	104
7.2. Indicadores ODS 3	106

Índice de figuras

Figura 1 - Principais fatores de mudança de paradigma	17
Figura 2 - Síntese da avaliação do PNDS 2012-2016	19
Figura 3 - Indicadores geo-demográficos de Cabo Verde (2017)	32
Figura 4 - Estrutura etária da população de Cabo Verde (2017-2030).....	34
Figura 5 - Taxa de utilização da população de referência, nas estruturas públicas (2016)	44
Figura 6 - Principal oferta privada de cuidados de saúde (2017)	46
Figura 7 - Evacuações (internas) recebidas nos hospitais centrais, por proveniência	51
Figura 8 – Documentos enquadradores do PNDS 2017-2021	63
Figura 9 – Principais componentes numa abordagem holística da saúde	64
Figura 10 – Eixos estratégicos e iniciativas do PNDS 2017-2021.....	66
Figura 11 – Funções centralizadas no MSSS	68
Figura 12 – Áreas funcionais a suportar pelo Sistema Informático da Saúde	93

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Evolução do orçamento de funcionamento do Ministério da Saúde (2012-2016)	31
Gráfico 2 – Evolução do financiamento do Ministério da Saúde (2012-2014)	32
Gráfico 3 – Estimativas de evolução da população residente em Cabo Verde (2015-2030)	35
Gráfico 4 – Número de óbitos maternos e taxa de mortalidade materna (2012-2016)	35
Gráfico 5 - Evolução da taxa de mortalidade infantil e suas componentes (2012-2016)	36
Gráfico 6 – Evolução da taxa de mortalidade geral total e por género (2012-2016)	36
Gráfico 7 – Representatividade dos óbitos em Cabo Verde segundo as principais causas (2012-2016)	37
Gráfico 8 – Número de efetivos médicos, enfermeiros e técnicos (2012-2016)	41
Gráfico 9 - Rácio de efetivos médicos e enfermeiros, por região (2016)	43
Gráfico 10 – Número total de teleconsulta por centro (2017)	45
Gráfico 11 - Total de teleconsultas por especialidade (2017)	46
Gráfico 12 – Número de doentes evacuados para o exterior (2012-2016).....	48
Gráfico 13 – Representatividade dos doentes evacuados para o exterior, por especialidade (2012-2016)	49

Índice de tabelas

Tabela 1 – Orçamento de investimento do Ministério da Saúde (2014-2016)	31
Tabela 2 – População residente em Cabo Verde por nacionalidade, por região (2014)	33
Tabela 3 - Indicadores de evolução do turismo em Cabo Verde (2012-2017)	33
Tabela 4 - N.º de casos de doenças de notificação obrigatória em Cabo Verde (2012-2017)	38
Tabela 5 – Taxas de incidência, prevalência e mortalidade por tuberculose (2012-2017)	38
Tabela 6 - Taxas de deteção de novos casos de VIH, SIDA e mortalidade (2012-2017)	39
Tabela 7 - Estruturas de prestação de cuidados de saúde por tipologia (2012-2016)	41
Tabela 8 – Rácio de efetivos médicos e enfermeiros, por região (2012-2016)	42
Tabela 9 – Despesas do INPS no âmbito da saúde (2013-2017)	47
Tabela 10 - Representatividade dos doentes evacuados para o exterior por entidade responsável (2012-2016).....	50
Tabela 11 – População residente e entradas de turistas (2016-2017)	70
Tabela 12 – Aumento dos profissionais nas estruturas de cuidados de saúde, por grandes	

categorias (2017-2021)	79
Tabela 13 – Orçamento global anual para implementação do PNDS 2017-2021	102
Tabela 14 – Indicadores e metas de avaliação e seguimento dos resultados do PNDS 2017-2021	104
Tabela 15 – Indicadores e metas do ODS 3	106

Lista de siglas e abreviaturas

AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ARFA	Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares
CCS-SIDA	Comité de Coordenação do Combate à SIDA
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CRCA	Comissão Regional de Certificação da Pólio em África
CS	Centro de Saúde
DGASP	Direção Geral da Agricultura, Silvicultura e Pecuária
DGF	Direção Geral de Farmácia
DNS	Direção Nacional de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ECG	Eletrocardiograma
ECV	Escudos Cabo-Verdianos
EMPROFAC	Empresa Nacional de Produtos Farmacêuticos
GPW 13	13º Programa Geral de Trabalho
HAN	Hospital Agostinho Neto
HBS	Hospital Baptista de Sousa
HC	Hospital Central
IGS	Inspeção Geral de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública
IRA	Infeção Respiratória Aguda
IRC	Insuficiência Renal Crónica
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LNME	Lista Nacional de Medicamentos Essenciais
MSSS	Ministério da Saúde e da Segurança Social
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OOAS	Organização Oeste Africana da Saúde

PCES	Pacotes Essenciais dos Cuidados de Saúde
PEDRHS	Plano Estratégico de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde
PEDS	Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável
PFN	Política Farmacêutica Nacional
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNLTL	Programa Nacional da Luta contra a Tuberculose e Lepra
PNUD	Programa da Nações Unidas para o Desenvolvimento
PS	Posto Sanitário
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos da Saúde
RSFB	Região Sanitária de Fogo e Brava
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSSA	Região Sanitária de Santo Antão
RSSN	Região Sanitária de Santiago Norte
SIGOF	Sistema Integrado de Gestão Orçamental e Financeira
SIS	Sistema de Informação da Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VERDEFAM	Associação Cabo-Verdiana para a Proteção da Família
VIH-SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana – Síndrome da Imunodeficiência Humana
USB	Unidade Sanitária de Base

Resumo Executivo

Enquadrado no processo de planificação e reorganização estratégica dos cuidados de saúde em Cabo Verde, este documento constitui o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) para o período de 2017-2021.

O PNDS 2017-2021 surge numa fase particularmente relevante para o país, na medida em que por um lado, foram alcançados nos últimos anos um conjunto de objetivos e benefícios em termos de saúde, mas por outro, surgem novas necessidades e desafios, perante as alterações demográficas e epidemiológicas, com uma população cada vez mais informada e exigente.

Cabo Verde encontra-se assim perante o duplo desafio de manter controladas as doenças transmissíveis, mas também, em simultâneo, de responder ao aumento acentuado da prevalência das doenças não transmissíveis.

Estas alterações alavancam uma atuação baseada numa abordagem holística e inclusiva da saúde, para fazer face a necessidades não apenas orientadas para o tratamento da doença, mas também e com especial relevo, para uma atuação integrada nas componentes de promoção da saúde e prevenção das doenças, com vista a proporcionar mais saúde e bem-estar à população.

O trabalho em equipa, a conjugação de competências multidisciplinares, a utilização de recursos de forma coordenada e eficiente e cada vez mais assente em plataformas digitais, assim como a atuação conjugada dos diferentes setores, constituem um fator crítico para a resposta às novas necessidades pelos sistemas de saúde.

Neste contexto, o PNDS 2017-2021, contempla um conjunto de eixos estratégicos e iniciativas operativas para melhorar a saúde da população de Cabo Verde, contribuindo de forma acentuada para o acesso universal e equitativo aos diferentes níveis de cuidados, com elevado nível de humanização, assim como para preservar a segurança e servir as populações vulneráveis, potenciando a saúde de todos em todas as políticas.

O PNDS 2017-2021 assenta em 8 eixos de desenvolvimento estratégico:



Cada eixo de desenvolvimento estratégico é consubstanciado em diversas iniciativas, tendo sido no global, definidas 25 iniciativas operativas apresentadas a seguir:

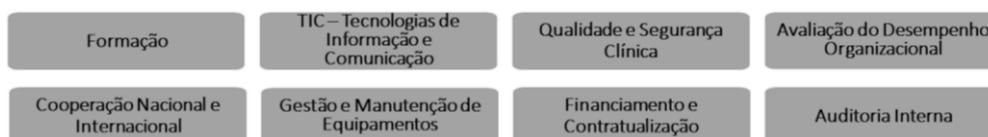
I. Reorientação do modelo de governança para resultados em saúde e bem-estar

1 Criar a Entidade Reguladora da Saúde

Centralizar funções de regulação e supervisão atualmente inexistentes ou dispersas

2 Centralizar funções críticas para alcançar a estratégia

Criar e implementar um modelo de liderança e organização que, em articulação com as diferentes estruturas descentralizadas de cada uma das regiões/Ilhas, defina a nível central a estratégia consolidada, em áreas críticas para o sistema de saúde:



3 Consolidar a descentralização com novas Regiões Sanitárias



4 Apostar na saúde familiar e institucionalizar equipas de saúde familiar

Atribuição do mesmo médico e enfermeiro a todos os elementos do agregado familiar.

Elaboração do cadastro familiar	Enfoque nos cuidados primários	Promoção da saúde e prevenção da doença
---------------------------------	--------------------------------	---

II. Promoção da saúde e melhoria da prestação de cuidados

5 Desenvolver e implementar os Programas e Planos de Saúde

Programas de vigilância e resposta a epidemias	Programas de promoção e protecção integradas à saúde da mulher e da criança, do adolescente, do homem e do idoso	Programas para a prevenção e controlo de doenças e fatores de risco
--	--	---

- Promoção
- Prevenção
- Diagnóstico
- Seguimento
- Referenciação

6 Reforçar e implementar uma abordagem nacional para a Promoção da Saúde

Plano Nacional de Promoção da Saúde:

Plano de abrangência nacional e intersetorial enfocada numa abordagem holística da saúde

7 Reforçar e consolidar a adoção da telemedicina e adicionar e desenvolver a componente e-Saúde

Sustentabilidade do Programa: melhoria da equidade e acesso da população aos cuidados de saúde.

8 Criar um serviço nacional de emergência pré-hospitalar

Prestação de primeiros socorros com eficácia, com um sistema de comunicação e evacuação rápida.

Número único de emergência 112	Centro de Coordenação e Despacho de Emergências	Adequada rede de transporte de doentes urgentes
--------------------------------	---	---

9 Reforçar a rede de referência de doentes, promover deslocações periódicas de especialistas e implementar uma unidade móvel (UM) de apoio aos concelhos e ilhas

Referência e contra-referência de doentes UM e deslocações regulares de especialistas

10 Reforçar a Rede Nacional de Laboratórios e o Laboratório Nacional de Saúde Pública

Centralização dos laboratórios especializados em S. Vicente e em Santiago
Constituição de um Laboratório de referência nacional na área da Saúde Pública

III. Desenvolvimento dos recursos humanos e da investigação

11 Reforçar o dimensionamento dos profissionais de saúde

Reforço do dimensionamento de acordo com os planos das várias regiões e estruturas

Recrutamento nacional/internacional ou através de cooperações internacionais

12 Promover a valorização e fixação dos profissionais

Planos de formação anuais: formações específicas e formação contínua de todos os profissionais

Plano de incentivos para situações específicas

Reforço da formação e capacitação nas áreas de gestão

13 Consolidar o curso de medicina em Cabo Verde e desenvolver a formação especializada

Programa de estágio probatório da Carreira Médica Dinamização de Escolas Técnicas de Saúde

14 Promover o desenvolvimento da investigação

Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde

Financiamento específico para a investigação em saúde

IV. Reorganização estratégica das infraestruturas e equipamentos

15 Remodelar e construir infraestruturas de saúde

Estruturas de cuidados de saúde primários e Hospitais Centrais

- Construção de edifícios novos para CS (novas unidades e de substituição) + remodelações gerais
- Constituição de novos PS + de substituição
- Ativação de USB

HAN: UCI, HD, internamento, BUA, BO, Trindade, laboratório, radiologia
HBS: Hemodiálise, U. Ambulatório, UCI, HD, laboratório, radiologia

Estruturas Centrais

Novo edifício para a sede do INSP, incluindo o Laboratório Nacional de Saúde Pública

16 Implementar o plano de aquisição e manutenção de equipamentos fixos e móveis

Equipamentos para as estruturas de prestação

de cuidados de saúde primários, secundários e

terciários.

Unidade Móvel

- Períodos de garantia
- Manutenção após garantia
- Níveis de serviço
- Capacitação de profissionais
- Apoio remoto

V. Desenvolvimento do setor farmacêutico

17 Implementar e monitorizar a aplicação da Política Farmacêutica Nacional

Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (LNME)

Gestão do Conhecimento

Sistema de regulação sanitária e monitorização do mercado

Aprovisionamento

Promoção da pesquisa

Financiamento e sistema de regulação de preços

Gestão de RH

Uso racional de medicamentos e dispositivos médicos

18 Promover o desenvolvimento e a integração do farmacêutico no sistema de saúde

Promoção e dinamização das Boas Práticas de Farmácia
Dotar todas as ilhas/regiões de farmacêutico
Reforço da relação médico/farmacêutico

Integração do farmacêutico nas equipas multidisciplinares e comissões técnicas vocacionadas para o controlo e uso dos medicamentos, gestão do risco e segurança e custo-efetividade

19 Constituir uma Task Force para implementação do Sistema Informático da Saúde

VI. Reforço do sistema de saúde digital – E-Saúde

Assegurar:

- A existência e funcionamento de infraestruturas de redes e comunicações
- O suporte aplicacional
- A aquisição do hardware



Task Force:

- Equipa Central
- Grupos descentralizados por região e em cada um dos HC



Estratégia de implementação

- Capacitação dos profissionais
- Definição de prioridades

20 Melhorar o sistema de comunicação, gestão de risco e segurança

Implementação de medidas para informação, comunicação e gestão do risco global

Planos de contingência a nível municipal

Capacitação de pontos focais a nível local

Implementação de uma cultura de gestão do risco e segurança do doente

Implementar sistemas de gestão de risco e segurança do doente Prevenir e desenvolver ações de melhoria

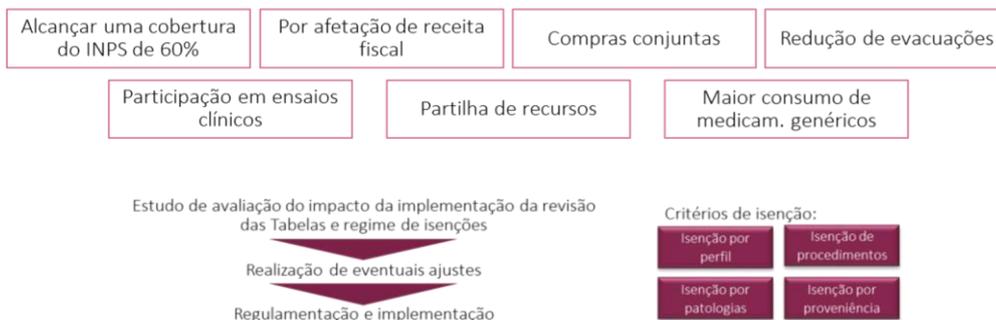
Implementação dos processos de atendimento e acolhimento dos doentes

Triagem de Manchester - Guia de atendimento - Guia de acolhimento

21 Promover o aumento da receita e otimizar a eficiência

VII. Acesso ao sistema de saúde e sustentabilidade financeira do setor

22 Rever a política de comparticipações e isenções nos cuidados de saúde



VIII. Promoção da cooperação e atuação intersectorial

23 Desenvolver e implementar o conceito “One Health”, integrando a Saúde em todas as políticas

Promoção e sensibilização dos problemas prioritários de saúde pública junto da comunidade – Reforço do diálogo Observatório Nacional de Saúde

Comissões Municipais de Saúde em pleno funcionamento

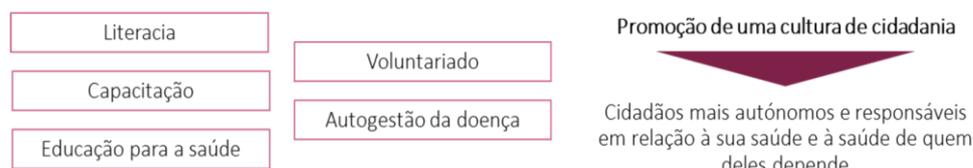
Promoção da dinâmica intersetorial para fortalecer e implementar a visão holística da saúde, melhorando o equilíbrio entre doença e saúde

24 Promover a vigilância e resposta a emergências em saúde pública

Capacitar o país na plena adesão ao Regulamento Sanitário Internacional
Ampliar a coordenação de ações e a velocidade de respostas conjuntas solidárias, em situações de emergência

Grupo de Trabalho nacional subordinado ao tema
“Capacitação em Respostas e Emergências em Saúde Pública”

25 Promover e potenciar a cidadania



O PNDS 2017-2021 é, assim, um documento de natureza estratégica e operacional que permite dar suporte à materialização da Política Nacional de Saúde (PNS) para o horizonte 2020, enquadrado por um conjunto de orientações e documentos estruturantes, como sejam, o Programa do Governo para a IX Legislatura, o Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável (PEDS), o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS-CPLP), os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, mas também por instrumentos operacionais, como o GPW 13 (13º Programa Geral de Trabalho da OMS), que permitem a concretização dessas políticas.

Para a implementação das iniciativas previstas em cada um dos eixos de desenvolvimento estratégico, foi estimado um orçamento global da ordem dos 24 milhões de contos, num valor anual a variar entre os cerca de 3 e 6,2 milhões de contos.

De acordo com os objetivos estratégicos e prioridades, foi estabelecido um plano de ações para a implementação, tendo-se considerado as prioridades de atuação no seu faseamento.

O seguimento da implementação das 25 iniciativas contempla um conjunto de 75 indicadores, com vista a sustentar e avaliar o processo de implementação, e de 23 indicadores e metas, para monitorizar os resultados obtidos em saúde e no SNS, em termos de acesso e equidade, eficiência e resultados, qualidade e conformidade, assim como o cumprimento dos ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável).

1. Introdução

1.1. Organização e abordagem

O PNDS 2017-2021 é composto por dois volumes. O Volume I enquadra a evolução e perfil sanitário do país e apresenta os eixos de desenvolvimento estratégico, encontrando-se organizado da seguinte forma:

- Capítulo 1, constituído pela presente introdução, reflete a abordagem metodológica, os principais objetivos e desafios do PNDS 2017-2021;
- Capítulo 2, apresenta o balanço da implementação do PNDS 2012-2016, onde é efetuado um breve resumo dos resultados alcançados no período anterior;
- Capítulo 3, apresenta a caracterização do atual Perfil Sanitário de Cabo Verde, em termos de população, necessidades em saúde e recursos disponíveis, bem como uma análise SWOT do sistema atual, incluindo-se as principais iniciativas em curso e realizadas após o período do Plano de 2012-2016;
- Capítulo 4, é apresentada a visão e missão do PNDS 2017-2021;
- Capítulo 5, apresenta os eixos de desenvolvimento estratégico e principais iniciativas a desenvolver;
- Capítulo 6, apresenta a estimativa de orçamento global anual, para a implementação do plano;
- Capítulo 7, apresenta a metodologia e plano de seguimento da implementação e dos resultados a alcançar em termos de acesso e equidade na disponibilização dos cuidados, eficiência e qualidade nos serviços prestados, bem como as metas a alcançar para cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

O Volume II é constituído pela especificação das iniciativas enquadradas em cada eixo estratégico, metas e orçamento detalhado.

Nos últimos anos o país tem realizado diversos Planos de Desenvolvimento Setorial e Regional, assim como um vasto conjunto de documentos e regulação em matérias específicas emergentes, que estão a contribuir, num percurso favorável, para a reforma do setor e para a melhoria dos resultados na área da saúde.

Neste contexto, em termos metodológicos foram criadas as condições para adotar uma abordagem *bottom-up* na elaboração do PNDS 2017-2021, na medida em que o Plano irá incorporar e consolidar as orientações e objetivos dos diferentes documentos, mas também refletir as questões de natureza transversal, características de uma abordagem sistémica nacional.

A elaboração do PNDS 2017-2021 contemplou uma metodologia participativa com um trabalho de levantamento inicial e um atelier de validação final, que envolveram no seu conjunto cerca de 80 pessoas de diferentes setores e intervenientes, para além do próprio Ministério da Saúde e da Segurança Social. Contribuíram para a realização do PNDS 2017-2021 representantes das seguintes entidades:

- OMS – Organização Mundial de Saúde;
- Ministério da Saúde e da Segurança Social:

- Direção Nacional de Saúde; ○ Inspeção Geral da Saúde (IGS);
- Direção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão;
- Direção Geral de Farmácia;
- Regiões Sanitárias;
- Hospitais Centrais;
- Hospitais Regionais;
- Delegacias de Saúde.
- Comité de Coordenação do Combate à SIDA – CCS-SIDA;
- Comissão de Coordenação de Combate ao Álcool e outras Drogas – CCAD;
- Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP);
- Instituto Nacional da Previdência Social (INPS);
- Ministério da Educação – Direção Nacional de Educação;
- Ministério da Agricultura e do Ambiente (MAA):
 - Direção Nacional do Ambiente (DNA);
 - Equipa técnica das diferentes áreas da DGASP.
- Escritório conjunto do PNUD/UNFPA/UNICEF;
- EMPROFAC;
- INPHARMA;
- ARFA;
- Ordem dos Médicos de Cabo Verde;
- Ordem dos Farmacêuticos de Cabo Verde;
- Instituto Nacional de Estatística (INE);
- VERDEFAM;
- Universidade de Cabo Verde;
- Morabi – Associação Cabo-verdiana de Auto-promoção da Mulher;
- Serviço Nacional de Proteção Civil;
- Agência Nacional de Água e Saneamento (ANAS);

- Rede +;
- Plataforma ONG's;
- Rede de Seropositivo de Cabo Verde.

Foi também considerado a principal documentação estratégica e operacional, disponibilizada pelos diferentes organismos e intervenientes, particularmente no que se refere às orientações previstas para o período abrangido pelo PNDS 2017-2021.

1.2. Principais fatores de mudança

O PNDS 2017-2021 deverá estar orientado para responder às necessidades atuais, bem como para enfrentar as mudanças que se perspetivam num futuro próximo.

Os benefícios alcançados, mas também as novas necessidades conduzem a um conjunto de desafios que consubstanciam uma mudança de paradigma no setor da saúde, assente em novas formas de abordagem para fazer face a necessidades mais orientadas para a saúde e para o cidadão, versus uma abordagem tradicional mais orientada para a doença.

Figura 1 - Principais fatores de mudança de paradigma



O PNDS 2017-2021 deverá endereçar os eixos de desenvolvimento e as iniciativas que permitam enfrentar este paradigma e dar resposta aos novos desafios colocados ao setor e ao país, confrontado com o aumento da prevalência e complexidade das doenças não transmissíveis, sem descurar o seguimento e as conquistas alcançadas nas doenças transmissíveis.

Adicionalmente assiste-se a um aumento acentuado das doenças crónicas e das necessidades crescentes de profissionais especializados, não apenas a nível dos médicos, mas também de

enfermeiros e de outros técnicos, com competências específicas para necessidades concretas, e com um papel fundamental, nomeadamente, no seguimento das patologias crónicas.

O trabalho em equipa, as competências multidisciplinares, a utilização de recursos de forma coordenada e eficiente, assim como a atuação conjugada dos diferentes setores, constituem um fator crítico para a resposta às novas necessidades pelos sistemas de saúde.

2. Balanço da implementação do PNDS 2012-2016

O PNDS 2012-2016 compunha-se de 8 programas e 46 componentes, pretendendo-se, em parte, com o PNDS 2017-2021 dar continuidade à execução de alguns projetos e intervenções previstas no plano quinquenal findo, torna-se relevante identificar as principais realizações durante a sua vigência.

O balanço da implementação teve por base o Relatório de Avaliação Final do PNDS 2012-2016, que se enquadra no mecanismo estabelecido de gestão e seguimento da implementação do mesmo, correspondendo a uma avaliação externa realizada com recurso a uma consultoria nacional independente.

Com a implementação do PNDS 2012-2016 esperava-se materializar a visão da Política Nacional de Saúde para 2020, no sentido de garantir a saúde da população cabo-verdiana, através da construção de um Serviço Nacional de Saúde universalmente acessível, eficaz e equânime.

A implementação dos 8 programas prioritários do PNDS 2012-2016 tinha como objetivo a obtenção dos seguintes principais ganhos, que obtiveram genericamente os seguintes resultados:

1) Oferta de cuidados de saúde com qualidade, acessíveis e a um custo abordável:

- Em geral a cobertura da população pelos serviços de saúde apresenta níveis satisfatórios, sobretudo em relação às crianças e grávidas. Houve alargamento da oferta de cuidados de saúde, registando-se, no entanto, a falta de recursos para a prestação de cuidados com a qualidade desejada.

2) Melhor qualidade de saúde da população traduzida por níveis mais baixos de mortalidade e de morbilidade em geral:

- Foi alcançada uma redução da mortalidade infantil e as mortes maternas não ultrapassaram um valor anual de 5. Nas doenças infetocontagiosas registou-se um desempenho favorável, mas com um grande atraso na implementação de uma abordagem preventiva e curativa das doenças crónicas não transmissíveis.

3) Redução dos riscos de ocorrência de epidemias:

- 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, atualizar planos de preparação e contingência e implementar o plano para reforço das competências em matéria de RSI (2005).

- 4) População mais informada sobre os determinantes da saúde e mais participativa na resolução dos principais problemas de saúde:
 - O nível de conhecimento das populações precisa ser monitorizado com mais regularidade, tendo em conta não apenas os problemas de saúde mas também os principais determinantes.

- 5) Parcerias a favor da saúde mais reforçadas:
 - 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.

- 6) Redução das desigualdades de género no acesso aos cuidados de saúde e uma abordagem mais efetiva das questões de género nas diferentes intervenções propostas no PNDS 2012-2016:
 - A abordagem de género coloca ainda muitos desafios ao setor da saúde sendo necessário desenvolver competências para permitir que, nos processos de planeamento, estejam incluídos os elementos necessários em termos de metas, intervenções, recursos e indicadores para a sua efetiva operacionalização.

Em termos esquemáticos e resumidos pode-se constatar uma intervenção em todos os programas, embora com ritmos e resultados distintos.

Figura 2 - Síntese da avaliação do PNDS 2012-2016

Apresenta-se a seguir o ponto de situação relativamente a cada um dos Programas, constante do Relatório de Avaliação Final do PNDS 2012-2016.

PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

PROGRAMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	Prevenção e Luta contra as doenças prioritárias	
	Atenção específica a grupos etários da População	
	Operacionalização da prestação de cuidados em cada um dos níveis da pirâmide etária	
PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	Desenvolvimento de políticas de Promoção de Saúde enquadradas no processo de desenvolvimento nacional, regional e local	
	Promoção da Saúde escolar	
PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS	Desenvolvimento e implementação de programas de formação	
	Promoção da distribuição mais equitativa dos profissionais de saúde	
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA REDE DE INFRAESTRUTURAS	Consolidar/adequar a rede de infraestruturas sanitárias para responder às necessidades previsíveis do SNS até 2016, na base de critérios definidos	
	Manutenção preventiva e de reparação para garantir a continuidade das instalações e o funcionamento dos equipamentos	
PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SECTOR DA SAÚDE	Aumento da capacidade de arrecadação das contribuições e de mobilização de recursos para o sector da saúde	
	Melhoria da capacidade de gestão financeira e contabilística	
	Contribuição para o desenvolvimento de uma política de cobertura universal dos cuidados de saúde	
PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SECTOR FARMACÊUTICO DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE	Garantia da acessibilidade aos medicamentos e produtos farmacêuticos à população	
	Desenvolvimento da função de regulamentação e regulação da atividade farmacêutica	
	Padronização e adequação do parque de equipamentos sanitários a cada tipo de estabelecimento em função do nível respetivo de atenção	
PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE INTEGRADO DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE	Sistema Integrado de Informação para a Saúde	
	Desenvolvimento da Investigação em Saúde	
PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	Melhoria do quadro organizacional do MS	
	Adequação do quadro legal e desenvolvimento da função reguladora contendo de controlo do MS	
	Parceria e complementaridade público privada	

Nível de Cumprimento: Pleno Elevado Médio Reduzido

Programa com objetivo geral de 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.

Este programa é subdividido em 3 subprogramas tendo-se alcançado os seguintes principais resultados:

Prevenção e Luta contra as doenças prioritárias

Relativamente à prevenção, tratamento e vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis prioritárias:

- i) Reforço das estratégias específicas, nomeadamente em relação ao VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo. Foram revistos e atualizados os respetivos 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, na manutenção da incidência do paludismo ao nível da eliminação e na taxa de transmissão vertical a 0,02%.

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.

iii) A incidência da Lepra está controlada, em níveis de eliminação.

Não houve reforço do sistema de vigilância integrada das doenças quer do ponto de vista da afetação de mais recursos humanos, técnicos e financeiros, quer quanto à adoção e publicação de normas e procedimentos. A implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) também não teve o desenvolvimento esperado.

Os principais resultados esperados em relação à prevenção e o controlo das doenças não transmissíveis, não foram alcançados, registando-se um grande atraso no início da implementação das intervenções (2015/2016) e uma fraca mobilização de recursos.

Atenção específica a grupos etários da população

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).

No cômputo geral da implementação das 4 componentes deste subprograma, apenas as intervenções consideradas de rotina dos serviços de saúde reprodutiva dirigidas às crianças, grávidas e mulheres em idade fértil foram implementadas de forma regular. Poucas intervenções direcionadas aos adolescentes, jovens, homens e idosos. Contudo, houve alguma dinamização das atividades das componentes “Prestação de cuidados específicos à saúde dos adolescentes e jovens assim como à saúde dos idosos” após a reestruturação dos serviços da DNS, em 2015/2016 e a nomeação das respetivas coordenações técnicas.

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

A falta de inquéritos sobre a oferta e utilização de cuidados bem como de indicadores apropriados dificultam a avaliação da operacionalização deste subprograma com a metodologia utilizada.

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.

Houve um investimento para ampliar os serviços de âmbito regional com a criação de mais duas regiões sanitárias, com o recrutamento de profissionais para os hospitais regionais incluindo especialistas médicos e com a publicação de diplomas reguladores.

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, OrtoTraumatologia, Laboratório de Análises clínicas e de Anatomia Patológica, entre outras).

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.

A conexão, dos três níveis, para a gestão clínica integrada do doente não foi alcançada neste período.

Foram fatores de constrangimento a insuficiência de recursos, a fraca manutenção de equipamentos, a rotatividade elevada dos profissionais e a insuficiência de mecanismos de acompanhamento.

Em síntese, de acordo com a avaliação a meio percurso, em Junho de 2015, verificou-se uma aceleração da implementação de intervenções a favor das doenças crónicas não transmissíveis com alguns resultados como sejam o projeto de rastreio do cancro do colo do útero 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.

PROGRAMA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Programa cujo objetivo geral é promover a qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades e riscos para a saúde relacionados com os seus determinantes e condicionantes.

O Programa de Promoção da Saúde cujo objetivo geral, amplo, foi abordado através de quatro objetivos mais específicos, não apresenta no global, um balanço positivo da implementação das intervenções e dos resultados obtidos.

Desenvolvimento de políticas de Promoção de Saúde enquadradas no processo de desenvolvimento nacional, regional e local

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 nas IST/VIH/SIDA, também constituiu uma abordagem implementada, não diretamente mas em articulação com outros parceiros nomeadamente, Educação, Centros de Juventude e CCS-SIDA.

A promoção da saúde não está evidenciada no PNDS 2012-2016, como 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 proteção do ambiente e o abastecimento de água, no âmbito da luta contra vetores.

Faltou a coordenação, o que poderá ser explicado devido a mudanças organizacionais do setor da saúde e da liderança deste programa durante os cinco anos. Neste contexto, não foi identificado um quadro claro de coordenação intersectorial como pretendido.

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.

Promoção da Saúde escolar

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 projeto-piloto de Escolas Promotoras de Saúde que, contudo, não teve capacidade para a extensão limitando-se a 15 escolas.

Em síntese, além das insuficiências do processo de coordenação, reconhece-se um défice em competências técnicas nesta área e pouco investimento para o desenvolvimento do programa. Perspetiva-se a necessidade de mobilizar e desenvolver parcerias num quadro institucional e reforçar os recursos quer técnicos quer financeiros.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS

Programa cujo objetivo geral é reforçar o Serviço Nacional de Saúde com recursos humanos suficientes e capacitados para prestar serviços de qualidade, assim como desenvolver e implementar um sistema de seguimento e avaliação dos Recursos Humanos da Saúde (RHS).

Os resultados esperados não foram todos concretizados, mas no cômputo geral este programa teve um desempenho positivo na implementação das intervenções em cada componente.

Desenvolvimento e implementação de programas de formação

- i) Foi estabelecido um plano de formação contínua abrangendo vários domínios de aprendizagem e um número importante de profissionais da saúde.
- ii) 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 afetação dos mesmos e o respetivo enquadramento através do Quadro de Despesas a Médio/Curto Prazo. 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.

Promoção da distribuição mais equitativa dos profissionais de saúde

Não está comprovada uma distribuição mais equitativa dos técnicos da saúde das diferentes categorias e o recrutamento de farmacêuticos para o setor 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).

Em relação ao sistema de seguimento e avaliação dos RHS 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 efetiva implementação. O Banco de Dados dos RH não parece dispor da operacionalidade necessária para garantir o seguimento deste sistema de avaliação do desempenho.

No final do período do PNDS 2012-2016 foi encetado um processo de revisão das carreiras médica e de enfermagem, cuja concretização ocorrerá no período de vigência do próximo plano.

Do ponto de vista de gestão hospitalar, as unidades do país foram dotadas de Gestores devidamente qualificados nos cinco hospitais (central/regional) e nas três regiões sanitárias.

Foi introduzida em todos os CS a metodologia de trabalho proposta por Harvard, que tem por objetivo a melhoria da gestão dos serviços de saúde, com resultados considerados positivos sem que contudo tenha sido realizada a avaliação das competências em gestão, ou um relatório de monitorização.

Em síntese:

- 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;
- Deve ser prioridade, adequar a base de dados dos RH da Administração Pública e a sua efetiva integração no SIS;
- Deve manter-se o esforço para a mobilização de parcerias e de recursos com vista à formação de base e especializada;
- 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, ou perda de qualidade dos serviços.

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO NA REDE DE INFRAESTRUTURAS

Programa cujos objetivos gerais são dotar o Serviço Nacional de Saúde de uma rede de estruturas capaz de responder às expectativas e necessidades específicas dos cabo-verdianos e garantir o funcionamento continuado das estruturas e equipamentos de saúde.

Consolidar/adequar a rede de infraestruturas sanitárias para responder às necessidades previsíveis do SNS até 2016, na base de critérios definidos

O plano de reabilitação e construção de algumas infraestruturas foi cumprido em cerca de 42% apoiado por recursos mobilizados junto do Tesouro e de parceiros (Fundos do Kuwait, 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.

Várias metas não foram alcançadas (8/12) destacando-se as relacionadas com a elaboração de planos diretores de hospitais, planos estratégicos para a rede de atenção primária de Fogo e Brava podendo indiciar alguma insuficiência, técnica e financeira, do setor responsável pela concretização das mesmas. A Carta Sanitária não foi revista.

O Programa intitulado "Promoção e uso de energias alternativas e eficiência energética" nos hospitais, centrais e regionais, considerado necessário na ótica 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 setor das energias renováveis.

Alguns financiamentos encontram-se garantidos para dar seguimento a projetos elaborados (Laboratório de Saúde Pública e Centros de Diagnóstico, Sede Delegacia da Praia e alguns Centros de Saúde).

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.

Manutenção preventiva e de reparação para garantir a continuidade das instalações e o funcionamento dos equipamentos.

A garantia do funcionamento adequado dos equipamentos esbarra na inexistência de um Plano Nacional de manutenção e na insuficiência de recursos humanos com competência na área, apesar da contratação de um engenheiro biomédico e de um técnico de manutenção para o setor farmacêutico. A assistência técnica pós venda tem sido garantida pelos fornecedores como esperado através do estabelecimento de convênios.

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.

Em síntese, esta área carece de maiores recursos financeiros, nem sempre disponíveis, assim como capacidade técnica específica de que normalmente o setor 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 MSSS deve reforçar parcerias com o setor das Infraestruturas e a capacidade de negociação para a mobilização de recursos financeiros.

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.

PROGRAMA DE SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SETOR DA SAÚDE

Programa cujos objetivos gerais são garantir o funcionamento sustentável do SNS através de uma maior contribuição de todas as fontes, assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde de qualidade e garantir a eficiência e eficácia na gestão dos recursos.

Este Programa depende de fatores muitas das vezes externos ao MSSS e talvez por isso, dos 18 resultados esperados, menos de um terço (27,7%) foram obtidos e outros tantos apenas parcialmente.

Aumento da capacidade de arrecadação das contribuições e de mobilização de recursos para o setor da saúde

As despesas públicas de saúde alcançaram a meta proposta (>10%) em 2014 e 2015.

Anualmente é elaborada uma carteira de projetos de investimentos. Contudo não foi possível confirmar o aumento esperado de financiamento das despesas de saúde com recursos externos.

Apesar de melhorias introduzidas no sistema de contabilidade, avaliado por várias modalidades de controlo (SIGOF, Tribunal de Contas, supervisão interna) os instrumentos para a faturação dos cuidados de saúde não foram implementados, no decurso deste período exceto no HAN. Este

constrangimento dificultou as negociações encetadas pelo MSSS no sentido de aumentar as contribuições da Proteção Social e dos Seguros.

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 setor no entanto elaborada.

Melhoria da capacidade de gestão financeira e contabilística

Todas as estruturas de saúde até ao nível dos Centros de Saúde estão bancarizadas (centros de custo) sob administração direta do SIGOF com ganhos no que se refere à gestão das receitas e despesas.

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.

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 respetiva publicação.

Contribuição para o desenvolvimento de uma política de cobertura universal dos cuidados de saúde

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 setor que seria o elemento catalisador da política de cobertura universal, estratégia ainda por rever, aprovar e implementar.

É referida a dependência do setor saúde em relação a outras instituições no que toca à obtenção/mobilização de recursos aliada, de forma negativa, a uma capacidade de negociação prejudicada pela não implementação de instrumentos como a faturação 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.

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.

Em síntese, as intervenções levadas a cabo não tiveram o impacto desejado de garantir o financiamento sustentável e a equidade no acesso aos serviços de qualidade, pelo que a estratégia de financiamento elaborada deverá ser reavaliada para a sua adequação aos PCES e efetiva implementação.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO SETOR FARMACÊUTICO E DAS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

Programa cujos objetivos gerais são 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 e melhorar a qualidade dos cuidados prestados mediante o suporte em equipamentos e tecnologias adequados às necessidades do SNS.

Garantia da acessibilidade aos medicamentos e produtos farmacêuticos à população

A não revisão da Política Farmacêutica Nacional e do Plano Estratégico para o setor no período do PNDS 2012-2016 terá deixado algum vazio em termos de atualização da legislação para esta área limitando decisões para a melhoria da acessibilidade a medicamentos essenciais.

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%).

O rácio de farmacêutico por dez mil habitantes continua baixo (1,2 em 2015).

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.

Desenvolvimento da função de regulamentação e regulação da atividade farmacêutica

A orgânica do setor farmacêutico (MSSS) não está ainda implementada.

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 afetado com a rotatividade dos técnicos (redução em 30% da notificação em 2016 coincidente com mudanças verificadas nesse ano nas direções dos serviços).

A comercialização de medicamentos ainda não foi regulamentada.

Foi criado um sistema informatizado para monitorização do mercado farmacêutico (SIMFAR) que contudo não tem respondido às necessidades nesta área.

Padronização e adequação do parque de equipamentos sanitários a cada tipo de estabelecimento em função do nível respetivo de atenção

Não existe padronização do parque de equipamentos, faltando inventário nacional e um plano plurianual de aquisições.

Em síntese, a revisão da Política Farmacêutica constitui um dos principais desafios para a definição de um quadro de orientação para a regulamentação do setor e reforço da capacidade técnica e normativa do setor com a afetação de mais recursos.

Deverão ser reduzidos os desequilíbrios e insuficiência na distribuição de recursos humanos a nível dos serviços de prestação de cuidados de saúde, assim como deverá ser definida e implementada a política sobre genéricos e estabelecidas as normas de gestão dos desperdícios de fracionamento dos medicamentos. Deverá ainda haver um reforço dos processos de AIM, da farmacovigilância e do controlo de qualidade dos medicamentos.

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

Programa cujos objetivos gerais são dispor de uma informação que permita monitorizar o estado de saúde da população e o desempenho do Serviço Nacional de Saúde e fomentar o desenvolvimento da investigação em saúde que permita melhorar as tomadas de decisão e a operacionalidade do SNS.

Sistema Integrado de Informação para a Saúde

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.

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.

Os fatores 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.

O sistema integrado de gestão e seguimento de doentes 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.

As recomendações da avaliação feita ao SIS em 2014 estão ainda por implementar destacandose o estabelecimento de um Sistema Informático Integrado de Monitoria e Avaliação.

Desenvolvimento da Investigação em Saúde

No decurso do período entre 2012 e 2016 as intervenções realizadas em prol deste objetivo consistiram praticamente na elaboração de uma agenda de investigação que não foi validada. Os aspetos 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.

Em síntese, 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 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável exigirá reforçar estas duas componentes para o que se impõe clarificar o quadro de orientação, reforçar as capacidades e a coordenação.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA LIDERANÇA E GOVERNAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Programa cujos objetivos gerais são reforçar as capacidades institucionais de regulação, gestão e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde e reforçar o papel de liderança do MSSS na integração de políticas e na assunção dos compromissos do país em matéria de saúde nos diferentes fóruns internacionais.

Melhoria do quadro organizacional do MSSS

Os resultados esperados, com a implementação do PNDS, são da responsabilidade de diferentes setores/departamentos do MSSS constatando-se a inexistência de um quadro claro de coordenação e de um plano para a respetiva monitorização e acompanhamento.

Quadro orgânico do MSSS com duas revisões no período do PNDS (2015 e Outubro de 2016), esta última 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 respetiva avaliação. Não há evidências de realização de uma avaliação do anterior quadro orgânico de 2010.

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 direção dos Gabinetes técnicos (Fogo-Brava diretor em acumulação com direção do Hospital regional) e com orçamento de funcionamento.

Esperava-se criar uma direção ou serviço de qualidade, um observatório de saúde e ter uma provedoria do utente, o que não se verificou.

A Carta Sanitária não foi publicada como esperado.

Adequação do quadro legal e desenvolvimento da função reguladora e de controlo do MSSS

Houve publicação de alguma legislação mas a capacidade normativa é limitada pela falta de recursos humanos especializados na área.

Verificou-se algum investimento no reforço da IGS com afetação 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.

A comunicação interna e externa com recursos limitados embora com algum investimento em equipamentos com apoio da OMS apresenta-se mais organizada.

Carreiras profissionais, sem resultados alcançados (não houve qualquer publicação até 2016).

Parceria e complementaridade público privada

Parceria público privada sem resultados alcançados.

Criação do Instituto Nacional de Saúde Pública

Processo terminado com a publicação dos estatutos e a oficialização dos órgãos de direção.

Do ponto de vista global de avaliação do PNDS 2012-2016 foi constatado alguma evolução no processo de monitorização e acompanhamento das atividades 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.

3. Perfil sanitário do país

3.1. Enquadramento do setor

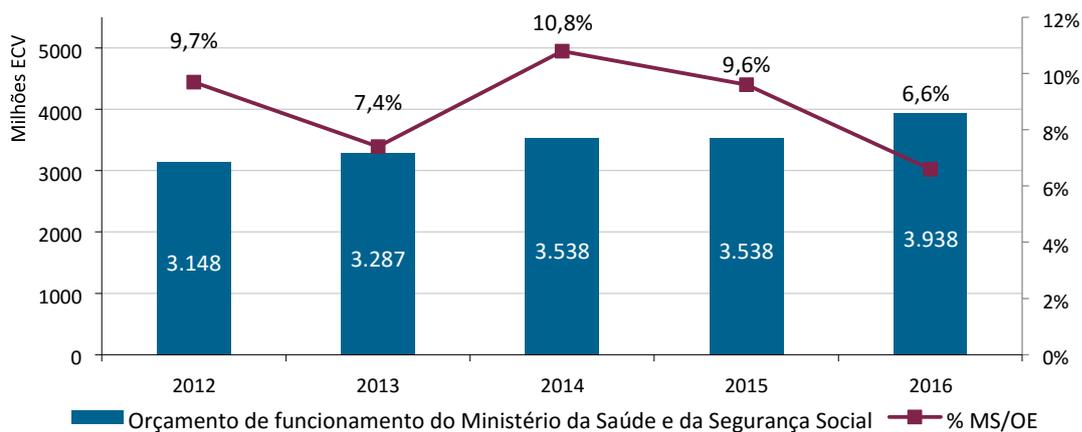
O orçamento de funcionamento do Ministério da Saúde de Cabo Verde passou de 3.148 milhões de ECV, em 2012, para cerca de 3.938 milhões em 2016, correspondendo a um crescimento na ordem dos 25%. De salientar a estabilização do orçamento em 2015 em que o valor foi idêntico ao do ano anterior.

Comparativamente ao Orçamento Global do Estado o orçamento dedicado ao Ministério da Saúde, não tem registado uma tendência constante em todo o período, tendo representado cerca de 9,7% do orçamento global em 2012, descendo no ano seguinte para voltar a aumentar em 2014, ano a partir do qual tem vindo a diminuir a representatividade.

No intervalo de tempo considerado, 2014 foi o ano em que o orçamento dedicado à saúde registou uma maior expressão em termos globais, cerca de 10,8%.

Apesar do aumento do valor do orçamento para o Ministério da Saúde, em 2016, este apenas representou 6,6% do Orçamento Global.

Gráfico 1 – Evolução do orçamento de funcionamento do Ministério da Saúde (2012-2016)



Fonte: Relatório Estatístico 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

No que se refere ao orçamento de investimento do Ministério da Saúde regista-se também, entre 2014 e 2016, uma tendência de aumento. Em termos absolutos, em 2016, foram afetos ao orçamento de investimento cerca de 1.353 milhões de ECV, um acréscimo de mais de 60%, correspondendo a mais cerca de 500 milhões de ECV, comparativamente aos valores de 2014.

Tabela 1 – Orçamento de investimento do Ministério da Saúde (2014-2016)

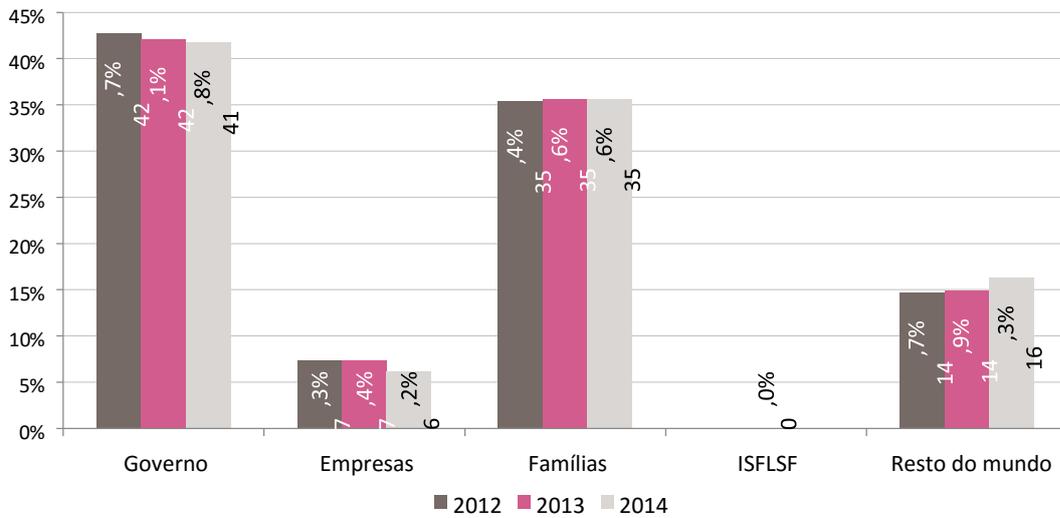
2014	2015	2016
815.438.438 ECV	1.023.770.333 ECV	1.353.244.284 ECV

Fonte: Relatório Estatístico 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

O financiamento do Ministério da Saúde é proveniente de 4 grandes fontes:

- O governo que representa a maior fonte de financiamento, sendo responsável por 41,8% do financiamento total em 2016. No entanto, verificou-se uma ligeira diminuição do peso do governo, diminuindo cerca de 1% entre 2012 e 2014;
- As famílias são o segundo grupo com maior contribuição, representando 35,6% do valor total em 2014, e registando um aumento muito ligeiro da representatividade, comparativamente a 2012;
- As empresas, registaram uma perda de peso no financiamento total de cerca de 1%, representando, em 2014, 6,2% do financiamento;
- As cooperações internacionais têm vindo a aumentar a sua importância neste setor, representando em 2014 cerca de 16% do financiamento total do Ministério da Saúde.

Gráfico 2 – Evolução do financiamento do Ministério da Saúde (2012-2014)



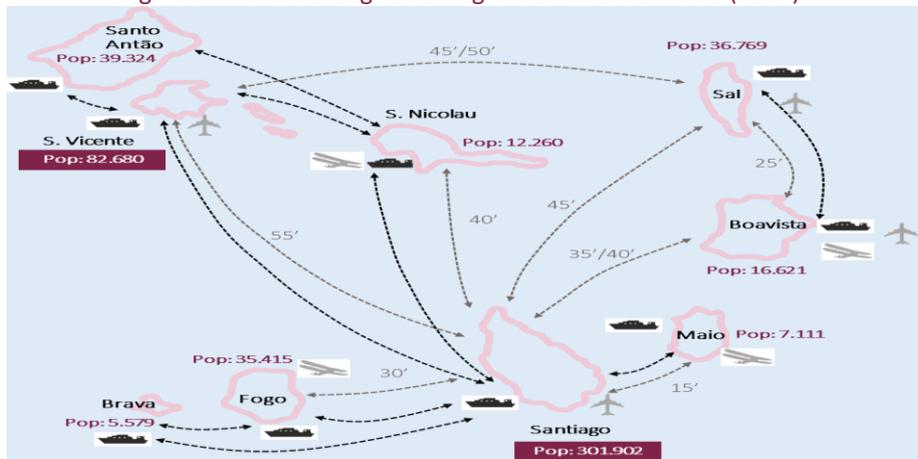
Nota: ISFLSF – Instituições sem fins lucrativos ao serviço das famílias. Fonte: Relatório de Contas da Saúde 2012-2014, INE.

3.2. População e necessidades

Cabo Verde é composto por 10 Ilhas sendo 9 delas habitadas com cerca de 538 mil habitantes [2017], dos quais cerca de 56% estão concentrados na Ilha de Santiago e cerca de 15% na Ilha de São Vicente, representando aproximadamente 70% da população do país.

As ligações inter-ilhas efetuam-se via marítima para todas as ilhas, e via aérea para a maioria, com exceção das Ilhas Santo Antão e Brava que apenas são acessíveis por barco. De uma forma geral e apesar das melhorias, verificam-se ainda algumas irregularidades nas ligações inter-ilhas, situação que pode condicionar o acesso à saúde da população, nomeadamente em caso de necessidade de evacuação de doentes.

Figura 3 - Indicadores geo-demográficos de Cabo Verde (2017)



Fonte: População – Projeções Demográficas de Cabo Verde 2010-2030, INE. Transportes – Sites das empresas de transporte respetivas.

De 2012 a 2016, de acordo com as projeções do INE, a população residente em Cabo Verde passou de cerca de 506 mil habitantes, para cerca de 531 mil, um crescimento de cerca de 5% da população residente.

No que se refere à população imigrante, verifica-se que, em 2014, apenas 1,4% dos habitantes de Cabo Verde têm nacionalidade estrangeira e 2,6% têm dupla nacionalidade. Em termos regionais destaca-se a Ilha da Boavista com maior percentagem de população estrangeira, representando cerca de 16% da população residente na Ilha.

Tabela 2 – População residente em Cabo Verde por nacionalidade, por região (2014)

Região	População total 2014	Nacionalidade		
		Cabo Verdiana	Dupla	Estrangeira
RSSA	41.192	99,2%	0,5%	0,3%
RSFB	41.829	98,7%	1,0%	0,3%
RSSN	120.255	97,3%	1,6%	1,1%
Ilha do Maio	6.946	97,2%	1,7%	1,1%
Ilha de São Vicente	80.140	96,4%	3,0%	0,6%
Ilha de São Nicolau	12.511	96,3%	2,8%	0,9%
Santiago Sul	170.011	94,7%	4,1%	1,3%
Ilha do Sal	32.191	94,2%	2,6%	3,2%
Ilha da Boavista	13.376	82,9%	1,5%	15,5%
Total de Cabo Verde	518.451	96,0%	2,6%	1,4%

Fonte: Inquérito Multi-Objetivo Contínuo – 2014 estatísticas das Migrações, INE.

Cabo Verde é um país com uma forte componente turística, com uma população flutuante (entradas anuais), que tem vindo a crescer, registando, em 2017, mais de 700 mil pessoas, um valor superior à população residente. O crescimento turístico nos últimos anos tem sido significativo, apresentando um aumento da dinâmica em 2017, traduzido nos indicadores económicos apresentados.

Tabela 3 - Indicadores de evolução do turismo em Cabo Verde (2012-2017)

Indicador	2012	2016	Δ 2012-2016	2017	Δ 2016-2017
Estabelecimentos	207	233	13%	275	18%
N.º de quartos	8.522	11.435	34%	12.463	9%
N.º de camas	14.999	18.382	23%	20.421	11%
Capacidade de alojamento	18.194	24.376	34%	26.987	11%
Pessoal ao serviço	5.385	7.742	44%	8.825	14%

Entradas	533.877	644.429	21%	716.775	11%
Dormidas	3.334.275	4.092.551	23%	4.597.477	12%

Fonte: Evolução e estatísticas do turismo por Ilhas, 1999 a 2017, INE.

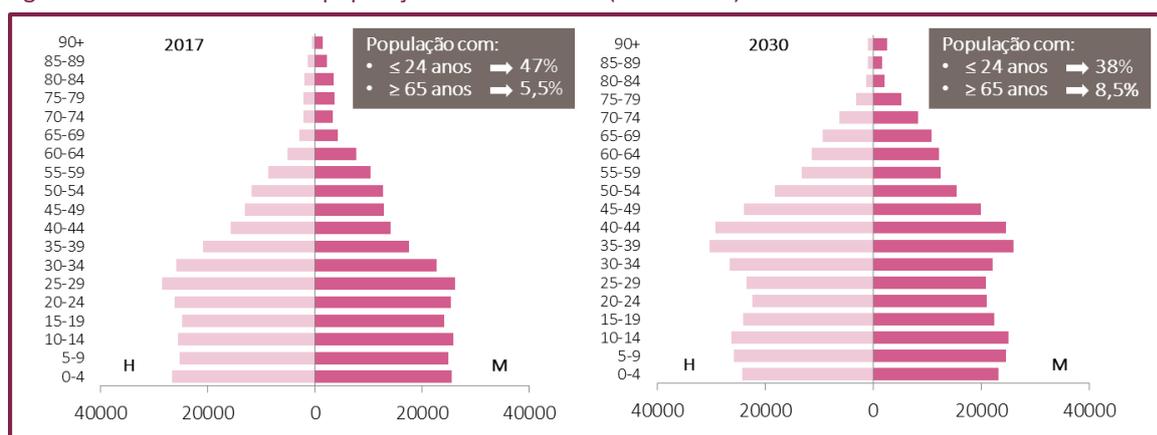
A atividade turística não tem a mesma relevância em todo o território sendo as Ilhas do Sal e Boavista as que registam maior atividade turística, representando, em 2017, cerca de 65% das entradas e cerca de 75% das dormidas totais do país.

De acordo como os dados de 2017, a estrutura etária de Cabo Verde é maioritariamente jovem onde o peso dos indivíduos com idade igual ou inferior a 24 anos representa cerca de 47% e os indivíduos com 65 ou mais anos representam apenas 6% do total da população.

A população masculina representa cerca de 50% do total da população de Cabo Verde, estimando-se que aumente, quando analisadas as projeções da população para 2030, para cerca de 52%.

De acordo com as projeções do INE, para 2030, prevê-se um aumento significativo do envelhecimento da população.

Figura 4 - Estrutura etária da população de Cabo Verde (2017-2030)

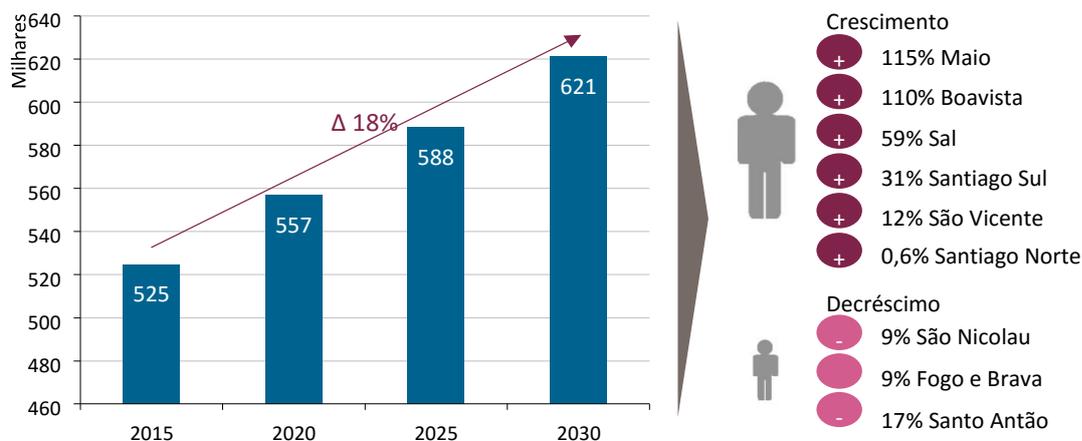


Fonte: Projeções Demográficas de Cabo Verde 2010-2030, INE.

A população de Cabo Verde com idade igual ou inferior a 24 anos reduzirá substancialmente, passando dos atuais 47% para 38% em 2030, enquanto a população com 65 ou mais anos passará de 6% para 8% do total. Considerando a população com 60 ou mais anos prevê-se um aumento ainda mais significativo, passando dos atuais cerca de 8% da população, para cerca de 12%, em 2030.

A população residente em Cabo Verde, de acordo com as projeções demográficas tenderá a aumentar, estimando-se um crescimento de cerca de 18% até 2030, alcançando cerca de 620 mil habitantes, embora com tendência de redução nas Ilhas de Santo Antão, São Nicolau, Fogo e Brava.

Gráfico 3 – Estimativas de evolução da população residente em Cabo Verde (2015-2030)



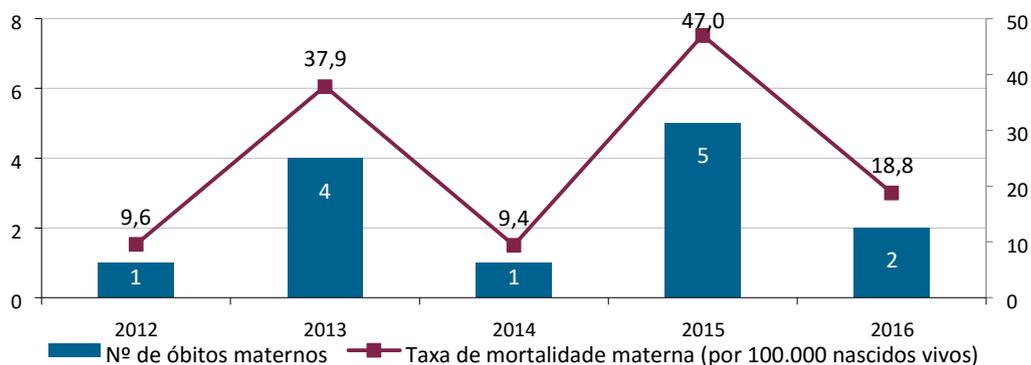
Fonte: Projeções Demográficas de Cabo Verde 2010-2030, INE.

No período do PNDS 2017-2021, de acordo com as projeções do INE, estima-se que a população de Cabo Verde aumente dos atuais cerca de 538 mil habitantes para cerca de 563 mil habitantes, um crescimento de cerca de 5%, correspondente a um aumento total de cerca de 25 mil residentes.

Mortalidade e causas de morte

No que se refere à mortalidade materna verificam-se variações nos valores apresentados no período de 2012 a 2016, registando-se anualmente entre 1 a 5 óbitos maternos (mortes obstétricas diretas), representando variações significativas na taxa de mortalidade dado o universo em causa.

Gráfico 4 – Número de óbitos maternos e taxa de mortalidade materna (2012-2016)

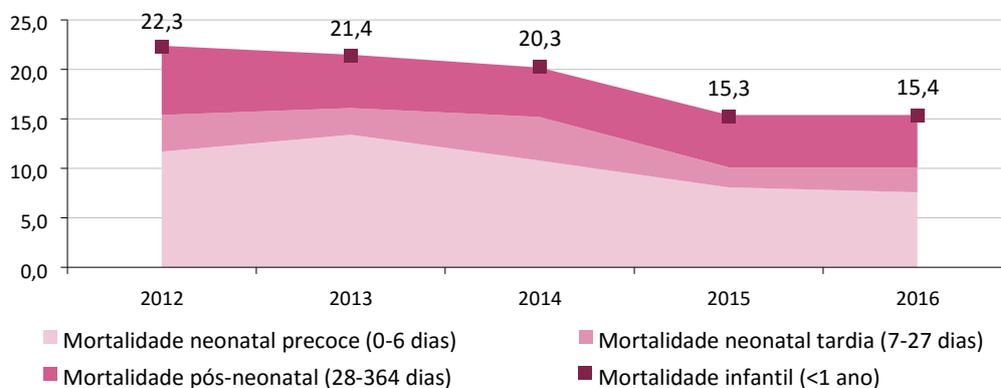


Nota: Número de nascidos vivos segundo as projeções demográficas do INE.

Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

Na mortalidade infantil regista-se uma evolução favorável com uma redução da taxas de mortalidade infantil (<1 ano) para valores na ordem dos 15 óbitos por cada mil nascidos vivos.

Gráfico 5 - Evolução da taxa de mortalidade infantil e suas componentes (2012-2016)



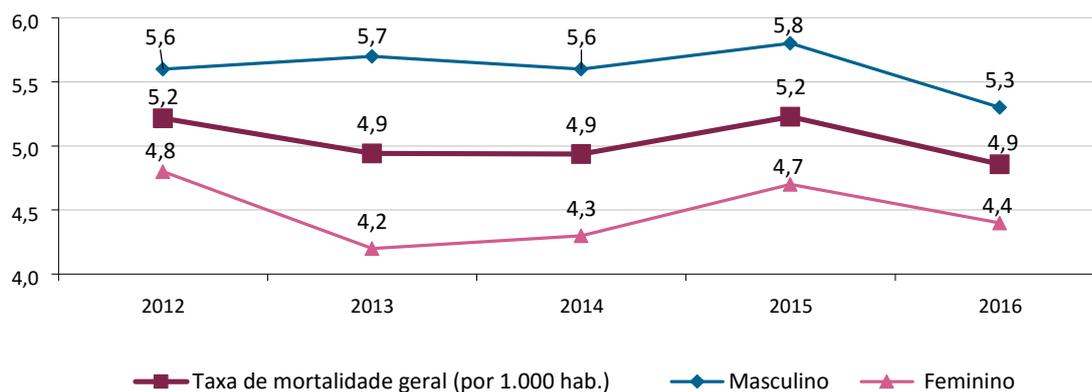
Nota: Taxas de mortalidade por cada 1.000 nascidos vivos. Número de nascidos vivos segundo as projeções demográficas do INE.

Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

A taxa de mortalidade de crianças até aos 5 anos regista também uma evolução favorável refletindo a redução da mortalidade infantil (< 1 ano), passando de 26,3 óbitos por cada mil nascidos vivos em 2012 para 17,0 em 2016.

No que se refere à mortalidade geral verifica-se que a taxa variou entre 2012 e 2016 com valores de 4,9 e 5,2 óbitos por cada mil habitantes.

Gráfico 6 – Evolução da taxa de mortalidade geral total e por género (2012-2016)



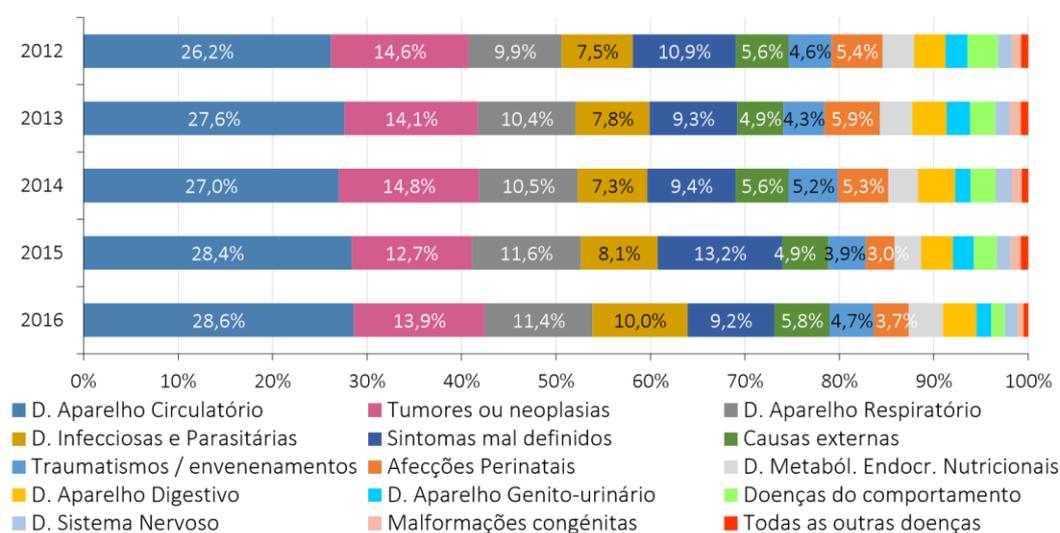
Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

Em termos de mortalidade geral por género verificam-se sistematicamente valores superiores no sexo masculino.

As 4 principais causas de mortalidade em Cabo Verde representaram cerca de 58% das causas de morte em 2012, aumentando para cerca de 64% em 2016, e referem-se ao seguinte:

- Doenças do aparelho circulatório;
- Tumores ou neoplasias;
- Doenças do aparelho respiratório;
- Doenças infecciosas e parasitárias.

Gráfico 7 – Representatividade dos óbitos em Cabo Verde segundo as principais causas (2012-2016)



Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2012 a 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

Analisando a representatividade dos óbitos por causa entre 2012 e 2016 destaca-se:

- As doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório como as doenças que mais aumentaram a sua representatividade;
- As doenças do comportamento, afecções perinatais e os sintomas mal definidos como as causas que mais reduziram a representatividade;
- As causas externas têm mantido uma representatividade também significativa com uma ligeira tendência de aumento. De entre as causas externas incluem-se maioritariamente os suicídios, homicídios e afogamentos, num total de cerca de 150 óbitos, em 2016.

Principais causas de morbilidade

Para a análise das principais causas de morbilidade considerou-se a análise das doenças de notificação obrigatória, ou seja, as afecções e doenças prioritárias sob vigilância epidemiológica.

As 6 principais doenças de notificação obrigatória registadas a nível nacional representam mais de 90% do total de casos notificados anualmente e referem-se a doenças respiratórias e digestivas.

Tabela 4 - N.º de casos de doenças de notificação obrigatória em Cabo Verde (2012-2017)

Doença	Nº de casos						Δ 2012-2017
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
IRA <5 anos	30.882	26.276	24.479	32.784	32.437	27.898	-9,7%
Síndrome gripal 5 e + anos	22.542	21.132	16.873	24.421	23.063	14.367	-36,7%
IRA 5 e + anos	16.733	15.062	14.325	21.879	22.052	18.070	8,0%
Doenças Diarreicas 5 e + anos	12.399	9.883	9.699	15.127	13.433	13.950	12,5%
Síndrome gripal <5 anos	13.244	11.202	11.011	13.975	13.367	10.874	-17,9%
Doenças Diarreicas <5 anos	15.918	11.049	9.831	14.329	12.010	13.017	-18,2%
Outras	9.694	5.721	6.390	16.574	8.729	7.765	-19,9%
Total	121.412	100.325	92.608	139.089	125.091	105.941	-12,7%

Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2017, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

De uma forma geral regista-se entre 2012 e 2014 uma redução das doenças de notificação obrigatória em Cabo Verde, registando-se um aumento significativo em 2015, e uma redução em 2016 que se acentua em 2017. Estas oscilações traduziram-se numa diminuição do número de casos notificados anualmente de cerca de 13% de 2012 para 2017.

Adicionalmente e considerando a relevância atribuída em termos dos programas prioritários definidos destaca-se a evolução nas seguintes áreas:

- Tuberculose: apresenta tendência decrescente nas taxas de incidência, prevalência e mortalidade:

Tabela 5 – Taxas de incidência, prevalência e mortalidade por tuberculose (2012-2017)

Tuberculose	Valores por 100.000 habitantes					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Incidência	79,4	54,9	51,1	47,1	41,8	43,5
Prevalência	82,6	61,3	56,3	51,6	48,6	47,8
Mortalidade	3,2	2,9	1,2	2,1	1,3	ND

Fonte: SVIRE/PNLTL/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2017, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

- Lepra: mantem a incidência no nível de eliminação com menos de 1 caso por dez mil habitantes (0,2 em 2012 e 2013, 0,1 de 2014 a 2016 e 0,2 em 2017);
- Paludismo: mantem a incidência no nível de eliminação com menos de 1 caso por mil habitantes (0,07 em 2012, 0,09 em 2013 e 2014, 0,05 em 2015 e 0,14 em 2016). Em 2017 registou-se um surto de paludismo na Cidade da Praia, tendo sido notificados 430 casos (de 01 de janeiro a 12 de novembro) o correspondente a uma incidência de 0,80 casos por mil habitantes;
- VIH/SIDA: a partir de 2015 verifica-se um ligeiro aumento das taxas de deteção de novos casos de VIH, novos casos de SIDA e mortalidade:

Tabela 6 - Taxas de deteção de novos casos de VIH, SIDA e mortalidade (2012-2017)

VIH/SIDA	Valores por 100.000 habitantes					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Novos casos VIH	69,4	87,3	78,9	62,3	71,7	80,9
Novos casos SIDA	28,7	27,3	24,9	26,1	32,0	30,6
Mortalidade	15,6	16,4	14,5	14,7	18,1	ND

Fonte: PNL/SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2017, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

- Poliomielite: Cabo Verde foi declarado país livre do vírus da Poliomielite em novembro de 2016;
- Vírus Zika: Cabo Verde registou um surto de infeção por vírus Zika entre 2015 e 2016, com mais de 7 mil casos notificados.

Em síntese, da análise epidemiológica, verifica-se que o país enfrenta um duplo fardo de doenças com a coexistência:

- De doenças transmissíveis que ainda exigem um esforço elevado para acompanhamento e controlo, dado que continuam a ter impacto na saúde pública da população caboverdiana, principalmente, as de potencial epidémico, que têm causado vários surtos epidémicos, incluindo eventos de importância internacional no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005) e com óbitos;

Em pouco mais de 20 anos, Cabo Verde enfrentou cerca de 12 surtos epidémicos: cólera (1994 – 1996), sarampo (1997 – 1998), shigelliose (1999 – 2000), poliomielite (2000), rubéola (2008-2009), gripe pandémica (H1N1) em 2009, dengue tipo 3 (2009-2010), meningite, com alguns casos de meningite bacteriana, mas com a predominância de meningite viral causada por enterovirus ECHO-4, em 2015, infeção do vírus Zika (2015-2016), dengue tipo 3 em finais de 2016, casos de síndrome de mão-pé-boca (vírus Cocksakie) em 2017 e Paludismo (2017), sendo cinco destes eventos de 2015 a 2017.

Em síntese, a ocorrência dos eventos de saúde pública emergentes e re-emergentes, nomeadamente, as de transmissão vetorial (Dengue, Zika) e outras doenças virais, como as

doenças diarreicas de etiologia a esclarecer, o vírus influenza (influenza A, o vírus de carácter pandémico e a influenza tipo B) constituem desafios à resiliência do Sistema Nacional de Saúde no que se refere à preparação, deteção precoce e alerta para resposta às emergências;

- De doenças não transmissíveis como a hipertensão, diabetes e doenças oncológicas, as quais, influenciadas por fatores como o envelhecimento, estilos de vida e hábitos de consumo tendem a aumentar, posicionando-se entre as principais causas de morbilidade e mortalidade, representando novos desafios para o Sistema Nacional de Saúde.

As doenças não transmissíveis já representam a maioria das causas de mortalidade em Cabo Verde, sendo as mais frequentes as doenças cardiovasculares e as oncológicas.

3.3. Recursos disponíveis

O setor da saúde em Cabo Verde é alicerçado num Sistema Nacional de Saúde em que a maioria dos recursos existente e dos cuidados prestados pertencem ao setor público, apesar da tendência para um crescimento, ainda que ténue, da componente privada.

Oferta pública de cuidados de saúde

A hierarquia da rede de estruturas de saúde públicas está alicerçada em 3 níveis de atenção:

- Atenção primária, organizada em Delegacias de Saúde e constituída em 3 tipologias de unidades para prestação de cuidados: Centros de Saúde, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base. Adicionalmente existem algumas estruturas de prestação de cuidados de saúde em áreas específicas como os Centros de Saúde Reprodutiva e o Centro de Terapia Ocupacional;
- Atenção secundária, prestada a nível hospitalar, nos hospitais regionais (HR) e também nos hospitais centrais;
- Atenção terciária prestada exclusivamente nos 2 hospitais centrais do país, o Hospital Agostinho Neto (HAN) e o Hospital Baptista de Sousa (HBS).

Entre 2012 e 2016 a reformulação das estruturas sanitárias existentes permitiu a constituição de mais 1 Hospital Regional, na Ilha do Sal (apesar de ainda não ter o estatuto de hospital regional), e a construção do Centro de Hemodiálise na Cidade da Praia. O número de estruturas nas restantes tipologias, não sofreu, no global, grandes alterações, com exceção das USB, em que se registou uma redução decorrente sobretudo de estruturas desativadas em zonas de menor densidade populacional e/ou de maior dificuldade na atração de profissionais, dada a localização de algumas estruturas em zonas de maior isolamento.

Tabela 7 - Estruturas de prestação de cuidados de saúde por tipologia (2012-2016)

Tipologia de estrutura	Número total de estruturas		
	2012	2016	Δ 2012-2016
Hospital Central	2	2	0
Hospital Regional	3	4	+1
Centro de Saúde (CS)	30	30	0
Centro de Saúde Reprodutiva	5	5	0
Centro de Terapia Ocupacional	1	1	0
Posto Sanitário (PS)	34	33	-1
Unidade Sanitária de Base (USB)	115	97	-18

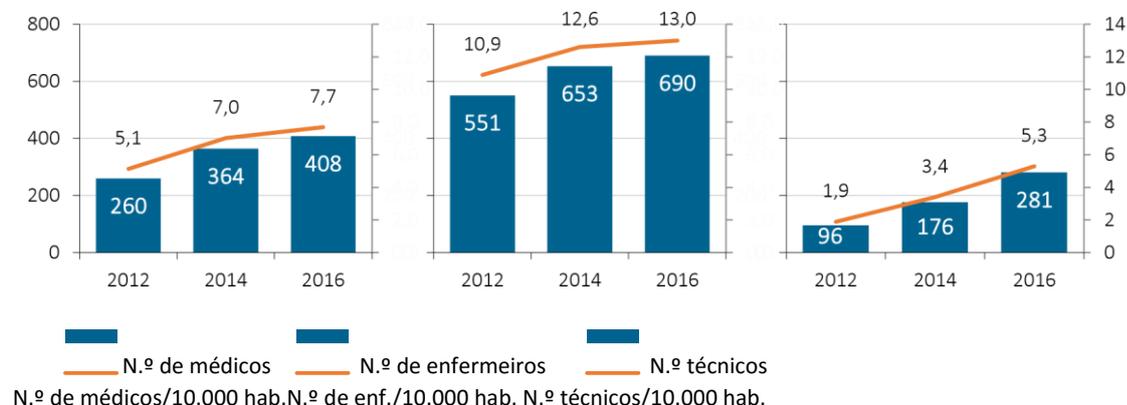
Fonte: Relatório Estatístico 2012 – Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde. Dados de 2016 – Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021.

Encontra-se em curso um Plano de reformas e construção de novas infraestruturas a concretizar até 2021, de acordo com as necessidades identificadas a nível regional e com as prioridades definidas pelo MSSS.

No que se refere aos profissionais de saúde o número de efetivos de 2012 a 2016, registou uma evolução positiva, quer em termos absolutos, quer em termos de rácio por população.

O número de médicos aumentou mais de 50%, o número de enfermeiros registou um incremento da ordem dos 25% e os técnicos de saúde quase que triplicaram.

Gráfico 8 – Número de efetivos médicos, enfermeiros e técnicos (2012-2016)



Fonte: Relatório Estatístico 2012, 2014 e 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

O reforço de recursos humanos enquadra-se no Plano Estratégico de RH para 2015-2020, que tem vindo a ser implementado, apesar de alguns condicionalismos devido à escassez de profissionais e a limitações financeiras.

Em termos regionais verificam-se assimetrias significativas com as regiões de São Vicente e Santiago Sul, onde se inserem os hospitais centrais, a registarem os rácios mais elevados de médicos e enfermeiros por habitantes.

Tabela 8 – Rácio de efetivos médicos e enfermeiros, por região (2012-2016)

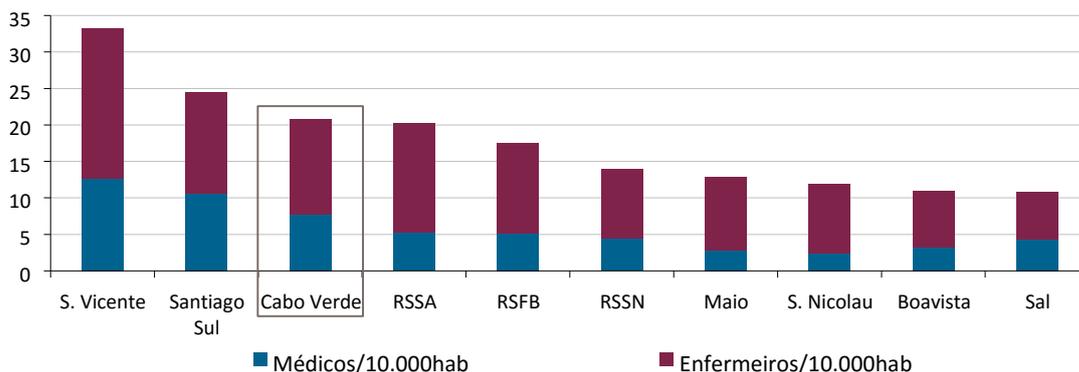
Região	Médicos/10.000 hab			Enfermeiros/10.000 hab		
	2012	2016	Δ 2012-2016	2012	2016	Δ 2012-2016
S. Vicente	10,9	12,6	1,7	18,1	20,6	2,5
Santiago Sul	5,7	10,6	4,9	10,4	13,9	3,5
RSSA	3,1	5,3	2,2	13,2	15,0	1,8
RSFB	3,3	5,1	1,8	8,2	12,4	4,2
RSSN	3,2	4,5	1,3	8,2	9,5	1,3
Maio	2,9	2,8	-0,1	11,5	10,0	-1,5
S. Nicolau	2,4	2,4	0,0	13,4	9,5	-3,9
Boavista	2,7	3,2	0,5	7,1	7,7	0,6
Sal	3,4	4,3	0,9	6,2	6,5	0,3
Total	5,1	7,7	2,6	10,9	13,0	2,1

Fonte: Relatório Estatístico 2012 e 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

Numa análise conjunta de médicos e enfermeiros por habitantes, verifica-se, em 2016, que apenas as regiões que incluem os hospitais centrais (São Vicente e Santiago Sul) registam valores superiores à média nacional.

As três regiões sanitárias constituídas registam, a seguir às regiões dos hospitais centrais, os valores mais elevados.

Gráfico 9 - Rácio de efetivos médicos e enfermeiros, por região (2016)



Fonte: Relatório Estatístico 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde..

No que se refere aos equipamentos de imagem a oferta das infraestruturas públicas é escassa e concentra-se nos hospitais centrais, registando-se a existência de ecógrafos, RX e ECG a nível dos hospitais regionais e estruturas de cuidados de saúde primários.

Registam-se constrangimentos na utilização dos equipamentos de imagem existentes nas estruturas públicas de diversas naturezas:

- Situações de inexistência de profissionais de saúde com formação adequada para a sua correta utilização;
- Situações de dificuldade na aquisição dos consumíveis necessários, por exemplo, por indisponibilidade no mercado nacional;
- Dificuldade de reparação em caso de avaria dada a exiguidade ou mesmo inexistência de profissionais locais capacitados.

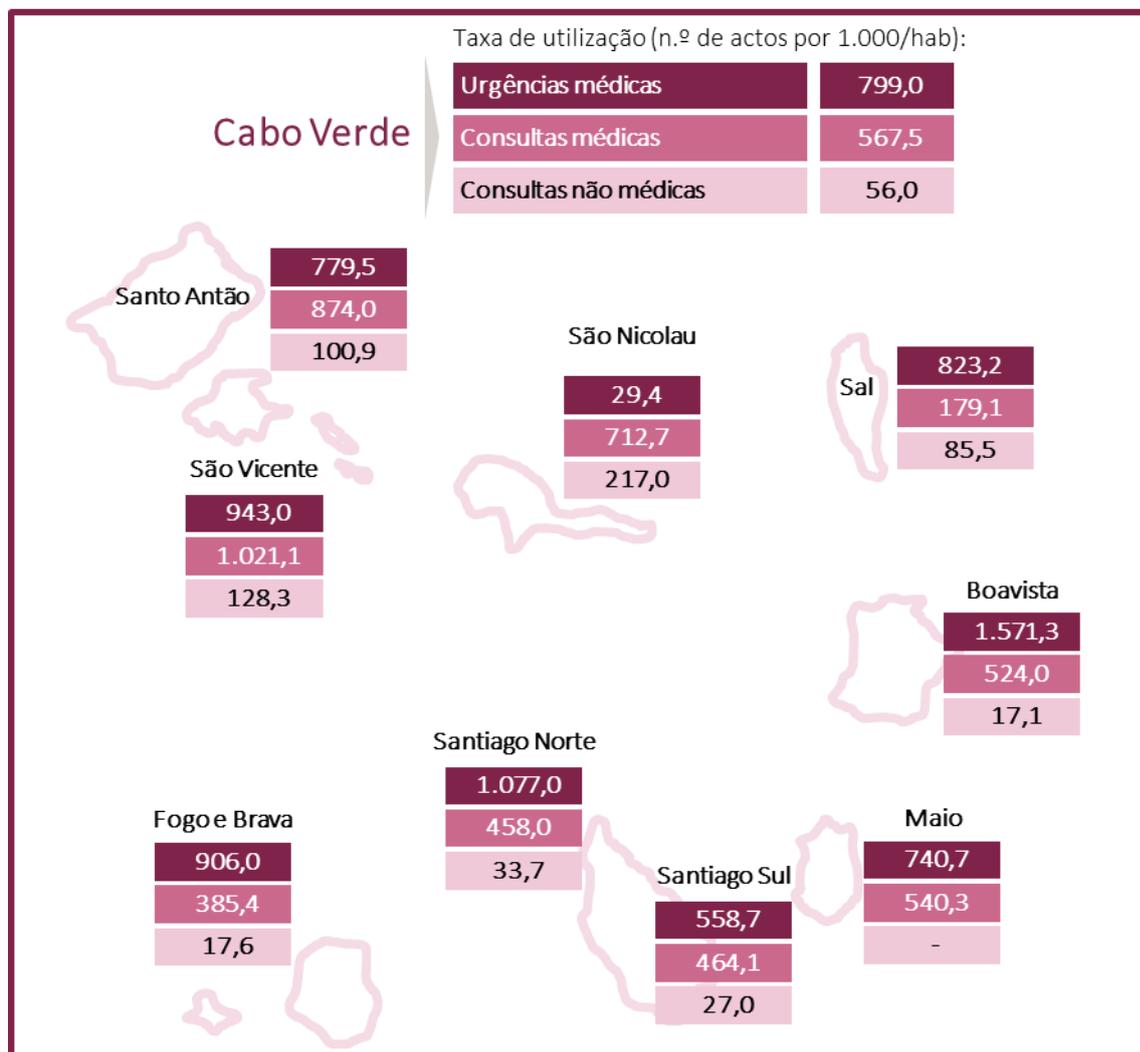
Atualmente encontra-se planeado um Programa de aquisição de equipamento médico com o apoio de um Acordo/Fundo internacional para reforçar os centros de saúde, hospitais regionais e para equipar os laboratórios regionais, com entrega faseada. O Programa inclui um plano de garantia e manutenção do equipamento por um período de 3 anos.

No que se refere a situações de emergência pré-hospitalar e de transporte de doentes urgentes têm vindo a ser realizados esforços para a disponibilização de mais equipamentos e meios, não obstante continuam a registar-se constrangimentos na mobilidade e transporte de doentes urgentes intra e inter-ilhas.

Em termos de utilização das estruturas públicas de cuidados de saúde verifica-se uma taxa de utilização nas urgências superior à taxa de utilização das consultas programadas, registando-se assimetrias entre as várias regiões/ilhas. Esta situação reflete a organização que o sistema tem tido com maior orientação para o atendimento de demanda espontânea em detrimento das consultas programadas, consequência também da escassez de recursos disponíveis.

Apenas as Ilhas de São Nicolau, Santo Antão e São Vicente registam taxas de utilização de consultas médicas superiores às das urgências médicas.

Figura 5 - Taxa de utilização da população de referência, nas estruturas públicas (2016)



Fonte: Informações disponibilizadas pelos hospitais centrais, hospitais regionais e delegacias de saúde das várias Ilhas. Nota: Valores de Santo Antão, CSP de São Vicente, São Nicolau, Fogo e Brava e Maio extrapolados com base nos valores do 1.º semestre. Valores de Santiago Norte referentes ao ano de 2015.

A Ilha de São Vicente destaca-se pelo maior taxa de utilização nas consultas médicas e das mais elevada nas urgências médicas e consultas não médicas.

Telemedicina

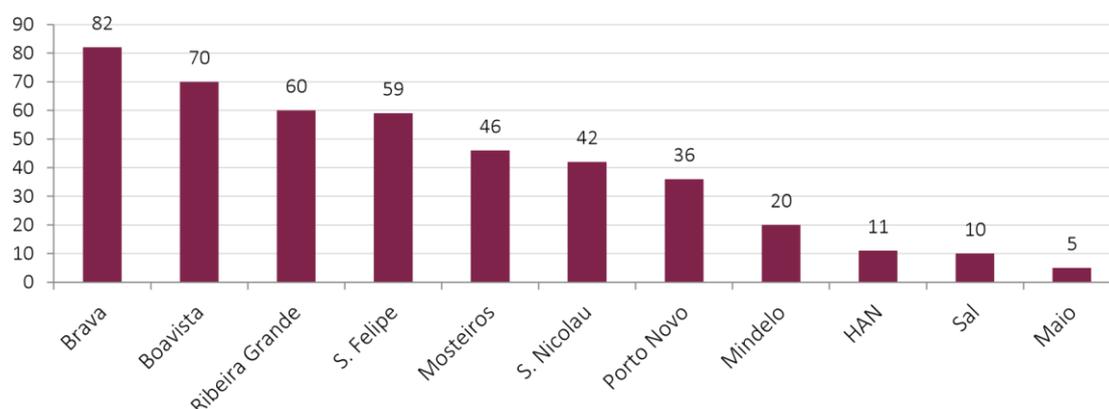
A telemedicina afigura-se como um recurso de elevado interesse num país arquipelágico, onde os recursos especializados são ainda escassos e concentrados nas unidades hospitalares com maior nível de diferenciação.

A atividade de telemedicina registou um crescimento elevado nos primeiros anos da sua implementação, tendo-se verificado um abrandamento em 2016 e 2017, não tendo sido ainda evidente o impacto favorável da telemedicina no número de evacuações de doentes entre ilhas.

Em 2018 verifica-se um esforço de consolidação e reforço da atividade de telemedicina, tendo em vista retomar o aumento da atividade e ampliar a utilização dos meios disponibilizados, quer nas consultas e alguns exames guiados remotamente, quer na formação dos profissionais, contribuindo de forma efetiva para a melhoria do acesso da população aos cuidados e redução do nível das evacuações de doentes.

Em 2017 registou-se um maior volume de teleconsultas nas Ilhas com menor cobertura de unidades hospitalares.

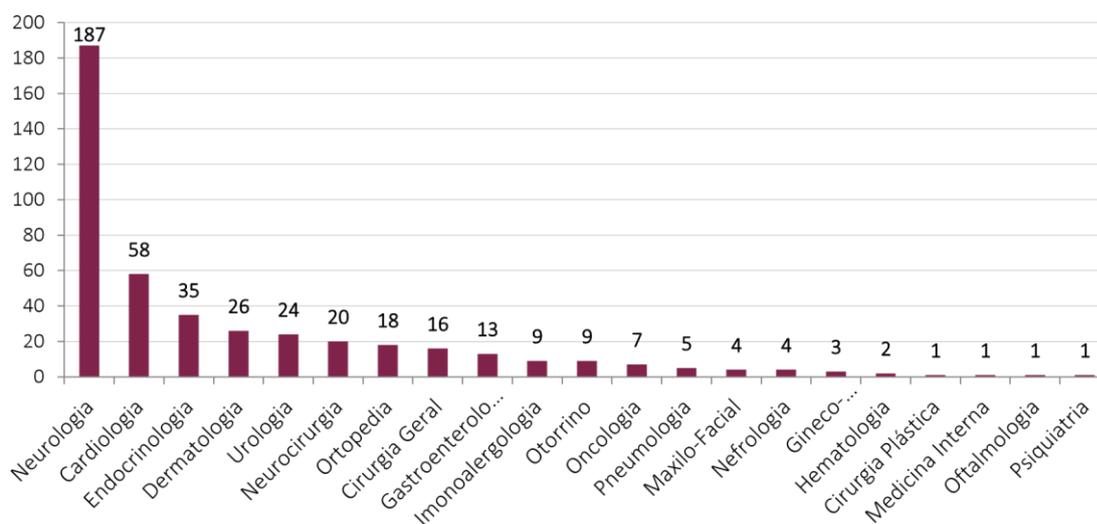
Gráfico 10 – Número total de teleconsulta por centro (2017)



Fonte: Relatório Anual 2017 – Serviço Nacional de Telemedicina, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

Também em 2017 a atividade de teleconsultas foi realizada em todas as especialidades, destacando-se a utilização da telemedicina na valência de Neurologia.

Gráfico 11 - Total de teleconsultas por especialidade (2017)

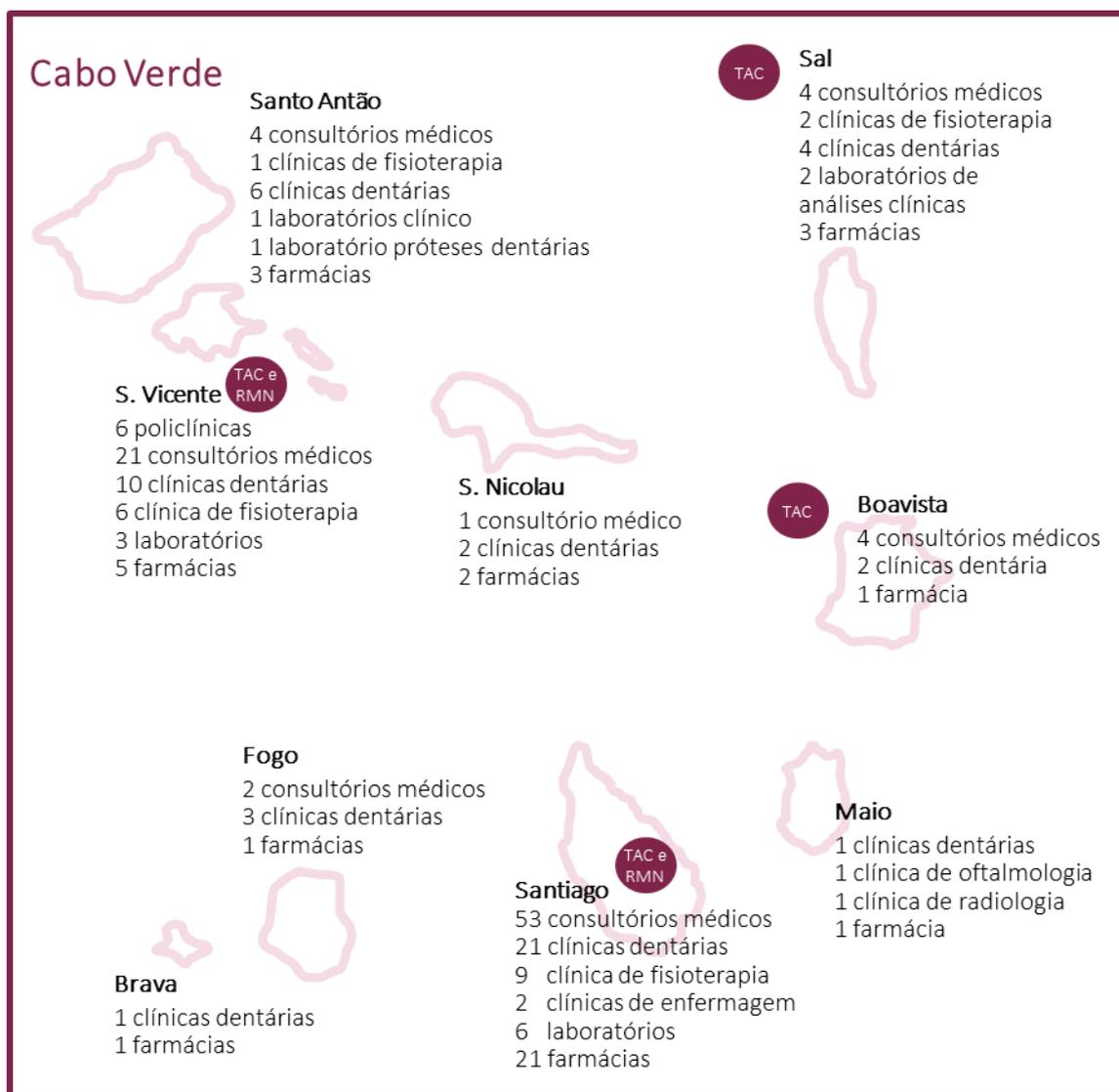


Fonte: Relatório Anual 2017 – Serviço Nacional de Telemedicina, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

Oferta privada de cuidados de saúde

Em Cabo Verde os prestadores de cuidados de saúde privados, estão localizados nas ilhas com maior volume populacional, encontrando-se uma forte concentração da oferta nas Ilhas de Santiago e de São Vicente.

Figura 6 - Principal oferta privada de cuidados de saúde (2017)



Fonte: Informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e da Segurança Social e pelas Delegacias de Saúde das várias Ilhas – Plano de Desenvolvimento dos Hospitais Centrais 2017-2021.

A maior representatividade da oferta disponível situa-se ao nível de clínicas/consultórios médicos com consultas nas diferentes especialidades, caracterizadas por um número significativo de pequenos consultórios de médicos individuais. As Clínicas/Policlínicas que disponibilizam uma oferta mais diversificada, incluindo imagiologia e cirurgia de reduzida complexidade estão localizadas em São Vicente e em Santiago.

A Ilha da Brava é a que dispõe de menor oferta privada, sendo também a Ilha com melhor população. Nas restantes Ilhas, de forma global existe oferta ao nível de consultórios médicos, clínicas dentárias e farmácias privadas. No que se refere às farmácias privadas registou-se um aumento da oferta que passou de 34 farmácias em 2012 para 39, em 2015 e 2016.

Em termos de financiamento, existem atualmente acordos com entidades privadas para realização de TAC na Ilha de Santiago (Clínica X-Eco) e na Ilha de S. Vicente (Clínica Monte Cara). Verifica-se também a existência de convenções entre o setor público e o privado para os medicamentos e para os beneficiários do INPS nos serviços privados autorizados, nomeadamente, na prestação de serviços de clínicas dentárias, em que os utentes beneficiam de uma comparticipação.

A atividade de seguros de saúde privada tem ainda reduzida representatividade em Cabo Verde, existindo apenas a companhia – Garantia – que dispõe de uma oferta de seguro de saúde, no entanto o nível de cobertura da população ainda não tem relevância significativa.

Em 2017 a base de contribuintes para o INPS representa menos de metade da população ativa, correspondendo a cerca de 45% dos trabalhadores de Cabo Verde.

As despesas efetuadas pelo INPS no âmbito da saúde, registaram desde 2013, um aumento médio anual da ordem dos 8%, sendo que os custos com os transportes relativos a evacuações de doentes, representam valores próximos das despesas com a Assistência Médica e Hospitalar, ou com a Assistência Medicamentosa.

Tabela 9 – Despesas do INPS no âmbito da saúde (2013-2017)

Tipologia de despesa	Valor das despesas (ECV)					Crescimento médio anual
	2013	2014	2015	2016	2017	2013-2017
Prestações pecuniárias	191 189	198 388	226 565	252 063	286 225	10,6%
Subsídios de doença	118 756	115 224	142 399	163 814	177 943	10,6%
Subsídios de Maternidade	72 433	83 164	84 166	88 249	108 282	10,6%
Prestações em espécie	1 513 827	1 332 367	1 560 617	1 833 809	2 059 406	8,0%
Assistência Médica e Hospitalar	408 758	373 731	381 901	593 725	617 261	10,9%
Assistência Medicamentosa	576 123	490 292	556 204	541 076	649 854	3,1%
Aparelhos, próteses ortopédicas e outros dispositivos	104 521	112 668	142 261	172 315	193 212	16,6%
Despesas Transporte e Estadia	424 425	349 684	455 599	526 693	599 079	9,0%
Despesas Convencionais	0	5 992	24 652	0	0	0,0%
Total das despesas com Doença e Maternidade	1 705 016	1 530 755	1 787 182	2 092 664	2 345 631	8,3%

Fonte: Informações disponibilizadas pelo INPS em agosto de 2018.

3.4. Fluxos de doentes

As características arquipelágicas do país com a dispersão geográfica associada conduzem à existência de fluxos populacionais decorrentes da necessidade de evacuação de doentes para estruturas com

maior nível de diferenciação, quer a nível interno, quer para o exterior, consoante as necessidades clínicas dos doentes e a capacidade de resposta existente.

Os dois hospitais centrais de Cabo Verde, sendo as únicas unidades de prestação de cuidados de saúde terciários no país, recebem doentes encaminhados das estruturas que não dispõem de capacidade técnica para o seu adequado tratamento, sendo também estes hospitais que encaminham os doentes para tratamento no exterior em situações clínicas onde não existe capacidade de resolução interna.

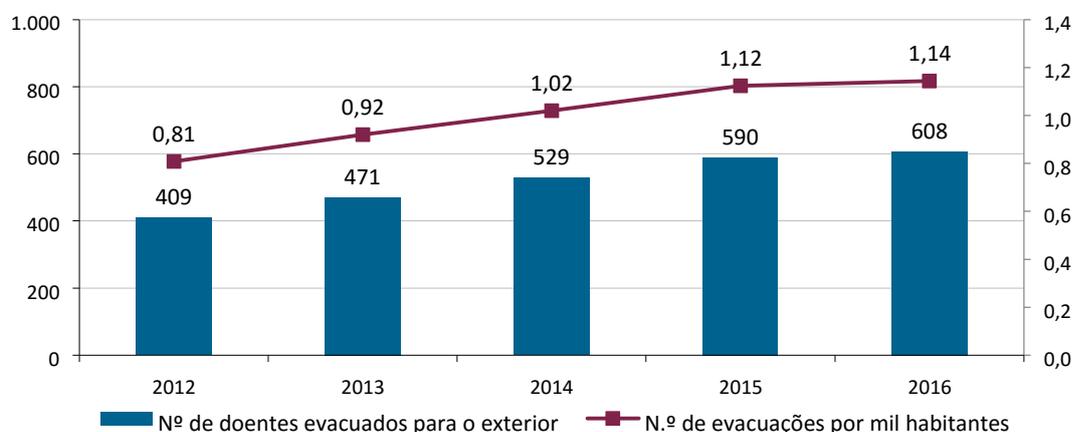
As evacuações de doentes inter-ilhas e sobretudo para o exterior do país constituem uma prestação de cuidados de saúde com um peso social e financeiro elevado.

Evacuações externas

No que se refere às evacuações para o exterior regista-se uma tendência de aumento do número de doentes evacuados, registando-se de 2012 a 2016 um crescimento de cerca de 50%, passando de cerca de 400 doentes evacuados anualmente para cerca de 600.

O aumento do número absoluto de doentes evacuados para o exterior reflete, a par do aumento da população, um aumento do número de doentes evacuados por mil habitantes, que passou de 0,8 em 2012 para 1,14 em 2016. Esta situação poderá ser indiciadora da melhoria do acesso da população a cuidados de saúde de maior diferenciação.

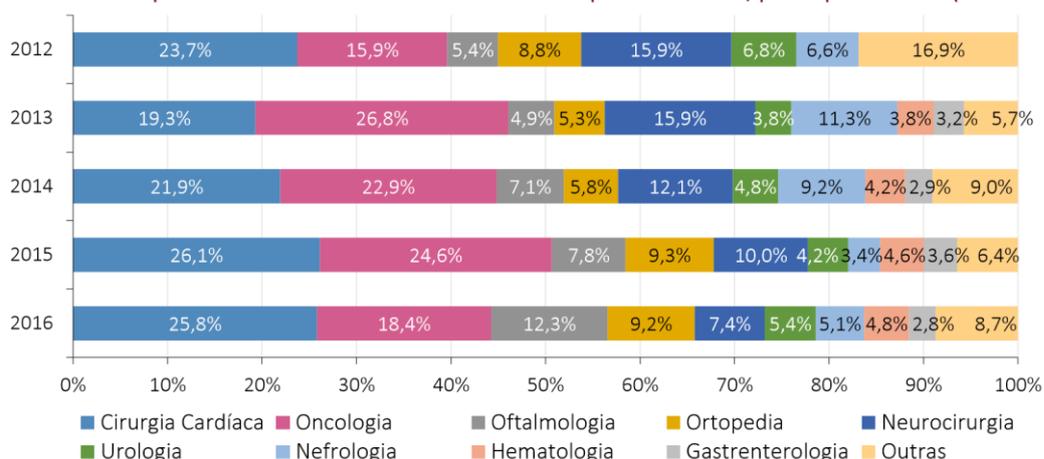
Gráfico 12 – Número de doentes evacuados para o exterior (2012-2016)



Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

O aumento de cerca de 200 doentes evacuados para o exterior, de 2012 a 2016, refere-se essencialmente a cirurgia cardíaca, com mais cerca de 60 doentes, a oftalmologia e a oncologia, cada uma das especialidades com um aumento anual de cerca de 50 doentes.

Gráfico 13 – Representatividade dos doentes evacuados para o exterior, por especialidade (2012-2016)



Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

Em termos de representatividade das especialidades médicas na evacuação de doentes para o exterior destaca-se o seguinte:

- A cirurgia cardíaca e a oncologia são as principais especialidades que motivam a evacuação de doentes para o exterior, representando no seu conjunto entre cerca de 40% a 50% do total anual de doentes evacuados;
- A oftalmologia tem vindo a registar um aumento na representatividade, com destaque para o ano de 2016 em que representa cerca de 12%;
- A ortopedia registou uma redução em 2013 e 2014, voltando a aumentar a representatividade nos anos de 2015 e 2016 para valores na ordem dos 9%;
- A neurocirurgia registou a maior redução, passando de cerca de 16% em 2012 e 2013 para cerca de 7% em 2016;
- A nefrologia registou uma redução significativa em 2015, registando em 2016 um ligeiro aumento.

O INPS é a entidade responsável pela maioria dos doentes evacuados para o exterior, registando um aumento da representatividade desde 2013, ano em que foi responsável por cerca de 48% dos doentes evacuados para o exterior, aumentando em 2016 para cerca de 58%.

Tabela 10 - Representatividade dos doentes evacuados para o exterior por entidade responsável (2012-2016)

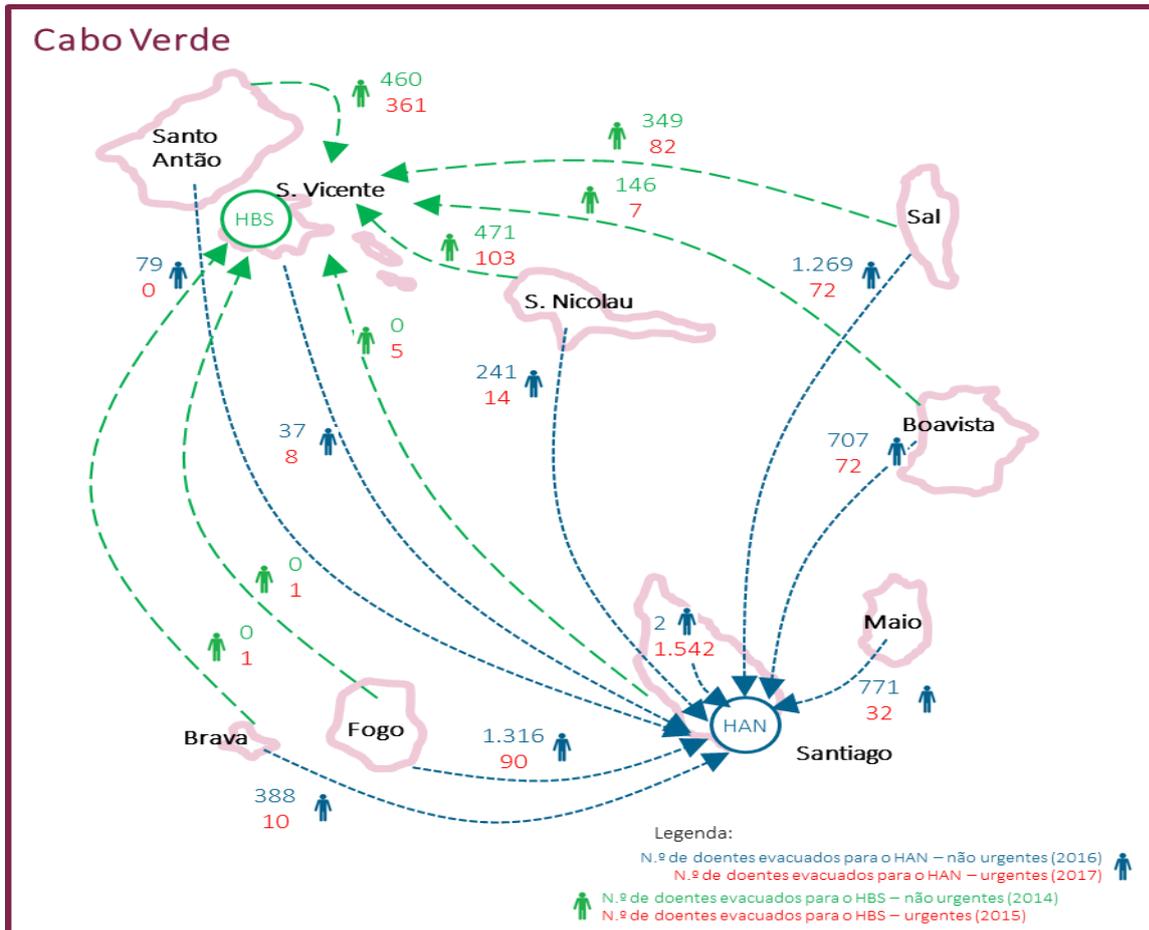
Entidade Responsável	Porcentagem de doentes evacuados				
	2012	2013	2014	2015	2016
INPS	53,3%	48,0%	52,2%	55,2%	58,2%
Promoção social	43,5%	49,0%	45,6%	42,1%	39,1%
Outros	3,2%	3,0%	2,3%	2,7%	2,6%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

Evacuações internas

No que se refere às evacuações internas recebidas nos hospitais centrais, verifica-se uma menor sistemática no registo e acompanhamento dos dados. No entanto de acordo com a informação registada para as evacuações internas urgentes e não urgentes, por proveniência, é possível verificar o fluxo de doentes entre as ilhas e estruturas no mapa seguinte:

Figura 7 - Evacuações (internas) recebidas nos hospitais centrais, por proveniência



Fonte: N.º de doentes evacuados para o HAN – Dados disponibilizados pelo HAN. Nota: valor de 2017 extrapolado com base nos valores registados no 1.º semestre.

Fonte: N.º de doentes evacuados para o HBS – urgentes – Relatório de Dados Estatísticos do HBS, 2015; N.º de doentes evacuados para o HBS – não urgentes – Gestão de Lista de Espera e Deslocação de Especialistas, apresentação realizada no âmbito do Encontro de Trabalho do Ministério da Saúde e da Segurança Social, na Ilha de Santiago, de 8 a 12 de Agosto de 2016, por Ana Brito, disponível no site do MSSS.

Analisando as evacuações para os hospitais centrais verifica-se o seguinte:

- A população das Ilhas do Maio, Fogo e Brava, é praticamente toda encaminhada para o HAN;
- A população das Ilhas do Sal e Boavista é encaminhada para o HBS e para o HAN, sendo a maior percentagem encaminhada para o HAN;
- A população de São Nicolau é também encaminhada para os 2 HC, sendo uma maior percentagem encaminhada para o HBS;
- A população de Santo Antão é praticamente toda encaminhada para o HBS.

Adicionalmente verifica-se que as ilhas que encaminham mais doentes para o HBS registam uma maior percentagem de evacuações urgentes face às restantes ilhas.

Na Ilha de Santiago os encaminhamentos referem-se praticamente apenas a doentes urgentes.

Relativamente aos motivos das evacuações internas não urgentes, e apesar da escassez de informação exaustiva e sistematizada sobre as causas das evacuações, é possível identificar algumas tendências, nomeadamente as seguintes:

- Elevado volume de evacuações para realização de exames programados, podendo nas ilhas sem hospital, ultrapassar os 25% dos doentes evacuados, para exames como ecografia, mamografia e endoscopia, entre outros;
- A ortotraumatologia, cardiologia, cirurgia e otorrinolaringologia, são as especialidades com maior volume, correspondendo a mais de 50% do total dos doentes não urgentes evacuados.

O principal fluxo de evacuações urgentes incide nas especialidades de ortotraumatologia, ginecologia/obstetrícia e cirurgia.

3.5. Análise SWOT

Tomando como referência os fatores de mudança, o perfil sanitário do país, o balanço da implementação do PNDS anterior, assim como os contributos de intervenientes chave em diversas áreas com participação direta e indireta no setor, identificaram-se os principais pontos fortes e fracos do desempenho do setor da saúde de Cabo Verde, assim como as principais ameaças e oportunidades da envolvente externa com potencial impacto no desenvolvimento do setor para os próximos anos.

A análise encontra-se organizada pelos principais temas estruturantes.

Importa referir que os contributos das participações e entrevistas com os diferentes intervenientes e setores reportam-se à data atual, considerando um conjunto de iniciativas desenvolvidas em 2017 e até em 2018.

Pontos fortes

Governança:

- Determinação e engajamento político com a implementação das reformas da saúde e sociais;
- Definição de regulamentação e iniciativas em diferentes matérias emergentes e de natureza transversal, iniciadas ou realizadas maioritariamente em 2017, de que são exemplos:
 - Estudo para a constituição da Entidade Reguladora da Saúde como entidade independente com novas funções transversais e agregadora de algumas áreas atualmente dispersas por diferentes entidades e eventualmente redundantes;
 - Aprovação da Carreira Médica e da Carreira de Enfermagem, como instrumentos estruturantes para a orientação e desenvolvimento dos profissionais.
- Criação e dinamização do INSP, cuja estratégia de desenvolvimento e atuação assenta em 6 grandes pilares estratégicos: governança e desenvolvimento institucional, pesquisa e

investigação, formação em saúde, vigilância do estado de saúde da população, o Sistema de Informação Geográfica, Promoção da Saúde e atuação laboratorial em matérias de entomologia médica (doenças transmitidas por vetores) e controlo de água e alimentos.

Cuidados de saúde e bem-estar:

- Criação da Rede Nacional de Laboratórios, com um programa de atuação claramente definido cuja implementação deverá ser articulada com o INSP.
- Definição das orientações para evacuações internas, definindo as condições de evacuações de doentes e familiares, critérios e procedimentos a adotar em situação emergente médico ou cirúrgica, ou programada para consultas, exames e cirurgias;
- Redefinição da responsabilidade do processo das evacuações externas do regime não contributivo para o Centro Nacional de Pensões;
- Disponibilização de transporte aéreo, previsto para o segundo semestre de 2018, em conjunto com o MSSS e o Ministério da Defesa, para evacuações de doentes emergentes inter-ilhas;
- Elaboração do Plano de Ação Nacional de Luta Contra Resistência Antimicrobiana 2018 – 2022, uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da Segurança Social e do Ministério da Agricultura e Ambiente;
- Dinamização e reforço da utilização do Centro de Telemedicina, criado em 2015, como contributo, para a oferta de cuidados de saúde especializados de qualidade e a formação contínua de profissionais, respeitando os aspetos éticos e promovendo a satisfação dos profissionais de saúde e do utente:
 - Esforço de consolidação da telemedicina, atualmente com presença em todas as ilhas, num total de 14 postos e com a ampliação da utilização por todas as especialidades.
- Elaboração e avaliação de Programas e Planos Nacionais de Saúde, nomeadamente nas seguintes áreas:
 - Plano Estratégico Combate a Problemas do Álcool 2016-2020;
 - Plano Nacional de Alimentação e Nutrição 2015-2020;
 - Plano Estratégico da Saúde Oral 2017-2020;
 - Plano Nacional de Saúde do Idoso 2017-2021;
 - Plano Estratégico de Vacinação 2018-2022;
 - Plano de Ação para a Saúde do Adolescente 2018-2020;
 - Plano de Saúde Mental 2019-2023 (em curso);
 - Programa de Saúde Escolar (em curso);
 - Programa de Saúde Reprodutiva 2018-2022;
 - Plano de Segurança Transfusional;
 - Programa de prevenção da diabetes e outras doenças;
 - Programa de Saúde Ocular;

- Programa de hipertensão e outras doenças cardiovasculares;
 - Programa de prevenção de insuficiência renal crónica.
- Elaboração de Programas Nacionais de Saúde para Doenças Transmissíveis, como sejam:
 - Plano Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra, 015-2019;
 - Plano Nacional de Doenças sexualmente transmissíveis, 2017-2020.
- Elaboração do IV Plano Estratégico de Luta contra o VIH/SIDA para o período de 2017 - 2020, enquadrado numa estratégia continuada de implementação dos planos, cujos resultados são relevantes e evidentes através dos inquéritos realizados:
 - Redução drástica da transmissão vertical da transmissão vertical em 2016, sendo o objetivo a eliminação até 2020;
 - Redução da prevalência nos grupos de risco;
 - Conhecimento generalizado da população (99%) dos métodos e meios de prevenção;
 - Segurança transfusional garantida em 100% do sangue transfusionado;
 - Ambiente ético e jurídico saudável das pessoas com VIH;
 - Aumento do acesso ao teste, ao tratamento e à carga viral.
- Plano para a realização de estudos biocomportamentais e gestão de informação estratégica para conhecimento do perfil do seropositivo;
- Criação dos Núcleos Concelhios de prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas, com equipas multidisciplinares de trabalho com as instituições de ensino e apoio às equipas domiciliárias e do Espaço de Resposta Integradas às Dependências (ERIT);
- Desenvolvimento de um quadro prospetivo que traduz a preocupação relativamente ao controlo do consumo do tabaco, apesar de não ser conhecida a prevalência atual, estima-se que seja mais elevada do que os últimos dados disponíveis (7% em 2007);
- Elaboração do Plano Estratégico para o Tabaco (em curso), em alinhamento com o ODS 3, com a definição de iniciativas, formalização de metas e ações orçamentadas;
- Ampliação progressiva de serviços descentralizados em áreas especializadas médicas e não médicas;
- Implementação de consultas a grupos diferenciados (grávida, crónicos...).

Intersetorialidade:

- Realização de iniciativas multissetoriais orientados para a saúde, de que são exemplo o evento “One Health”, com a participação ativa dos diferentes agentes, na identificação de problemas e debate de soluções para os problemas nacionais da saúde;

- Criação da Direção de Serviço de Qualidade Ambiental no Ministério da Agricultura e do Ambiente e desenvolvimento do plano para atuação nesta área, incluindo a elaboração do Plano de Ambiente (em curso), com as políticas ambientais em termos de água, ar e resíduos;
- Reforço da participação do INSP no panorama sanitário nacional com a criação do Observatório Nacional de Saúde, implementação do laboratório de entomologia e criação da instância nacional de coordenação no âmbito de “One Health”.

Recursos humanos e formação:

- Criação do curso de medicina na Universidade de Cabo Verde, em colaboração com a Universidade de Coimbra, com capacidade para formar cerca de 20 médicos anualmente, com efeitos esperados após 2021;
- Equipa de profissionais dinâmica e engajada com líderes ativos e com alto grau de proximidade aos seus colaboradores.

Farmácia e medicamento:

- Construção de instrumentos estratégicos e mecanismos de profissionalização e regulação da área farmacêutica, de que são exemplos:
 - Política Farmacêutica Nacional (PFN) 2018-2028;
 - Plano de Implementação da PFN, com iniciativas, metas e orçamentos perfeitamente identificados e com a participação dos principais players do setor incluindo a indústria e distribuição;
 - Perfil do Farmacêutico;
 - Lista Nacional de Medicamentos Essenciais, 2018;
 - Aprovação em janeiro de 2018 das boas práticas de farmácia’;
 - Criação da Ordem dos Farmacêuticos.
- Ampliação da capacidade de armazenagem de medicamentos por parte do distribuidor e melhor cobertura territorial.

Infraestruturas e equipamentos:

- Dinâmica de crescimento da cobertura territorial das estruturas descentralizadas.

Pontos fracos

Governança:

- Insuficiência de instrumentos de gestão e processos de liderança formalizados.

Cuidados de saúde e bem-estar:

- Inexistência de informação actualizada que permita conhecer de forma fidedigna a prevalência de determinados tipos de doenças ou consumos de substâncias de risco, como sejam o tabaco e o álcool;
- Adoção de políticas económicas não dissuasoras de consumo:

- Inadequada percepção para os riscos do consumo do tabaco;
- Enfoque no tratamento dos malefícios do tabaco e não na prevenção;
- Taxa de importação de alguns produtos nocivos é inferior à taxa praticada para alguns produtos essenciais e de primeira necessidade.

Intersetorialidade:

- Inadequado sistema de saneamento do país e deficiente gestão de resíduos, tornando-se numa fonte crescente dos problemas de saúde;
- Inexistência de um sistema eletrónico de notificação e vigilância, que permita o conhecimento atempado dos diferentes intervenientes, promotor de uma atuação concertada entre os diferentes setores;
- Insuficiente sistema de fiscalização em áreas com elevado impacto no sistema de saúde pública, como seja:
 - Entrada de animais provenientes do exterior;
 - Abate de animais e venda de carne;
 - Importação e utilização de pesticidas de forma não controlada;
 - Controlo no comércio informal.

Recursos humanos e formação:

- Quadro de recursos humanos ainda desajustado das necessidades:
 - Falta de competências em algumas áreas de especialização;
 - Elevada dependência de profissionais em cooperação;
 - Elevada mobilidade dos profissionais de saúde;
 - Número significativo de médicos em idade de aposentação e incapacidade de substituição imediata pelos quadros mais jovens.
- Formação insuficiente dos profissionais de saúde, quer em termos de atualização continuada, quer para os novos desafios e necessidades em saúde.

Infraestruturas e equipamentos:

- Inadequação de algumas estruturas, apesar de uma melhoria progressiva na construção e remodelação das instalações;
- Escassez e inadequação dos equipamentos médicos:

- Falta de programa e recursos para a manutenção de equipamentos;
- Verificou-se um atraso na aquisição do Plano de Equipamentos para reforço e modernização das unidades de saúde, cujo fornecimento está suportado por financiamento internacional, com entregas faseadas ao longo do período abrangido pelo PNDS 2017 – 2021.

Informação e comunicação:

- Inadequado sistema informático de suporte à atividade clínica e administrativa das unidades de saúde nos seus diferentes níveis: terciário, secundário e primário.
 - Dificuldades para a implementação do processo de informatização iniciado, persistindo um sistema de informatização ainda bastante desajustado das necessidades, que não permite a cobertura de todas as estruturas, os serviços nas estruturas, nem a integração da informação produzida;
 - Falta de informação fidedigna para atuação em tempo útil quer nas áreas assistenciais quer nas áreas administrativas, dificultando o seguimento e avaliação das políticas a nível nacional, assim como a disponibilização de dados para entidades cooperantes internacionais.
- Inexistência de informação à população sobre Comunicação dos Riscos em Situações de Emergência.

Oportunidades

Governança:

- Fomentar a colaboração entre o Ministério da Saúde (INSP) e o Ministério da Educação, para criação de grupos de pesquisa em áreas prioritárias da saúde pública, nomeadamente dirigidos a Programas de Saúde Pública e a Profissionais.

Cuidados de saúde e bem-estar:

- Coordenar a adoção de políticas públicas de promoção da saúde, incluindo a prevenção e controlo do risco, adoção de comportamentos saudáveis e adoção de boas práticas;
- Continuar a promover o acesso e equidade aos cuidados de saúde, nomeadamente:
 - Desenvolver novas atividades no âmbito da telemedicina, potenciando as plataformas tecnológicas existentes;
 - Partilhar profissionais entre estruturas, com a definição das respetivas condições para os profissionais e entidades;
 - Apostar na unidade móvel especializada para deslocação periódica e programada às diferentes Ilhas.
- Melhorar a interligação médico/farmacêutico:

- Maior proximidade médico/farmacêutico – Reforço de integração do farmacêutico no Sistema de Saúde;
- Integração do farmacêutico na farmácia comunitária.
- Reforçar as ações direcionadas para o adolescente, cuja faixa etária tem registado um défice de cobertura;

Intersetorialidade:

- Promover a dinâmica intersectorial para fortalecer e implementar a visão holística da saúde, melhorando o equilíbrio entre doença e saúde:
 - Melhorar a articulação entre as diferentes entidades intervenientes na prestação de cuidados à população;
 - Desenvolver estudos causa efeito entre a adoção de comportamentos e o consumo de produtos de risco e o impacto na incidência e prevalência das doenças;
 - Melhorar a articulação entre saúde humana, animal e vegetal.
- Promover maior articulação entre o setor público e o setor privado da saúde, com regulação adequada;
- Promover as parcerias internacionais, potenciando as oportunidades criadas no âmbito da CPLP e da OOAS, quer na promoção do país no exterior, quer na captação de recursos disponíveis.

Recursos humanos e formação:

- Desenvolver a investigação clínica transnacional, em cooperação com o INSP, a universidade e organismos internacionais;
- Criar a agenda nacional de pesquisa;
- Colaborar na criação do estatuto do investigador;
- Promover a geração de receitas.

Infraestruturas e equipamentos:

- Continuar o reforço e melhoria das infraestruturas de saúde, com obras novas de ampliação e beneficiação nomeadamente:
 - Nos hospitais centrais e unidades especializadas;
- Nos cuidados de saúde primários;
 - Para a constituição da sede do INSP e do Laboratório Nacional de Saúde Pública;

Informação e comunicação:

- Proporcionar a implementação de um sistema de vigilância integrada com a participação dos diferentes setores e administração local, que contemple também as orientações para a mitigação do risco e plano de atuação em situação de emergência;
- Divulgar e reforçar a atuação do novo Observatório Nacional de Saúde, alargando a sua atuação a outros setores, desenvolvendo o sistema de informação geográfica em saúde, assim como o tratamento de dados primários e secundários e análise da informação.

Ameaças

Governança:

- Aumento das despesas com a saúde a um ritmo superior ao aumento das receitas dos contribuintes (empresas e cidadãos);
- Redução do financiamento proveniente de programas e apoios internacionais, de que são exemplo:
 - Perspetiva de diminuição do financiamento internacional na área do VIH/SIDA, após 2020, colocando em risco a continuidade das ações e a consequente manutenção dos níveis de sucesso alcançados;
 - Cessação do financiamento do Programa da Telemedicina, após o termo da cooperação internacional.

Cuidados de saúde e bem-estar:

- Insuficiente capacidade do país para responder às alterações epidemiológicas:
 - Aumento acentuado das doenças não transmissíveis, em especial das doenças cardiovasculares e oncológicas;
 - Aumento da cronicidade.
- Fluxos populacionais internos e externos potenciadores do aumento das doenças transmissíveis;
- Perceção do aumento do consumo de substâncias que causam dependência, designadamente em idades cada vez mais jovens;
- Envelhecimento da população/ inversão da pirâmide etária da população.

Intersetorialidade:

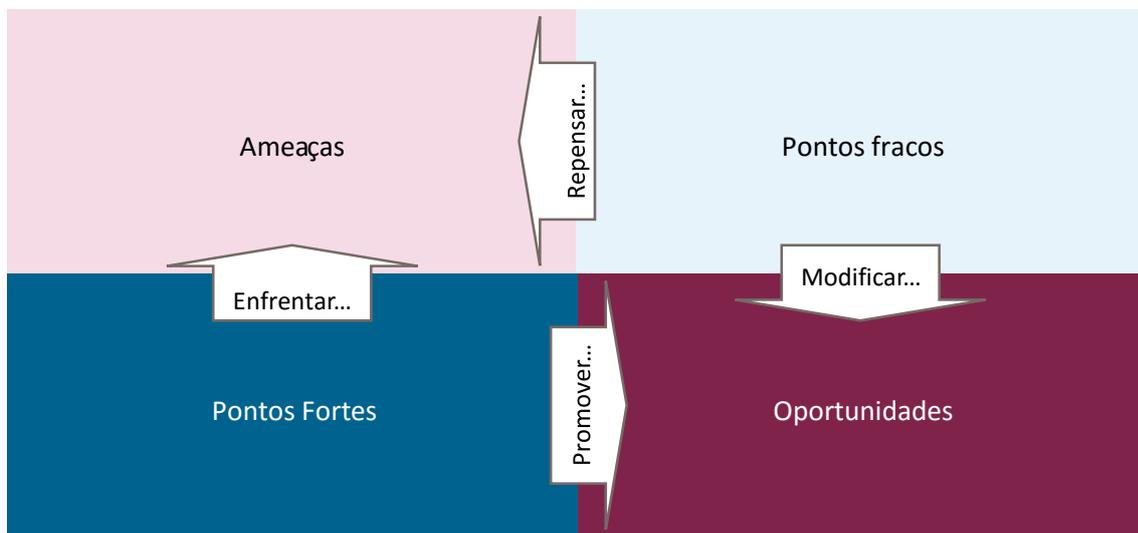
- Urbanização desordenada;
- Interferência cultural da população na prestação dos cuidados;
- Condições socioeconómicas desfavoráveis da população;

- Dispersão territorial.

Recursos humanos e formação:

- Elevada mobilidade de recursos humanos sem planeamento e coordenação prévia.

A conjugação dos pontos fortes e fracos do setor da saúde, com as ameaças e oportunidades da envolvente externa, assim como o alinhamento com o Programa do Governo, as políticas e objetivos internacionais (PEDS, ODS e GPW 13) permitem encontrar as linhas estratégicas, sobre as quais se deverá desenvolver o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021:



Repensar:

- Funções de regulação;
- Funções dos diferentes níveis assistenciais;
- Atuação com o setor privado;
- Sustentabilidade do sistema de saúde.

Modificar:

- Reforçar o enfoque de atuação na promoção e protecção da saúde e na prevenção da doença;
- Melhorar a qualidade da prestação, o acesso e a equidade;
- Melhorar os sistemas informáticos de informação sanitária;
- A organização e os modelos de governança.

Enfrentar:

- Alteração epidemiológica;
- Redução do financiamento;
- Escassez de recursos humanos especializados;
- Características geográficas.

Promover:

- Atuação multissetorial;
- Promoção da saúde;
- Formação e especialização;
- Inovação e investigação translacional.

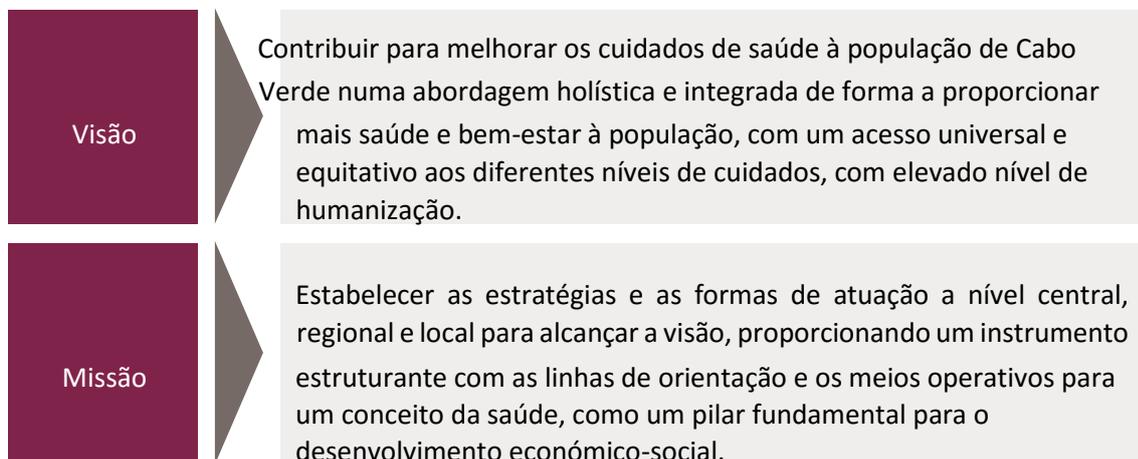
4. Visão e missão do PNDS 2017-2021

De acordo com a Constituição da República de Cabo Verde, o Estado tem como compromisso garantir o direito de cidadania, por meio da criação de “*condições para o acesso universal dos cidadãos aos cuidados de saúde*”. O direito à saúde deve ser concretizado por meio de uma rede de serviços de saúde adequada e pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais, visando a melhoria da qualidade de vida da população.

Neste sentido, o Estado assume a responsabilidade de:

- a) *Assegurar a existência e o funcionamento de um Sistema Nacional de Saúde;*
- b) *Incentivar a participação da comunidade nos diversos níveis dos serviços de saúde;*
- c) *Assegurar a existência de cuidados de saúde pública;*
- d) *Incentivar e apoiar a iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação;*
- e) *Promover a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;*
- f) *Regular e fiscalizar a atividade e a qualidade da prestação dos cuidados de saúde;*
- g) *Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos farmacológicos e de outros meios de tratamento e de diagnóstico.*

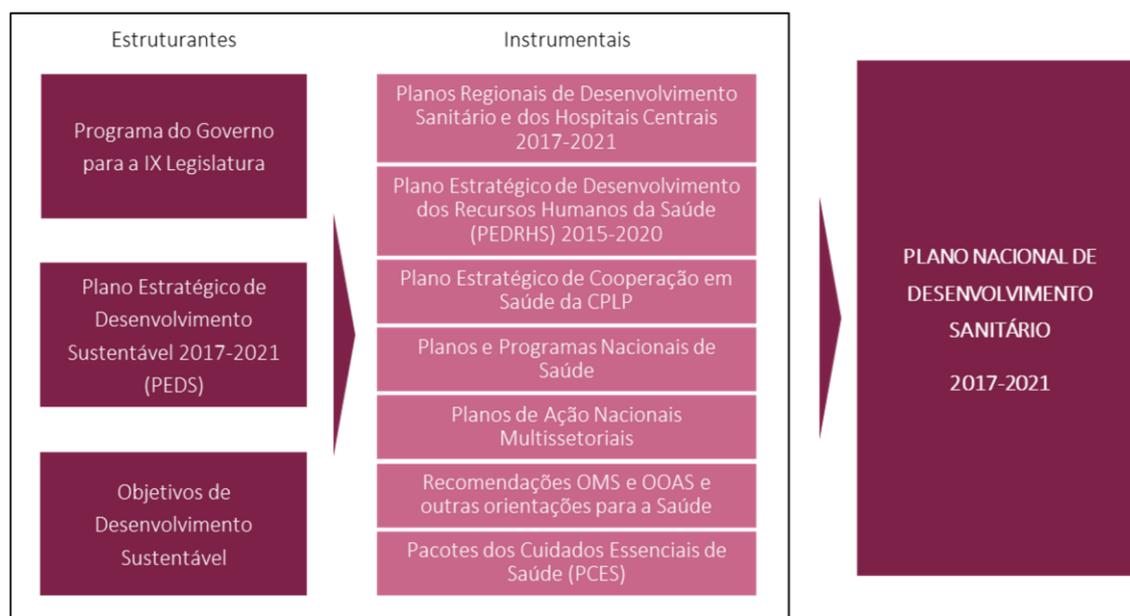
Enquadrado nesta política, o PNDS 2017-2021 tem como visão e missão:



O PNDS 2017-2021 visa dar continuidade e reforçar as condições para responder ao novo modelo de governação proposto no Programa do Governo, como um Estado mais perto das pessoas, promovendo a descentralização e regionalização, a complementaridade com o setor privado, a qualidade da prestação dos cuidados de saúde e inclusão da saúde em todas as políticas, em alinhamento com as orientações da OMS e da OOAS, no sentido de promover a saúde, preservar a segurança mundial e servir as populações vulneráveis.

O PNDS 2017-2021 é, assim, um documento de natureza estratégica e operacional que permite dar suporte à materialização da Política Nacional de Saúde (PNS) para o horizonte 2020, enquadrado por um conjunto de orientações e documentos estruturantes mas também por instrumentos operacionais que permitem a concretização dessas políticas, identificando-se como principais os seguintes:

Figura 8 – Documentos enquadradores do PNDS 2017-2021



A concretização do PNDS 2017-2021, assenta num conjunto de eixos de desenvolvimento, objetivos estratégicos e prioridades de atuação, apresentados nos capítulos seguintes e que visam cooperar e conjugar esforços para alcançar:

- Mais saúde
- Melhor acesso
- Mais humanização

5. Eixos de desenvolvimento estratégico

Atualmente assiste-se a um conjunto de desafios nacionais e internacionais, com implicações no planeamento estratégico e organização dos sistemas de saúde:

- A orientação no sentido de melhorar o acesso, promover a saúde e bem-estar e responder adequadamente a situações de emergência, conduzem ao desenvolvimento da intersectorialidade;
- As alterações sociodemográficas, com uma população cada vez mais envelhecida, mas também mais informada, participativa e exigente;
- A mudança do padrão epidemiológico, com a redução das doenças transmissíveis, aumento da cronicidade e o aparecimento de novas doenças;
- O desenvolvimento das tecnologias de informação e as alterações organizativas que permitem a virtualização da relação com o doente;
- A pressão no sentido da sustentabilidade económica, determinada pela tendência contínua do aumento dos custos de saúde, conduz à procura constante de níveis de eficiência otimizados que permitam a prestação de cuidados com qualidade e menores custos.

A elaboração do PNDS para o período de 2017 a 2021 deverá contemplar as especificidades das necessidades em saúde, as características sócio demográficas da população, mas também as tendências e políticas globais, tendo em vista a definição de um plano que estabeleça a visão e os objetivos para a saúde para Cabo Verde, mas simultaneamente com a flexibilidade necessária para permitir a melhoria contínua e alcançar os resultados esperados em saúde.

Os eixos de desenvolvimento do PNDS 2017-2021, assentam numa visão holística e inclusiva da saúde, capaz de dar uma resposta mais efetiva às necessidades atuais e novos desafios, mas também que contribua para que o setor da saúde, constitua um motor de desenvolvimento económico e social do país, conjugando um conjunto de componentes.

Figura 9 – Principais componentes numa abordagem holística da saúde



Destacam-se as seguintes componentes:

- Regionalização/proximidade e especialização nacional – aperfeiçoamento e adequação do modelo de gestão e dos perfis sanitários, no sentido de proporcionar cuidados de proximidade em cada uma das regiões de saúde e Ilhas, mas também garantir a toda a população o acesso, a cuidados especializados e de maior nível de diferenciação em condições de qualidade e adequados níveis de eficiência;
- Melhoria das infraestruturas e dos equipamentos – reforçar e consolidar a remodelação, ampliação e construção de novas infraestruturas de saúde, ao nível dos cuidados primários, secundários e terciários, dotando-os de equipamentos médicos e de tecnologias de informação, que permitam levar à população cuidados e técnicas mais diferenciadas, em condições de qualidade, humanização, conforto e segurança, assim como aumentar os níveis de prevenção e rastreio, diagnóstico, tratamento e seguimento;
- Capacitação e reforço de competência – implementação de um plano de recursos humanos que permita reforçar o dimensionamento dos recursos e colmatar áreas de especialização clínica, mas também adequar as competências técnicas e comportamentais para as novas exigências na prestação dos cuidados e gestão das organizações, com um maior nível de humanização e comunicação com o cidadão, promovendo uma abordagem focada na pessoa, com o utente a participar ativamente no seguimento da sua saúde ou tratamento da sua doença e um maior engajamento com o sistema;
- Cooperação multissetorial e multidisciplinar - coordenação de esforços dos diferentes setores e agentes da sociedade, públicos e privados, que contribuem direta e indiretamente para as condições de saúde. Incluem-se nestes agentes as áreas chave na comunidade, como sejam educação, saneamento, agricultura, ambiente, segurança, entre outros, cuja atuação conjugada permite a obtenção de sinergias e eficácia nos resultados em termos de promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças, bem como gestão do risco e atuação em situações de emergência.

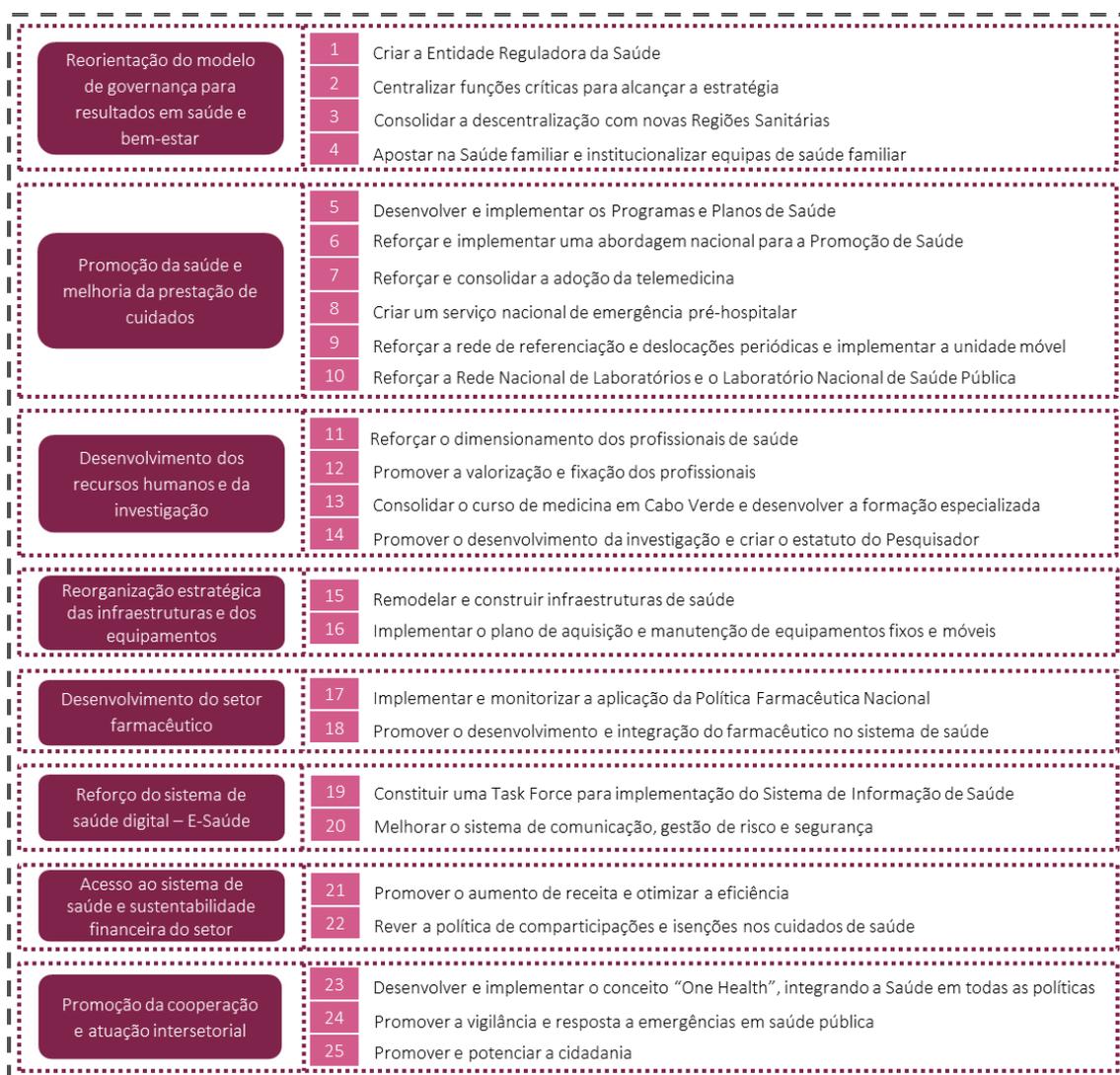
Estas componentes constituem elementos essenciais no PND, na medida em que são estruturantes para permitir a concretização dos objetivos do sistema:

- Operacionalizar de forma conjugada e participativa os diferentes Programas de Saúde, dirigidos a diferentes públicos alvo e segmentos de risco populacionais ao longo do ciclo de vida, com atuação na promoção da saúde, prevenção, tratamento e seguimento;
- Alcançar os resultados em saúde, económicos e sociais, cumprindo os objetivos e metas estabelecidas, a nível nacional e internacional;
- Proporcionar maior nível de humanização na prestação de cuidados de saúde e bemestar, permitindo melhorar a equidade no acesso da população aos cuidados de saúde, intra e inter-ilhas, fortalecendo as regiões e minimizando as barreiras geográficas, características de um país arquipelágico;
- Melhorar a qualidade assistencial e a informação disponível, com a implementação de sistemas de informação e comunicação, que permitam a obtenção de informação clínica e não clínica, fiável, coerente e comparável para suporte à decisão, assim como a agilização dos processos e a partilha de informação entre as diferentes estruturas e organismos centrais;

- Promover a investigação ao serviço da saúde, com pesquisas e estudos epidemiológicos e relacionais (causa/efeito), no sentido de proporcionar informação para atuação precoce e atempada dos diferentes intervenientes em benefício da melhoria da saúde da população;
- Promover a sustentabilidade do sistema com instrumentos que permitam aumentar os níveis de eficiência, a cooperação e trabalho em rede, com a partilha de recursos entre as diferentes estruturas de saúde, com cooperação e sinergias entre equipas multidisciplinares compostas por profissionais e recursos dos diferentes setores.

Neste contexto o PNDS 2017-2021 é constituído por 8 eixos estratégicos, e 25 iniciativas:

Figura 10 – Eixos estratégicos e iniciativas do PNDS 2017-2021



Apresenta-se a seguir a descrição dos objetivos a alcançar em cada eixo estratégico e as prioridades de atuação.

5.1. Reorientação do modelo de governança para resultados em saúde e bem-estar

O sistema de saúde em Cabo Verde tem incorporado melhorias relevantes em alinhamento com os compromissos assumidos no Programa do Governo, bem como com os objetivos e orientações internacionais.

O PNDS 2017-2021 caracteriza-se por uma fase de implementação e consolidação de algumas medidas, mas principalmente pelo desenvolvimento de novas iniciativas para fazer face a novas necessidades e desafios inerentes a um sistema de saúde mais desenvolvido e com maior nível de maturidade.

Neste domínio identificam-se as seguintes iniciativas e prioridades:

1. Criar a Entidade Reguladora da Saúde;
2. Centralizar funções críticas para alcançar a estratégia;
3. Consolidar a descentralização com novas Regiões Sanitárias;
4. Apostar na saúde familiar e institucionalizar equipas de saúde familiar.

Criar a Entidade Reguladora da Saúde

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) será uma entidade pública independente que tem por missão a regulação da atividade das estruturas públicas e privadas prestadoras dos cuidados de saúde, integrando e uniformizando um conjunto de funções de regulação e supervisão atualmente inexistentes ou dispersas por diferentes entidades, incluindo nomeadamente as seguintes matérias:

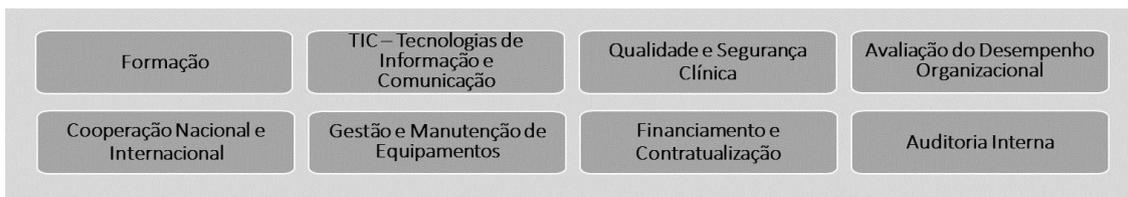
- Requisitos para o exercício da atividade das entidades públicas e privadas;
- Direitos de acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes;
- Legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores;
- Concorrência no setor da saúde;
- Tratamento de reclamações dos utentes, prestadores e instituições;
- Realização de inspeções e auditorias às instalações dos prestadores de cuidados de saúde;
- Investigação das situações que possam pôr em causa os direitos dos utentes;
- Condução de processos de contraordenação e aplicação de sanções;
- Emissão de instruções, recomendações e pareceres;
- Realização de estudos sobre a organização do sistema de saúde.

A ERS deverá dispor de um orçamento próprio, devendo ser assegurada a sua sustentabilidade.

Centralizar funções críticas para alcançar a estratégia

De acordo com os objetivos torna-se essencial reforçar e implementar um modelo de liderança e organização que, em articulação com as diferentes estruturas descentralizadas de cada uma das regiões/Ilhas, defina a nível central a estratégia consolidada em áreas críticas para o sistema de saúde. Identificam-se as seguintes áreas:

Figura 11 – Funções centralizadas no MSSS



Atribuições das funções:

Formação	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de programas para reforço de competências a nível técnico e de gestão, com enfoque nos órgãos de topo e chefias intermédias. Avaliação e aprovação de necessidades identificadas pelas estruturas e desenvolvimento de planos de formação consolidados. Desenvolvimento de Programas de Formação contínua com certificação.
Cooperação Nacional e Internacional	<ul style="list-style-type: none"> Promoção e desenvolvimento de ações para o estabelecimento de parcerias e protocolos de colaboração com entidades nacionais e internacionais, no âmbito da saúde e do ensino, nomeadamente no que se refere aos cuidados de maior nível de diferenciação e formação e capacitação de profissionais especializados de acordo com o plano de valorização e capacitação de recursos humanos.
Tecnologia de Informação e Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> Definição de políticas e estratégias a adotar pelo MSSS e estruturas descentralizadas em termos de tecnologias e sistemas de informação, para dotar o sistema das ferramentas que permitam a obtenção de informação fiável, estruturada, em tempo útil e consolidável, como elemento essencial de suporte à gestão e decisão. Deverá abranger os sistemas de suporte à atividade clínica e de apoio administrativo, financeiro, logístico e de recursos humanos.
Gestão e manutenção de equipamentos	<ul style="list-style-type: none"> Gestão e realização de atividades relacionadas com a gestão dos equipamentos de tecnologia médica das estruturas, assegurando as condições adequadas para o desempenho eficiente das suas funções: elaboração de planos e realização de manutenção preventiva, formação de técnicos locais em manutenção corretiva urgente e apoio remoto.
Qualidade e Segurança clínica	<ul style="list-style-type: none"> Definição de normas e protocolos para melhoria da qualidade assistencial. Dinamização e acompanhamento de processos de certificação clínica. Definição de políticas e normas para gestão da segurança dos doentes e profissionais, prevenção e mitigação de risco, apoio na implementação de medidas corretivas e acompanhamento de resultados.
Financiamento e contratualização	<ul style="list-style-type: none"> Contratualização da atividade a realizar com cada Região Sanitária, e hospitais centrais ou outras entidades não incluídas nas regiões sanitárias de acordo com os recursos e com os níveis de desempenho adequados, baseado em Contratos Programa. “Negociação” com as estruturas descentralizadas dos Contratos Programa.
Avaliação do Desempenho Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> Definição de indicadores de desempenho e métricas da atividade assistencial. Monitorização da atividade e cumprimento dos indicadores. Desenvolvimento de planos e ações de melhoria. Comparação de índices de qualidade e desempenho entre as estruturas.
Auditoria Interna	<ul style="list-style-type: none"> Definição de normas e procedimentos de acordo com as boas práticas de controlo interno. Auditoria do processo clínico. Acompanhamento e avaliação da implementação dos procedimentos. Articulação com as entidades e auditorias externas.

Consolidar a descentralização com novas Regiões Sanitárias

O processo de constituição das Regiões Sanitárias em Cabo Verde, tem vindo a ser progressivamente implementado com vista à maior descentralização do processo de decisão na prestação dos cuidados de saúde promovendo a maior proximidade dos cuidados à população e uma gestão integrada dos recursos e estruturas descentralizadas, com maior autonomia de gestão e financeira.

Após a criação da Região Sanitária de Santiago Norte, em 2007, foram criadas em 2017 a Região Sanitária de Santo Antão e a Região Sanitária de Fogo e Brava.

A população das restantes zonas do país caracterizam-se pelo seguinte volume de população residente e turística:

Tabela 11 – População residente e entradas de turistas (2016-2017)

Região	População residente		Entradas de turistas	
	2016	2017	2016	2017
Sal	35.268	36.769	293.987	343.211
Boavista	15.534	16.621	203.331	206.614
Santiago Sul	177.759	181.611	72.357*	78.385*
São Vicente	81.863	82.680	38.542	45.472
São Nicolau	12.341	12.260	1.651	1.841
Maio	7.034	7.111	1.469	1.669

Nota (*): Inclui o valor para a totalidade da Ilha de Santiago. Fonte: População – Projeções Demográficas de Cabo Verde 2010-2030, INE; Evolução e estatísticas do turismo por Ilhas, 1999 a 2017, INE.

Enquadrado na política nacional e no sentido de dar continuidade ao processo de descentralização verifica-se o seguinte:

- As Ilhas do Sal e da Boavista apresentam um elevado volume populacional constituído por população residente e turística que permitem a conjugação de condições para a constituição de Regiões Sanitárias;
- A Região de Santiago Sul dispõe de um volume populacional e de uma organização administrativa e geográfica cuja consolidação numa região sanitária poderá permitir a obtenção de sinergias de recursos e benefícios para a prestação de cuidados. A Região de São Vicente não se revela prioritária na medida em que a sua organização atual já contempla uma gestão de recursos de forma transversal em todo o território;
- As Ilhas do Maio e de São Nicolau não revelam condições para a sua organização prioritária como região sanitária, não sendo evidente o benefício da sua integração nas regiões sanitárias existentes ou a constituir.

Neste contexto o PNDS 2017-2021 deverá contemplar:

- Consolidação das Regiões Sanitárias de Santo Antão e do Fogo e Brava;
- Criação das Regiões Sanitárias do Sal e da Boavista;
- Criação da Região Sanitária de Santiago Sul;
- Melhoria da dotação de recursos e articulação com as estruturas de acordo com o definido nos Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário da Ilha de São Nicolau, do Maio e dos Cuidados de Saúde Primários de São Vicente.

Apostar na saúde familiar e institucionalizar equipas de saúde familiar

A aposta na saúde familiar com a institucionalização de equipas de saúde familiar tem como objetivo alcançar um enfoque dos cuidados de saúde primários como porta de entrada no SNS, contribuindo para um adequado funcionamento da rede de cuidados.

O maior enfoque nos cuidados de saúde primários facilita o acesso e equidade na prestação dos cuidados de saúde à população, com recursos mais adequados às necessidades existentes.

Esta abordagem permite ajustar a oferta à evolução e tendências a nível das necessidades da população que têm vindo a evoluir no sentido do aumento acentuado dos doentes crónicos, cuja situação é já notória na morbilidade do país.

A atuação e enfoque do SNS nos cuidados de saúde primários encontra-se em linha com os objetivos internacionais da OMS e dos ODS, enquanto estratégia para alcançar uma cobertura universal da saúde, desde a promoção e prevenção da saúde, à prestação de cuidados curativos, de reabilitação e paliativos.

De uma forma geral a atenção primária está consubstanciada no Centro de Saúde com equipas multidisciplinares chefiadas por médicos, com uma rede de extensões (PS e USB) que permitem aproximar a prestação de cuidados à população. Neste sentido cada equipa de saúde familiar deve ser constituída por médico de família e enfermeiro de família, podendo os restantes perfis de profissionais incorporar as equipas ou formar núcleos de apoio, de acordo com as necessidades e recursos locais.

A institucionalização de equipas de saúde familiar permite promover os cuidados de saúde primários como a porta de entrada e elo de ligação da população com o SNS, assegurando um acompanhamento global e transversal e o encaminhamento necessário para os restantes níveis de cuidados.

A institucionalização da equipa de saúde familiar pretende reforçar a atuação do SNS na promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo de forma significativa para a melhoria e estreitamento da relação entre os cuidados de saúde primários e os utentes enquanto elementos de uma família, de uma determinada comunidade com as suas especificidades. Em última instância esta atuação pretende facilitar o alcance dos seguintes principais objetivos:

- Melhor adequação da oferta de cuidados de saúde à população;
- Atuação mais precoce na prevenção e identificação de fatores de risco;
- Identificação e cadastramento de doentes crónicos e indivíduos em situações de risco;

Maior consciencialização da população para:

- A adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis;
- Um acesso responsável e mais adequados dos serviços de saúde;
- Maior aderência e continuidade dos tratamentos.

Em síntese pretende-se a implementação de uma abordagem holística e inclusiva da saúde, considerando as perspetivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades com uma atuação centrada na pessoa e não na doença.

5.2. Promoção da saúde e melhoria da prestação de cuidados

O sistema de saúde em Cabo Verde tem vindo a registar uma evolução significativa na melhoria da qualidade dos serviços prestados, traduzida nos indicadores de saúde apresentados pelo país.

Enquadrado na orientação estratégica do Programa do IX Governo Constitucional, no sentido de garantir o direito à saúde a todos os cidadãos e o dever de promover a saúde e assegurar a prestação de cuidados de saúde de qualidade, o PNDS 2017-2021 deverá contemplar as iniciativas necessárias para manter e melhorar os níveis de saúde alcançados, mas também aumentar o nível de ambição, reforçando a promoção da saúde, a melhoria da prestação de cuidados e a otimização da eficiência na utilização dos recursos.

Identificam-se as seguintes iniciativas:

1. Desenvolver e implementar os Programas e Planos de Saúde;
2. Reforçar e implementar uma abordagem nacional para a Promoção da Saúde;
3. Reforçar e consolidar a adoção da telemedicina;
4. Criar um serviço nacional de emergência pré-hospitalar;
5. Reforçar a rede de referência e deslocações periódicas e implementar a unidade móvel;
6. Reforçar a Rede Nacional de Laboratórios e o Laboratório Nacional de Saúde Pública.

Desenvolver e implementar os Programas e Planos de Saúde

A reforma do setor e os diferentes instrumentos reguladores, estabelecem as orientações para a reestruturação dos programas nacionais de saúde na perspetiva da organização, normalização e mobilização de recursos de forma a promover a execução descentralizada das respetivas atividades.

Foram realizados recentemente ou estão em fase final de elaboração os Planos Nacionais de Saúde os quais enquadram a estratégia e intervenções dirigidas aos diferentes grupos, com objetivos específicos e metas, de acordo com as prioridades e perfil sanitário do país, contemplando:

- O enfoque e reforço da atuação nos programas para a promoção da saúde e prevenção das doenças não transmissíveis e das novas doenças;
- A consolidação e melhoria dos benefícios alcançados na mulher e criança, e desenvolvimento de novos programas nas áreas da atenção integrada às crianças, adolescentes e jovens;
- Criação de novos programas dirigidos a homens, idosos e patologias específicas emergentes e de menor cobertura nacional;
- O seguimento e controlo das doenças transmissíveis para manutenção e melhorias dos níveis alcançados.

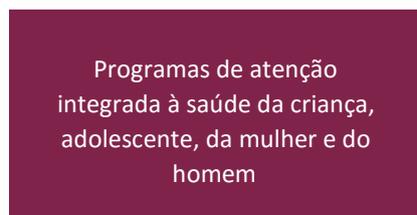
O PNDS 2017-2021 integra a implementação de um conjunto de Programas de Saúde já existentes, e a identificação de alguns novos programas face à sua importância no contexto atual.

Desenvolver e implementar programas para a prevenção e controlo de doenças e fatores de risco:



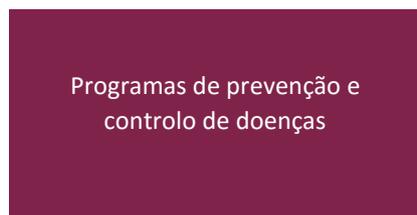
- Saúde Ocular
- Prevenção da Diabetes Mellitus
- Prevenção da Hipertensão Arterial e Doenças Cardio-Cerebrovasculares
- Prevenção da Insuficiência Renal Crónica
- Prevenção do uso abusivo do álcool redução dos fatores de risco
- Prevenção do uso do tabaco
- Prevenção e rastreio de cancros
- Prevenção de Doenças Alérgicas (novo)
- Prevenção da Asma (novo)
- Prevenção de Infecções Respiratórias Agudas (novo)
- Prevenção das Gastroenterites (novo)
- Prevenção da Toxicod dependência (novo)

Consolidar a implementação dos programas de atenção integrada à saúde da criança, adolescente, da mulher e do homem:



- Saúde Sexual Reprodutiva (Mulher e Homem)
- Saúde Infantil
- Vacinação
- Saúde dos Idosos
- Nutrição
- Saúde Oral
- Escolas Promotoras de Saúde
- Saúde do adolescente

Monitorizar o seguimento e atualizar os seguintes programas de prevenção e controlo das doenças:



- Luta contra doenças de transmissão sexual incluindo o VIH-SIDA
- Segurança Transfusional
- Controlo da Tuberculose
- Controlo da Lepra
- Controlo do Paludismo
- Controlo de doenças de transmissão vetorial
- Saúde mental

Reforçar e implementar uma abordagem nacional para a Promoção da Saúde

Enquadrado nos objetivos e políticas nacionais em matéria de saúde, nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento da saúde pública, através do reforço da promoção e educação para a saúde, afigura-se de importância estratégica o reforço da abordagem nacional para a Promoção da Saúde, com a participação dos diferentes atores e setores. Neste âmbito e para uma atuação concertada e maior facilidade de socialização e divulgação deverá a abordagem ser consubstanciada no Plano Nacional de Promoção da Saúde 2018-2021, cuja elaboração se encontra em curso.

O Plano Nacional de Promoção da Saúde 2018-2021 deverá ser um documento estratégico de abrangência nacional e de natureza transversal:

- Constitui-se como um elemento promotor da multissetorialidade e das parcerias dirigidas para a saúde, com a intervenção comunitária, municipal, regional e nacional, com responsabilidade na sua implementação, através da atuação conjugada de recursos e competências;
- Deverá reforçar o papel e compromisso dos setores mais relacionados com os determinantes da saúde, nomeadamente, os de natureza económica, social, educacional, cultural, étnica, comportamental, na medida em que estes determinantes influenciam diretamente a ocorrência de problemas de saúde e os fatores de risco na população.
- Plano Nacional de Promoção da Saúde deverá ser promovido e coordenado pelo INSP, sendo a sua implementação da responsabilidade dos diversos setores intervenientes.

Reforçar e consolidar a adoção da telemedicina

A telemedicina constitui-se como um suporte essencial para a melhoria da equidade e acesso da população aos cuidados de saúde, num país geograficamente disperso e com elevados condicionalismos na disponibilização de recursos e profissionais especializados.

O país dispõe de um Programa Nacional de Telemedicina criado em 2014, consubstanciado no Serviço Nacional de Telemedicina, criado em 2016.

Neste contexto o PNDS 2017-2021 deverá contemplar:

- Realização de um estudo para a redefinição estratégica do Serviço de Telemedicina, que permita suportar:
 - A sustentabilidade do Programa da Telemedicina, e a garantia de condições para a sua manutenção e desenvolvimento, após 2018 (conclusão do programa de financiamento externo);
 - Avaliar o custo benefício do serviço de telemedicina;
 - A definição clara da carteira de serviços, incluindo ações de promoção e prevenção, formação de profissionais, diagnóstico, tratamento e seguimento de doentes.
- Definição e implementação de um plano de atuação da telemedicina, de forma a que constitua um suporte efetivo à prestação de cuidados reconhecido e valorizado pelos doentes, estruturas e pelos profissionais de saúde.
- Desenvolvimento de novas atividades no âmbito da telemedicina, potenciando as plataformas tecnológicas existentes, atualmente em todas as Ilhas com os 14 postos disponíveis, designadamente:
 - Realização de teleconsultas e teleconsultoria;

- Realização de atividade de telepatologia em articulação com outros países (ex: Portugal, Estados Unidos e Brasil), contribuindo efetivamente para a redução das evacuações nomeadamente para Portugal;
 - Organização de teleconsultas com os países destino, prévias às evacuações externas;
 - Seguimento de doentes crónicos (ex: DPOC, Asma, Diabetes); ○ Realização de eletrocardiograma guiado.
- Desenvolvimento de um sistema sistemático e periódico de avaliação dos resultados e implementação de ações de melhoria.

Criar um serviço nacional de emergência pré-hospitalar

A prestação de primeiros socorros com eficácia, através do estabelecimento de um tempo razoável de chegada a um centro de referência em condições técnicas ideais para a situação, é um dos objetivos do serviço de saúde que exige a disponibilização de meios adequados.

Dadas as características nacionais e a rede de estruturas de saúde existente essa prestação deverá ser consubstanciada num sistema de comunicação e evacuação rápida para uma estrutura de saúde com as condições técnicas adequadas.

O serviço nacional de emergência pré-hospitalar deverá consubstanciar-se numa política nacional que abranja:

- A operacionalização do número único de emergência 112;
- A operacionalização de um Centro de Coordenação e Despacho de Emergências;
- A operacionalização de uma adequada rede de transporte de doentes urgentes intrailhas e inter-ilhas.

O Centro de Coordenação e Despacho de Emergências deverá estar dotado das condições adequadas para receber chamadas de emergência dirigidas ao 112, efetivar a triagem e tipologia da ocorrência, assim como o despacho das chamadas para as unidades de socorro. Este Centro deverá ser operacionalizado em coordenação com o Serviço Nacional de Proteção Civil.

A rede deverá abranger os Serviços da Proteção Civil, das Forças Armadas, da Cruz Vermelha, do setor privado e outros, com capacidade e meios eficientes de transporte e evacuações de doentes de uma forma segura e rápida pelas vias terrestres, aéreas e marítimas.

A disponibilização de meios de transporte adequados deverá contemplar:

- A existência de ambulâncias devidamente equipadas em todas as ilhas;
- A disponibilização, conforme preconizado de um meio aéreo para a evacuação de doentes;
- A melhoria das condições de privacidade, conforto e segurança dos meios marítimos.

A atuação coordenada para a implementação do serviço nacional de emergência pré-hospitalar irá representar uma melhoria significativa para a população no que se refere à prestação de primeiros socorros.

Reforçar a rede de referência e deslocações periódicas e implementar a unidade móvel

A partilha de recursos com uma adequada articulação entre os diferentes níveis de cuidados é especialmente relevante para o país, dadas as suas características, por forma a permitir um melhor e mais equitativo acesso da população aos cuidados de saúde, de forma eficiente e sustentada.

Neste sentido, afiguram-se de especial relevância a atuação prioritária nas seguintes vertentes:

- Implementação efetiva da rede de referência suportada num formulário único para as Notas de Encaminhamento que inclua os elementos necessários para sustentar os processos de referência e contra-referência dos doentes entre as diferentes estruturas de cuidados de saúde, abrangendo todos os níveis de cuidados e consubstanciado no SIS;
- Implementação efetiva de deslocações periódicas e regulares de profissionais e da Unidade Móvel para a realização de consultas, exames e procedimentos definidos nas carteiras de serviços de cada região.

Reforço da rede de referência

Os doentes são comuns entre as diferentes entidades e níveis de cuidados, sendo a referência dos doentes e contra-referência um instrumento prioritário para planeamento dos serviços e resposta adequada aos doentes.

Os cuidados de saúde primários constituem a porta de entrada dos doentes no sistema de saúde, os quais, sempre que a complexidade ou especialização assim o determine, são referenciados para outras estruturas.

As estruturas mais especializadas/diferenciadas, após tratamento e alta do doente devem referenciá-lo para os cuidados de saúde menos diferenciados de acordo com a situação clínica do doente, designadamente os cuidados primários de maior proximidade, isto é da sua área de referência.

As entidades prestadoras de cuidados devem implementar um sistema de referência e contra referência eficaz, suportado no SIS, de forma a acompanhar o doente nas diferentes instituições, permitindo o seu adequado seguimento e rastreabilidade. Este processo deverá ser aplicado sempre que possível também às entidades privadas, as quais deverão ser sensibilizadas para o efeito.

Operacionalização da Unidade Móvel e reforço das deslocações periódicas de profissionais

A aproximação dos serviços de saúde à população permite um aumento significativo na satisfação das necessidades da população com repercussão na melhoria do acesso, equidade, tempos de espera, qualidade dos cuidados prestados à população e redução das evacuações internas para atividade programada.

Nesse sentido afigura-se prioritário o reforço da deslocação regular de especialistas às várias regiões, assim como a implementação da Unidade Móvel, permitindo minimizar as desigualdades existentes no acesso a cuidados de saúde de forma eficiente na utilização de recursos e com maior proximidade e comodidade para os utentes e a população.

Reforçar a Rede Nacional de Laboratórios e o Laboratório Nacional de Saúde Pública

As emergências e questões de Saúde Pública são temas de interesse global, que podem comprometer a segurança nacional e internacional.

Neste sentido afigura-se prioritária a atuação nas seguintes áreas:

- Reforço da Rede Nacional de Laboratórios;
- Dinamização do Laboratório Nacional de Saúde Pública.

Reforço da Rede Nacional de Laboratórios

Implementar uma estratégia nacional para a melhoria da cobertura e qualidade laboratorial, no rastreio, diagnóstico e tratamento, consubstanciada no funcionamento integrado das estruturas e na centralização dos laboratórios especializados em São Vicente e em Santiago. A rede nacional de laboratórios visa cumprir os seguintes principais objetivos:

- Gestão e controlo de qualidade;
- Reforço de recursos humanos e competências;
- Reforço do equipamento técnico laboratorial e dos equipamentos informáticos de suporte à atividade;
- Referenciação e transporte em adequadas condições de acondicionamento e segurança no território nacional e para o exterior;
- Relação intersetorial para vigilância epidemiológica, articulando com os diferentes Programas de Saúde nacionais e os agentes nas áreas da saúde, ambiente, agricultura e pecuária;

- Vigilância laboratorial da resistência antibiótica;
- Vigilância laboratorial das arboviroses;
- Vigilância laboratorial dos vírus respiratórios, gastrointestinais e meningites.

Dinamização do Laboratório Nacional de Saúde Pública

No âmbito dos laboratórios de saúde pública compete ao INSP, de acordo com o seu Estatuto:

- Atuar como laboratório nacional de referência para doenças de notificação obrigatória e outras doenças emergentes ou re-emergentes, incluindo harmonização metodológica, controle externo da qualidade, desenvolvimento tecnológico de reagentes, capacitação e distribuição de materiais de referência;
- Atuar como laboratório central e coordenador de eventuais centros periféricos para as investigações biomédicas, epidemiológicas e as pesquisas clínicas em doenças transmissíveis e não-transmissíveis;
- Atuar com laboratório central coordenador e de referência para a vigilância sanitária e ambiental e a saúde dos trabalhadores;
- Regular a atuação dos laboratórios privados na área da saúde pública;
- Manter coleções biológicas de património nacional.

Neste sentido, foi constituído, em 2017, o Laboratório de Entomologia Médica, uma estrutura que tem como objetivo principal o estudo dos vetores transmissores de doenças ao homem, para permitir conhecer os agentes infecciosos, a bioecologia e a densidade populacional dos mosquitos e outros vetores transmissores de doenças presentes em Cabo Verde contribuindo assim, para o reforço do controlo vetorial e à vigilância sanitária de âmbito laboratorial.

Está previsto ainda para 2018 a constituição do laboratório para controlo da qualidade da água e dos alimentos que deverá integrar as várias competências dispersas pelas diferentes entidades, constituindo um laboratório de referência a nível nacional.

Neste contexto considera-se relevante a dinamização do laboratório nacional de saúde pública, potenciando as atividades já realizadas de forma consolidada, com as atividades previstas para permitir alcançar os objetivos estabelecidos.

5.3. Desenvolvimento dos recursos humanos e da investigação

A existência de recursos humanos especializados é fundamental para a prestação de cuidados de saúde e para o desenvolvimento de todo o Sistema Nacional de Saúde. Nesta componente deve considerar-se o definido no Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde 2015-2020, assim como o preconizado nos PCEs, nos Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário e no Plano de Desenvolvimento dos Hospitais Centrais.

Neste sentido preconiza-se uma atuação concertada e priorizada nas seguintes áreas:

1. Reforçar o dimensionamento dos profissionais de saúde;
2. Promover a valorização e fixação dos profissionais;
3. Consolidar o curso de medicina em Cabo Verde e desenvolver a formação especializada;
4. Promover o desenvolvimento da investigação.

Reforçar o dimensionamento dos profissionais de saúde

O ajuste no dimensionamento dos recursos humanos deve ter em conta a afetação para as estruturas das várias regiões de acordo com a reorganização prevista e a carteira de serviços de cada estrutura.

De acordo com o preconizado nos respetivos Planos haverá necessidade de reforçar o dimensionamento de recursos humanos das estruturas de prestação de cuidados de saúde, prevendo-se o seguinte cronograma anual:

Tabela 12 – Aumento dos profissionais nas estruturas de cuidados de saúde, por grandes categorias (2017-2021)

Categoria Profissional	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Médicos	18	11	33	20	20	102
Enfermeiros	62	-	239	60	60	421
Outros Profissionais de saúde	29	29	65	30	30	183
Profissionais de administração e apoio geral	-	-	130	-	-	130
Total Geral	109	40	467	110	110	836

Fonte: Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021 das várias regiões/Ilhas e Plano de Desenvolvimento dos Hospitais Centrais 2017-2021.

O plano de recrutamento de profissionais deverá contemplar:

- O aumento de profissionais apresentado, adicionado das reposições necessárias designadamente por motivos de reforma ou outras saídas dos profissionais, de modo a assegurar a continuidade dos serviços;
- As diferentes possibilidades de recrutamento interno ou externo, nomeadamente através de cooperações internacionais, o qual se configura de especial relevância nos profissionais com maior nível de especialização;
- A revisão anual tendo em conta as contingências e resultados obtidos.

Promover a valorização e fixação dos profissionais

Um dos fatores críticos de sucesso do Sistema Nacional de Saúde é o da qualificação e desenvolvimento técnico-científico dos seus profissionais. Neste sentido, torna-se essencial a valorização dos profissionais de saúde, com capacitação, motivação e melhor enquadramento na gestão do Sistema Nacional de Saúde para promover a sustentabilidade na captação e retenção dos mesmos.

Em termos de valorização e formação, o Ministério da Saúde e da Segurança Social e o Ministério da Educação, deverão assumir um papel de liderança junto das instituições de formação no sentido de melhor definir o perfil dos profissionais e adequar os conteúdos programáticos para a capacitação de profissionais na área da saúde.

No que se refere aos profissionais médicos e de enfermagem, foi publicado em 2017 o plano de cargos, carreiras e salários do pessoal que integra a carreira médica e em 2018 o da carreira de enfermagem. Os estatutos vieram clarificar as regras de acesso à carreira, do exercício da profissão e da progressão com o objetivo de melhorar substancialmente a motivação da classe dos médicos e dos enfermeiros.

Na sequência dos esforços já incorridos afiguram-se como prioritário a implementação das seguintes principais medidas:

1. Institucionalização da obrigatoriedade de elaboração e implementação de planos de formação anuais, que contemplem formações específicas e a formação contínua de todos os profissionais;
2. Elaboração e implementação de um plano de incentivos para situações específicas;
3. Reforço da formação e capacitação nas áreas de gestão.

Planos de Formação anuais

Recomenda-se a institucionalização de elaboração de Planos de Formação anuais para cada região que contemplem ações de formação periódicas para uma adequada capacitação dos profissionais na realização das suas funções, designadamente com a capacitação em técnicas de gestão e humanização dos serviços.

Os planos de formação anuais devem incluir a formação contínua abrangendo pelo menos 1 ação anual de natureza técnica e comportamental dirigida aos diferentes perfis de profissionais.

Todos os profissionais deverão ser abrangidos pelo plano de formação, devendo ser prevista uma duração mínima de 35 horas de formação anual, por profissional.

Adicionalmente e tendo em conta as iniciativas a implementar no âmbito do PNDS, deverão ser previstas as seguintes formações específicas:

- Formação especializada, nomeadamente de médicos e enfermeiros especialistas através de protocolos com entidades internacionais;

- Formação em técnicas de emergência médica pré-hospitalar para profissionais a alocar aos veículos de emergência;
- Formação no sistema de atendimento das urgências hospitalares de acordo com os protocolos da triagem de Manchester para profissionais das urgências hospitalares;
- Formação das equipas de gestão da manutenção.

Os Planos de Formação de cada região devem ser elaborados em conjunto pelas estruturas locais e pela estrutura a nível central do MSSS responsável pela área da formação, incorporando as especificidades locais e as orientações a nível nacional.

Após a formação inicial em cada uma das áreas referidas, estas formações deverão ser realizadas anualmente para atualização dos conhecimentos e formação de novos profissionais, devendo integrar os Planos de Formação Anuais das respetivas regiões.

Plano de incentivos

Deverá ser contemplada a criação e implementação de incentivos (financeiros e não financeiros) para a fixação e motivação dos profissionais de saúde, promovendo a sustentabilidade na captação e retenção dos recursos humanos em determinadas zonas, com maior dificuldade na disponibilização dos profissionais de saúde necessários.

Este plano de incentivos deverá também incluir medidas no âmbito da deslocação periódica de profissionais de saúde, promovendo assim as condições para a efetiva implementação do plano de deslocações periódicas de profissionais e da Unidade Móvel. Neste âmbito deverá ser claramente definida a imputação das remunerações dos profissionais nos períodos de deslocação.

A melhoria da comunicação, circuitos de informação e criação de espaços adequados para diálogo e descontração dos profissionais são também relevantes para melhoria do clima organizacional e motivação dos profissionais.

Formação em gestão

Ainda no âmbito da valorização dos profissionais revela-se de especial relevância o reforço das competências dos profissionais nas áreas de gestão e liderança de estruturas de saúde.

Neste sentido deverá ser reforçada a formação e/ou recrutamento de profissionais na área de gestão/administração de saúde. Considera-se neste âmbito a constituição de um curso anual de formação superior a realizar aos profissionais com responsabilidades de gestão, designadamente órgãos de topo e chefias intermédias. A formação deverá ser ministrada em parceria com universidades ou escolas internacionais.

Consolidar o curso de medicina em Cabo Verde e desenvolver a formação especializada

O país já alcançou a constituição do curso de medicina na Universidade de Cabo Verde, em colaboração com a Universidade de Coimbra, com capacidade para formar cerca de 20 médicos anualmente, com efeitos esperados após 2021.

Após o período inicial de formação em Cabo Verde, já foram enviados para Portugal o primeiro grupo de formandos. No final de 2 anos de formação em Portugal, os formandos deverão regressar a Cabo Verde, para a realização do estágio probatório previsto no Estatuto da Carreira Médica, publicado em 2017.

Torna-se neste momento estratégico para o país a consolidação do curso de medicina, capitalizando os esforços incorridos. Neste sentido, a situação prioritária respeita à preparação do estágio probatório a realizar em Cabo Verde, para integração dos formandos em formação no exterior, devendo ser assegurado:

- Elaboração do programa do estágio probatório com definição das componentes a frequentar e do período de cada componente;
- Identificação e capacitação das estruturas para integração destes alunos, constituindo uma rede de estruturas nacional com capacidade e vocação formativa.

Após o estágio probatório segue-se a especialização médica. Neste âmbito, considera-se relevante a constituição da especialização médica a realizar em Cabo Verde:

- A especialização médica deverá ser realizada em Cabo Verde com o acompanhamento de especialistas, ao abrigo do protocolo global de colaboração estabelecido;
- A implementação de programas de especialização deverá iniciar-se para a medicina geral e familiar, devendo posteriormente evoluir para abranger outras especializações:
 - A especialização médica deverá evoluir em função das capacidades formativas e das necessidades do país podendo equacionar-se a longo prazo especializações em cirurgia geral, cardiologia, medicina interna, ginecologia, pediatria, traumatologia ou anestesia.

Para além da formação e especialização dos profissionais médicos, o PNDS 2017-2021, deverá contemplar a promoção e desenvolvimento de formação especializada de outros profissionais de saúde, através da cooperação e dinamização de programa com as Escolas Técnicas de Saúde.

Neste vertente afigura-se prioritária a implementação de cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem. Os cuidados de enfermagem especializados devem constituir uma resposta diferenciada e diferenciadora dos cuidados gerais, a situações e problemas de maior complexidade.

A implementação deverá ser faseada, de forma a abranger as seguintes áreas de especialização:

- Enfermagem comunitária, incluindo as componentes de saúde comunitária, saúde familiar e saúde pública – vocacionada para a realização de atividades nos cuidados de saúde primários; Enfermagem médico-cirúrgica/hospitalar – vocacionada para a prestação de atividade a pessoas em situação crítica, paliativa, perioperatória ou crónica nas estruturas de cuidados hospitalares (secundários ou terciários);

- Enfermagem de saúde materna e obstétrica – vocacionada para a prestação de atividades na saúde materna, a nível dos cuidados primários, secundários ou terciários;
- Enfermagem de saúde infantil e pediátrica – vocacionada para a prestação de atividades na saúde infantil, a nível dos cuidados primários, secundários ou terciários;
- Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica – vocacionada para a prestação de atividades na saúde mental, a nível dos cuidados primários, secundários ou terciários.

Deverá ser elaborado o regulamento de competências do enfermeiro especialista em cada uma das áreas de especialização, de forma prévia à implementação da especialização, assim como a estruturação global dos cursos conducentes à especialização.

No âmbito das Escolas técnicas de saúde deverá também ser promovida e implementada a formação especializada de técnicos de saúde com enfoque prioritário nas áreas com maior necessidade de recursos no SNS.

Adicionalmente deverá ainda ser prevista a formação e capacitação de profissionais com funções de apoio descentralizado às comunidades, nomeadamente ao nível dos Agentes Sanitários, de forma a dotar estes profissionais de condições para uma atuação efetiva como Agentes Comunitários de Saúde, com participação em atividades de promoção, prevenção e acompanhamento de doentes em articulação com os profissionais de saúde.

Promover o desenvolvimento da investigação

A investigação em saúde é essencial para o estabelecimento de políticas e estratégias de saúde autónomas, atualizadas e adequadas às diversas realidades nacionais, sendo ainda incipiente no país.

A atividade de investigação é essencial para a geração de conhecimentos sobre a saúde e os seus determinantes e tem sido uma preocupação a nível nacional consubstanciada nas atribuições do INSP, com uma função coordenadora e dinamizadora das pesquisas em saúde no país.

São atribuições específicas do INSP, em matéria de investigação em saúde:

- Atuar como agência nacional coordenadora das pesquisas em saúde no país;
- Coordenar a elaboração e revisão da Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde, incluindo a organização de fóruns nacionais;
- Promover a realização de pesquisas de carácter operacional e avançado em doenças transmissíveis e não transmissíveis;
- Promover a realização de pesquisas sobre sistemas de saúde, incluindo o acesso universal e a avaliação de programas de promoção da saúde e de prevenção e controle de doenças;
- Promover a investigação e a realização de estudos para melhoria da prestação dos serviços às comunidades;

- Analisar as condições de saúde da população, em territórios específicos;
- Investigar os principais determinantes sociais, económicos e ambientais de saúde;
- Desenvolver investigação clínica, em colaboração com unidades prestadoras de serviços assistenciais;
- Promover a criação de uma base nacional de dados e documentação técnica e científica com interesse para a saúde pública;
- Promover, mediante a elaboração de diretrizes e a mobilização de financiamento, a investigação em saúde no país.

Neste contexto afigura-se prioritário:

- A continuação e reforço da promoção de condições para dinamizar a investigação clínica em Cabo Verde com uma atuação concertada;
- A definição e implementação das prioridades de investigação e uma interação em redes temáticas de investigação a nível internacional permitindo alcançar a efetiva implementação das atribuições do INSP.

Deverá também ser definida uma linha de financiamento específico para a investigação em saúde, com atribuição de verbas pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

5.4. Reorganização estratégica das infraestruturas e equipamentos

A planificação ao nível das infraestruturas e equipamentos para o período de 2017-2021, inserese num contexto global de reorganização estratégica da oferta dos cuidados de saúde, enquadrado na melhoria da equidade e acesso da população aos cuidados, em condições de qualidade de prestação dos serviços e eficiência na utilização dos recursos.

Esta reorganização estratégica contempla:

- A criação de condições para o reforço dos cuidados descentralizados, de proximidade e enfoque dos cuidados de saúde primários como “porta de entrada” do SNS, através da requalificação, construção de novas unidades e ampliação de horários de funcionamento, destacando-se a constituição de um novo Centro de Saúde em Santiago Sul, com uma carteira de serviços mais ampla e um período de funcionamento até às 24 horas;
- A constituição de unidades e equipas especializadas para resposta a necessidades de saúde e sociais no âmbito da toxicodependência e do álcool, através da criação de equipas domiciliárias multidisciplinares e de Centros de Recuperação para os doentes com problemas de Alcoolismo e Toxicodependência (CRAT), designadamente em São Vicente e na Região Sanitária de Santo Antão;
A constituição de dois laboratórios de análises centralizados e com maior nível de diferenciação, em São Vicente e em Santiago Sul e integrados na Rede Nacional de Laboratórios;

- A constituição do Laboratório Nacional de Saúde Pública, com um importante contributo na valorização da capacitação laboratorial em matérias de entomologia médica e outras áreas de saúde pública;
- A concentração de recursos mais diferenciados nos hospitais centrais, permitindo a obtenção de massa crítica e otimização dos profissionais mais especializados, com elevada escassez no país. Neste âmbito refira-se:
 - A constituição das unidades de cuidados intensivos no Hospital Baptista de Sousa e no Hospital Agostinho Neto;
 - A ampliação da capacidade de internamento do Hospital Agostinho Neto;
 - A construção da Unidade de Hemodiálise no Hospital Baptista de Sousa;
 - A construção de uma Unidade de Ambulatório no Hospital Baptista de Sousa.
- A implementação do programa de promoção e uso de energias alternativas e eficiência energética com a implementação de sistemas de energia solar nas infraestruturas de prestação de cuidados de saúde.
- A implementação conjugada da estratégia de reorganização dos cuidados permite satisfazer as necessidades previstas de internamento nos dois hospitais centrais nos próximos anos. No contexto da reorganização e tomando como referência as orientações do programa do IX Governo Constitucional, não se configura uma prioridade para este período, a constituição de uma nova unidade com internamento em Santiago Sul. No entanto poderá ser avaliada a oportunidade para a constituição de uma nova Unidade Especializada de Cuidados, sem serviço de urgência, com um perfil vocacionado para a realização de exames de diagnóstico e de cirurgia em regime de ambulatório, que permita dar resposta a necessidades de saúde não satisfeitas no país.

A adequação das infraestruturas e equipamentos prevista no PNDS 2017-2021 contempla as recomendações de cada um dos Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário e do Plano de Desenvolvimento dos Hospitais Centrais, para o mesmo período, incluindo ainda infraestruturas e equipamentos das estruturas centrais bem como equipamentos não afetos especificamente a estruturas descentralizadas, como os da Unidade Móvel.

Neste sentido, considera-se necessário reforçar e alargar as atividades em curso para criar as condições de suporte às reformas previstas no Serviço Nacional de Saúde, com uma atuação prioritária, enfocada nas seguintes componentes:

1. Remodelar e construir infraestruturas de saúde;
2. Implementar o plano de aquisição e manutenção de equipamentos fixos e móveis.

Remodelar e construir infraestruturas de saúde

Remodelar e construir infraestruturas de saúde é fundamental para sustentar a reorganização estratégica da oferta de cuidados de saúde, permitindo que as infraestruturas físicas suportem:

- A prestação dos serviços disponibilizados em adequadas condições, com infraestruturas em bom estado de conservação e sem barreiras físicas à acessibilidade;
- O reforço e adequação da carteira de serviços conforme previsto;
- A constituição das novas infraestruturas de saúde previstas para melhoria do acesso e acessibilidade à população.

Ao nível das estruturas dos cuidados de saúde primários prevê-se as seguintes principais intervenções:

- Construção de 8 edifícios novos para centros de saúde, até ao final de 2021:
 - 5 para substituição de edifícios existentes em S. Vicente, Sal, Santiago Norte e Santiago Sul;
 - 4 para constituição de novos centros de saúde, dos quais 2 por requalificação de PS. A localização será nas Regiões Sanitárias de Santiago Norte, Sto. Antão. e no concelho da Praia.
- Remodelação de 5 edifícios de centros de saúde, assim como a intervenção para pequenas melhorias funcionais;
- Construção de 2 novos Postos Sanitários e beneficiação de 19 com pequenas intervenções;
- Remodelação de 20 USB's, cuja intervenção deverá ser assegurada em parceria com o poder local.

Nos hospitais regionais prevê-se a realização de intervenções no HJM, no HRF e no HSRV.

Está também prevista a constituição de unidades especializadas, mas cuja maioria das intervenções em termos de infraestruturas não serão significativas, dada a sua instalação em infraestruturas de propriedade do MSSS ou de parceiros.

Nos hospitais centrais prevê-se:

- A realização de diversas intervenções no Hospital Agostinho Neto, destacando-se:
 - A construção da Lavandaria
 - A constituição de uma UCI;
 - A constituição do hospital de dia;
 - Intervenções a nível dos internamentos, designadamente, com a construção da unidade de internamento de medicina, com o aumento da capacidade, em cerca de 60 camas;

- A remodelação do serviço de urgência e do bloco operatório;
- A reabilitação do Hospital da Trindade;
- A remodelação das áreas de laboratório e radiologia.

A realização das seguintes principais intervenções no Hospital Baptista de Sousa:

- Construção do Bloco Materno-infantil;
- Construção da Lavandaria
- Reabilitação da cozinha hospitalar;
- Construção da unidade da hemodiálise;
- Construção da unidade de ambulatório;
- Constituição da UCI e do hospital de dia;
- Intervenções a nível do internamento e remodelação do serviço de urgência;
- Remodelação das áreas de laboratório e imagiologia.

Prevê-se ainda ao nível das estruturas centrais a necessidade de construção de um novo edifício para a instalação do Laboratório Nacional de Saúde Pública e Centro de Diagnóstico.

Ainda em S. Vicente, prevê-se a reabilitação do Centro de Terapia Ocupacional, com o objetivo de albergar a Comunidade Terapêutica de Barlavento.

Implementar o plano de aquisição e manutenção de equipamentos fixos e móveis

O plano de aquisição e manutenção de equipamentos fixos e móveis deve ser preferencialmente implementado pela estrutura central de Gestão e Manutenção de Equipamentos, a qual deverá incluir um núcleo que constitua um Centro Técnico de Instalação e Manutenção de Equipamentos (CTIME).

O plano de aquisição dos novos equipamentos médicos e de transporte de doentes deve ter em conta o dimensionamento e calendarização prevista nos Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário e no Plano de Desenvolvimento dos Hospitais Centrais, incluindo a aquisição dos equipamentos para a Unidade Móvel. Aquando da aquisição dos equipamentos deverá ser assegurado contratualmente:

- A existência de períodos de garantia para todos os equipamentos;
- Períodos de manutenção após a garantia;
- Níveis de serviços com prazos de resposta perfeitamente estabelecidos de acordo com o nível de gravidade da ocorrência e considerando a possibilidade de apoio remoto e/ou presencial;
- Capacitação dos profissionais para a utilização e manuseamento dos equipamentos;
- A possibilidade de apoio remoto na utilização e manutenção dos equipamentos.

5.5. Desenvolvimento do setor farmacêutico

O setor farmacêutico tem desempenhado um papel fundamental no desenvolvimento de todo o SNS em Cabo Verde, nomeadamente através da criação e da consolidação dos mecanismos de seleção, produção, abastecimento, garantia da qualidade e segurança no âmbito do medicamento, numa área abrangente, cuja cadeia de valor envolve entidades públicas, privadas e setor público empresarial.

Enquadrado na estratégia do Governo da IX Legislatura, foram elaborados e aprovados em 2018 um conjunto de instrumentos estruturantes e complementares no âmbito da Farmácia e do Medicamento, de que são referência, nomeadamente:

- O Perfil Farmacêutico da República de Cabo Verde, um elemento base para a construção da Política Farmacêutica Nacional (PFN), na medida em que apresenta um diagnóstico sobre as estruturas, processos, regulação e financiamento de setor farmacêutico;
- A Política Farmacêutica Nacional para o período de 2018-2028, tendo sido também elaborado o respetivo Plano Estratégico de Implementação, contendo as atividades, ações, indicadores, recursos envolvidos, calendarização e orçamentação, para alcançar cada um dos Eixos Estratégicos estabelecidos na PFN;
- A Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (LNME), um importante instrumento para a utilização dos medicamentos no setor público, produção nacional, ações para disponibilização e acesso, mas também para a definição e harmonização de protocolos terapêuticos em todas as estruturas públicas do país.

Neste contexto, estão criadas as condições para um desenvolvimento estruturado do setor farmacêutico, no período abrangido pelo PNDS 2017-2021, do qual a PFN é um documento central. Identificam-se as seguintes iniciativas para o PNDS 2017-2021:

1. Implementar e monitorizar a aplicação da Política Farmacêutica Nacional;
2. Promover o desenvolvimento e a integração do farmacêutico no sistema de saúde.

Implementar e monitorizar a aplicação da Política Farmacêutica Nacional

Considerando a existência do documento da Política Farmacêutica Nacional, que reflete as necessidades e desafios da nova configuração do setor da saúde e da nova realidade socioeconómica de Cabo Verde, a principal iniciativa neste âmbito é assegurar a sua implementação.

A implementação da PFN permitirá alcançar o objetivo central, que consiste na garantia de acesso contínuo e equitativo a medicamentos e produtos farmacêuticos de qualidade, seguros e eficazes à população cabo-verdiana, com financiamento sustentável enquadrado nas políticas do Governo em matéria de saúde pública e de desenvolvimento do país, com a promoção do uso racional do medicamento.

Para alcance da estratégia definida concorrem um conjunto de objetivos específicos, de forma individual ou transversal, constantes da PFN e do respetivo plano de implementação, tendo também subjacente a adequada articulação entre os diferentes intervenientes da cadeia de valor em cada uma das áreas:

- Seleção de Medicamentos, destacando-se:
 - A definição, publicação e implementação dos critérios de seleção e/ou incorporação de medicamentos no país, tendo em conta a sustentabilidade e financiamento público das famílias;
 - A implementação e revisão sistemática da LNME, no sentido de assegurar a sua atualização, sendo de referir, como prioridade, a necessidade de assegurar, até à sua implementação plena, a compatibilização ou mecanismos de articulação entre a Lista Nacional de Medicamentos e a LNME, nomeadamente no que se refere à cobertura de necessidades e financiamento;
- Financiamento de medicamentos e sistema de regulação de preços, destacando-se:
 - A revisão das modalidades de financiamento e regulação tendo em vista a disponibilização de medicamentos de acordo com os objetivos de equidade no acesso e a realização do respetivo estudo de impacto orçamental.
- Aprovisionamento eficiente de medicamentos, destacando-se:
 - A melhoria de processo de planeamento e gestão dos stocks, com a implementação de um sistema informático integrado, que contemple as estruturas descentralizadas, depósitos, unidades de saúde e DGF;
 - Aumento da produção nacional através da construção de uma nova unidade de fabrico, com o objetivo de aumentar a resposta nacional às necessidades do país; ○ Aumento do espaço de armazenamento na Emprofac e abertura de uma delegação na Ilha do Sal, em 2020.
- Sistema de regulação sanitária e monitorização do mercado de medicamentos fortalecido e funcional, destacando-se:
 - Clarificação das atribuições de cada entidade com funções de fiscalização e o controlo do quadro normativo e monitorização da qualidade dos produtos, da farmacovigilância, da fiscalização das boas práticas de produção, entrada de medicamentos, distribuição e dispensa.
- Comunicação e informação estratégica e eficiente, destacando-se:
 - A definição e implementação de um sistema informático integrado de suporte ao processo do medicamento (conforme requisitos funcionais especificados adiante), que contemple, aprovisionamento (compras e stocks), preços, articulação com a prescrição bem como a disponibilização de informação para o sistema de vigilância sanitária.
- Promoção da pesquisa, desenvolvimento tecnológico e produção de medicamentos, destacando-se:
 - A realização de estudo sobre a estratégia de produção nacional e atribuições de investigação;

- Implementação de processos de certificação de produção em Cabo Verde.
- Promoção da institucionalidade funcional, coordenada, eficiente e coerente com os agentes do sistema farmacêutico de Cabo Verde, destacando-se:
 - Clarificação de funções e responsabilidades entre a DGF e ARFA e a potenciação das áreas complementares.
- Gestão do Conhecimento, destacando-se:
 - O estabelecimento das políticas de capacitação de recursos humanos em toda a área farmacêutica e definição de prioridades em função das necessidades;
 - A revisão e adequação dos planos curriculares de formação do farmacêutico em conjunto com o Ministério da Educação, Universidade e Ordem dos Farmacêuticos.
- Gestão de recursos humanos, destacando-se:
 - Reforço do quadro de profissionais e preparação do plano nacional de desenvolvimento de RH;
 - Fortalecimento da integração nas equipas de saúde.
- Garantia do uso racional de medicamentos e dispositivos médicos, destacando-se:
 - Reforço dos sistemas nacionais de farmacovigilância, tecnovigilância e outras tecnologias de saúde;
 - A elaboração e implementação de protocolos clínicos.
- Monitorização e avaliação da PFN, através de constituição de um Comité Gestor do acompanhamento pela DGF.

Promover o desenvolvimento e a integração do farmacêutico no sistema de saúde

Tendo em conta a importância estratégica e transversalidade do farmacêutico na implementação e não obstante a sua integração na PFN, nomeadamente nos eixos de recursos humanos e de gestão do conhecimento, bem como no objetivo específico para assegurar a disponibilidade de recursos humanos suficientes, adequados e capazes de implementar as estratégias e os objetivos delineados na Política Farmacêutica Nacional, considerou-se como uma prioridade de atuação no PNDS 2017-2021:

- Reforço do quadro de profissionais e do posicionamento do farmacêutico nas unidades de saúde incluindo farmácia hospitalar, farmácia pública e privada;
- Integração do farmacêutico nas equipas multidisciplinares e comissões técnicas vocacionadas para o controlo e uso dos medicamentos, gestão do risco e segurança e custo-efetividade;
- Reforço da relação médico/farmacêutico, promovendo a sua participação, nomeadamente nas decisões terapêuticas;

- Atribuição ao farmacêutico da função de promoção e dinamização das Boas Práticas de Farmácia, aprovadas em Janeiro de 2018, garantindo e monitorizando a sua aplicação nas farmácias públicas e privadas.

5.6. Reforço do sistema de saúde digital – E-Saúde

A existência de um adequado suporte de informação e comunicação é um requisito fundamental para melhorar o sistema de saúde, quer em termos de acesso e mobilidade da população e dos profissionais, quer no suporte a decisões clínicas e de gestão.

A contribuição das TIC e da tecnologia digital na governança dos sistemas de saúde em África está a assumir um papel cada vez mais relevante na promoção e prestação dos cuidados com qualidade, gestão do risco e segurança dos doentes, tendo-se tornado num tema prioritário e objeto do apoio financeiro de parceiros institucionais do setor da saúde.

A este respeito refira-se os objetivos estabelecidos na Conferência Internacional de Ministros da Saúde e Ministros responsáveis pela Economia Digital em África e E-Saúde (CIMSA – 2018), de que se destaca:

- Disponibilizar um perfil da situação de segurança e maturidade digital do doente em África;
- Estabelecer um marco permanente de consulta e de cooperação entre os países, tendo em vista promover a transformação digital e impulsionar as estratégias nacionais em ESaúde.

Nesse sentido, a implementação plena dos sistemas de informação da saúde em Cabo Verde é um pilar estruturante do sistema, devendo constituir uma das prioridades do PNDS 2017-2021, no sentido de melhorar os sistemas de informação e comunicação já existentes, assim como estabelecer os mecanismos de financiamento para a operacionalização das TIC.

O sistema de informação é ainda mais relevante num país de elevada dispersão geográfica, sendo fundamental para proporcionar um seguimento e acompanhamento dos doentes baseado num conceito transversal de E-saúde, mas também para permitir uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e da gestão do risco e segurança dos doentes.

Neste domínio identificam-se as seguintes iniciativas e prioridades:

1. Constituir uma Task Force para implementação do Sistema Informático da Saúde;
2. Melhorar o sistema de comunicação, gestão de risco e segurança.

Constituir uma Task Force para implementação do Sistema Informático da Saúde

Os sistemas de informação, conforme referido, constituem um dos condicionalismos ao funcionamento dos serviços, na medida em que as estruturas de saúde não dispõem, na sua maioria, de soluções informáticas que lhes permitam responder de forma adequada aos seus processos assistenciais e administrativos.

Nesse sentido o MSSS tem em curso um projeto estruturante nos sistemas de informação da saúde, que visa a informatização e integração dos processos administrativos e assistenciais dos cuidados de saúde primários e hospitalares, que irão integrar todas as plataformas do Estado no âmbito do Projeto E-Governança, devendo estar alinhado com os objetivos internacionais no que se refere à transformação digital do setor da saúde em África.

A implementação do sistema informático deverá incorporar:

- O número de identificação único de cada utente para melhorar a identificação e circulação dos doentes entre as diferentes estruturas de prestação de cuidados de saúde;
- A clara definição do modelo conceptual e das funcionalidades a implementar em cada unidade.

A nova solução para a saúde irá integrar os processos administrativos que assentam numa evolução do SIS – Sistema de Informação para a Saúde (já existente em algumas unidades) e os processos assistenciais a contemplar numa nova solução aplicacional de suporte à área clínica.

A conjugação das duas aplicações consistirá no novo SIS Saúde permitindo a obtenção e exploração da informação de uma forma consolidada e a transformação do sistema orientado para a saúde digital.

A estratégia de implementação contempla as infraestruturas de rede e comunicação, assim como a aquisição do hardware necessário, suportada no seguinte faseamento:

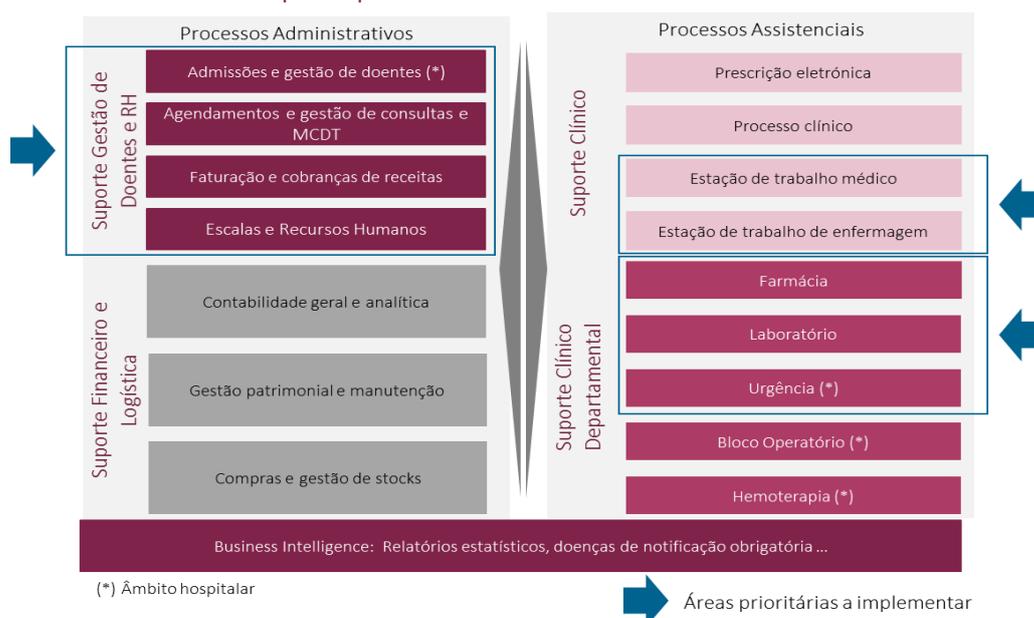
- Instalação de rede externa, a qual já se encontra concluída;
- Instalação faseada de redes internas nas estruturas de saúde das diferentes Ilhas;
- Aquisição faseada de hardware (computadores e servidores) em função do planeamento para a implementação do sistema.

Os sistemas de informação de suporte à atividade assistencial disponíveis apresentam um grau de cobertura muito reduzido dos processos e das estruturas.

Neste contexto o processo de informatização em curso é essencial para a melhoria da eficiência dos processos e suporte à decisão, assim como para a melhoria da gestão do risco e segurança do doente.

Em termos aplicacionais considera-se fundamental que as aplicações permitam dar suporte aos seguintes processos, identificando-se um conjunto de áreas prioritárias, tendo em conta a sua importância em termos de simplificação dos processos e sistemas de controlo das operações:

Figura 12 – Áreas funcionais a suportar pelo Sistema Informático da Saúde



Deve ser realizada uma confirmação das áreas prioritárias a implementar, de forma a permitir agilizar e controlar os processos críticos num conjunto de áreas essenciais e adequar ao faseamento do plano de implementação.

No âmbito da implementação dos Sistema de Informação e dado o seu impacto e criticidade considera-se de fundamental estabelecer uma task force para liderar o processo de implementação garantindo a mobilização dos meios necessários com vista à otimização dos recursos humanos e financeiros envolvidos e à obtenção de resultados de acordo com o plano estabelecido.

Neste sentido considera-se essencial assegurar os meios financeiros para a aquisição do hardware, software e serviços de implementação.

Considera-se igualmente essencial a constituição de uma equipa central que deve ser preferencialmente implementada no âmbito da estrutura central de Tecnologias de Informação e Comunicação e que deverá incluir um utilizador chave em cada uma das áreas funcionais abrangidas pelo projeto, com elevado conhecimento dos processos administrativos e assistenciais.

Esta equipa deverá estabelecer as ações a desenvolver, em estreita articulação com as equipas descentralizadas de cada região ou estrutura, assim como divulgar os resultados obtidos com o processo de implementação das TIC.

As equipas descentralizadas a constituir em cada região ou estrutura deverão integrar o processo de implementação do Sistema de Informação, por forma a garantir o correto acompanhamento do processo de implementação mas também assegurar um acompanhamento após o processo de implementação.

Melhorar o sistema de comunicação, gestão de risco e segurança

Os sistemas de comunicação, gestão de risco e a orientação ao doente são aspetos cada vez mais relevantes no desenvolvimento dos Sistemas de Saúde, contribuindo significativamente para a qualidade e segurança, assim como para a satisfação das populações abrangidas.

Neste sentido considera-se prioritária a atuação nas seguintes áreas:

- Implementação de medidas para informação, comunicação e gestão do risco global;
- Implementação de uma cultura de gestão do risco e segurança do doente;
- Implementação dos processos de atendimento e acolhimento dos doentes.

Implementação de medidas para informação, comunicação e gestão do risco global

A comunicação de risco é um elemento emergente que integra as orientações da OMS e de outros organismos internacionais devendo fazer parte das estratégias e planos de desenvolvimento sanitário dos países.

A comunicação inclui a disponibilização de informação em tempo real, recomendações e opiniões, entre profissionais e cidadãos que, potencialmente, enfrentam uma ameaça à sua sobrevivência ou saúde. O objetivo principal é capacitar quem estiver em risco, de tomar decisões informadas, de forma a atenuar os efeitos dessa ameaça e a tomar medidas preventivas em relação ao risco em situações de emergência, capacitando os diferentes atores na utilização de ferramentas na comunicação de risco:

- Proporcionar a implementação de sistema de vigilância integrada com a participação dos diferentes setores e administração local, que contemple também as orientações para a mitigação do risco e plano de atuação em situação de emergência;
- Disponibilização de informação à comunidade através das redes sociais e locais físicos, relacionadas com fatores potenciadores de risco, designadamente:
 - Qualidade do ar e níveis de poluição;
 - Qualidade da água;
 - Mudanças climáticas;
 - Hábitos e estilos de vida.

Gestão do risco e segurança do doente

No que se refere à gestão do risco e segurança do doente recomenda-se a implementação de um sistema de registo de incidentes a nível dos hospitais regionais e centrais.

A implementação de um sistema de gestão de risco permite:

- Dinamizar o registo de ocorrências com doentes, através nomeadamente do desenvolvimento de uma cultura de notificação dos incidentes ocorridos nos diferentes serviços e estruturas de saúde;
- Conhecer as ocorrências e melhorar a qualidade dos serviços e segurança dos doentes e dos profissionais;
- Desenvolver ações para a sua prevenção e melhorar a segurança nas estruturas de saúde, abrangendo as atividades clínicas e as atividades de suporte.

Implementação de processos de atendimento e acolhimento dos doentes

No âmbito da melhoria da humanização e relação com o utente, considera-se recomendável:

- A implementação ou melhoria dos sistemas de triagem na urgência dos hospitais centrais e regionais, tomando como referência os protocolos de Manchester.
 - A utilização de sistemas de triagem tem em vista permitir atribuir uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas, de forma objetiva e reproduzível em

função de critérios clínicos, assegurando que os casos potencialmente mais urgentes têm atendimento prioritário.

- A adoção de guias atendimento e acolhimento enquanto instrumentos facilitadores com o objetivo estabelecer um conjunto de orientações para os profissionais e para o doente.
 - O guia de atendimento tem como objetivo uniformizar os procedimentos durante a admissão, devendo conter recomendações sobre o atendimento ao doente;
 - O guia de acolhimento pretende facilitar a integração dos doentes nos serviços de saúde, disponibilizar informações úteis, reduzindo as dúvidas e os níveis de ansiedade dos doentes.

5.7. Acesso ao sistema de saúde e sustentabilidade financeira do setor

O Sistema Nacional de Saúde em Cabo Verde tem vindo a alcançar melhorias relevantes nos parâmetros de cobertura e indicadores de saúde, no entanto merecem destaque os problemas de sustentabilidade financeira que subsistem à efetiva reforma do sistema de saúde e que derivam, nomeadamente, da forte incidência da pobreza, da fragmentação territorial e da debilidade e vulnerabilidade económica do país.

O sistema de saúde cabo-verdiano é caracterizado como um sistema centralizado, administrado pelo MSSS, que inclui o financiamento do Orçamento do Estado proveniente das receitas fiscais de famílias e empresas, assim como pelas contribuições do INPS (Instituto Nacional da Previdência Social). As cooperações internacionais assumem também uma representatividade relevante.

Neste contexto, um dos grandes desafios do Sistema Nacional de Saúde e objetivos do IX Governo Constitucional consiste na contribuição para o acesso ao sistema de saúde e sustentabilidade financeira do setor a longo prazo, a qual tem vindo a ser influenciada pela tendência crescente das despesas com cuidados de saúde a um ritmo inferior ao financiamento disponível.

Neste contexto, a melhoria de acesso ao sistema de saúde e de sustentabilidade financeira do sistema de saúde é um objetivo estratégico a considerar no PNDS 2017-2021, identificando-se as seguintes iniciativas e prioridades:

- Promover o aumento da receita e otimizar a eficiência;
- Rever a política de comparticipações e isenções nos cuidados de saúde.

Promover o aumento da receita e otimizar a eficiência

A contribuição para a sustentabilidade do sistema de saúde, garantindo o acesso à população, assenta essencialmente na componente de aumento da receita e na otimização e eficiente gestão dos recursos disponíveis.

No que se refere ao aumento da receita identificam-se os seguintes objetivos e prioridades para 2017-2021:

- Incrementar a cobertura populacional do sistema de segurança social, alargando a base de contribuintes do INPS para uma cobertura de cerca de 60% dos trabalhadores em 2021 (atualmente 45%) e consequentemente aumentar a contribuição para financiamento do sistema;
- Melhorar os mecanismos de aplicação e controlo dos pagamentos, que permitam melhor afetar os recursos e reduzir as pressões financeiras aos grupos de menores rendimentos;
- Uniformizar as tabelas de preços de serviços de taxas moderadoras em todas as estruturas do sistema de saúde, aplicando-as aos grupos não isentos;
- Disponibilizar informação sobre custos e financiamento do setor, promovendo maior clareza e transparência para os contribuintes;
- Desenvolver iniciativas geradoras de receitas para a saúde, nomeadamente, a participação em ensaios clínicos com a colaboração de empresas farmacêuticas;
- Consignar ao orçamento da saúde uma componente percentual da contribuição turística;
- Rever a aplicação de imposto sobre os bens de consumo com impacto direto nos determinantes da saúde, nomeadamente no tabaco e bebidas alcoólicas.

No que se refere à otimização da eficiência e redução de custos, identificam-se os seguintes objetivos e prioridades para 2017-2021:

- Partilha de profissionais especializados entre os hospitais;
- Adoção de políticas de compras conjuntas beneficiando de economias de escala:
 - Compras diretas conjuntas;
 - Externalização de serviços de suporte, designadamente segurança, limpeza, alimentação e lavandaria, adotando uma política de negociação conjunta para aumento do poder negocial.
- Melhoria do planeamento e gestão dos stocks de medicamentos e material de consumo;
- Aumento do consumo de medicamentos genéricos;
- Implementação dos sistemas de informação, de acordo com o previsto no Eixo Estratégico “Reforço do sistema de saúde Digital – E-Saúde”, designadamente de suporte à área assistencial, de forma a permitir a partilha de informação e o acesso a exames e provas de diagnóstico, evitando prescrições desnecessárias;
- Redução dos custos das evacuações internas programadas e melhoria do acesso, através de:
 - Aumento da utilização da telemedicina, em termos de abrangência e volume, de acordo com os objetivos estabelecidos;
 - Implementação das equipas móveis de profissionais e equipamentos especializados.
- Reestruturar a rede de cuidados no sentido de:
 - Ampliar e reforçar os cuidados primários e de proximidade, reduzindo a demanda dos hospitais para cuidados não especializados;

- Utilizar de forma eficiente os cuidados hospitalares, dedicados à prestação de cuidados de maior diferenciação e custo.

Atualizar a política de participações e isenção nos cuidados de saúde

Os mecanismos de pagamento dos cuidados prestados pelas entidades do Serviço Nacional de Saúde em Cabo Verde são regulados pelo Decreto-Lei nº 10/2007 de 29 de Março, o qual estabelece a Tabela de Participações, as Taxas Moderadoras e a Tabela dos preços dos cuidados de saúde.

Este instrumento regulamentar apresenta alguns condicionalismos na sua aplicação, quer pela complexidade de operacionalização e controlo, quer pela ineficácia da sua aplicação, tendo sido realizada em 2017, uma proposta para atualização das Tabelas e revisão do regime de isenção, com os seguintes objetivos:

- Taxas Moderadoras:
 - Constituir um elemento orientado para a restrição ao “consumo evitável”, sem limitar o acesso;
 - Promover a utilização adequada dos níveis de serviços da rede de prestadores, cuidados de saúde primários e hospitalares, nomeadamente no que se refere à promoção dos cuidados primários como a “porta de entrada” do serviço nacional de saúde.
- Tabela de Cuidados:
 - Ajustar à evolução da estrutura de custos dos prestadores.
- Tabela de Participações:
 - Simplificar a aplicação das tabelas e indexação dos níveis de participação aos escalões de rendimento em sede de imposto das pessoas individuais e coletivas.
- Critérios de Isenção:
 - Adequação dos critérios tendo em vista permitir o acesso aos cuidados de saúde a toda a população.

Neste contexto, no que se refere à política de participações e isenção nos cuidados de saúde identificam-se os seguintes objetivos e prioridades para 2017-2021:

- Realizar um estudo de avaliação do impacto da implementação da revisão das Tabelas e regime de isenções;
- Realizar eventuais ajustes às novas Tabelas e Regime de Isenção;
- Regulamentar a implementação das novas Tabelas.

5.8. Promoção da cooperação e atuação intersetorial

A promoção da atuação intersetorial pretende coordenar os esforços dos diferentes setores e agentes da sociedade que contribuem direta e indiretamente para as condições de saúde, a partir de áreas chave na comunidade, como sejam educação, saneamento, agricultura, ambiente, segurança, entre outros, cuja atuação conjugada permite a obtenção de sinergias e eficácia nos resultados em termos de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças.

Neste contexto é fundamental para o país continuar a potenciar as colaborações com entidades e parceiros internacionais que têm permitido e alavancado o desenvolvimento de programas e atuações concertados para melhoria das condições de saúde da população cabo-verdiana.

Neste âmbito identificam-se as seguintes atuações prioritárias:

- 1 Desenvolver e implementar o conceito “One Health”, integrando a Saúde em todas as políticas;
- 2 Promover a vigilância e resposta a emergências em saúde pública;
- 3 Promover e potenciar a cidadania.

Desenvolver e implementar o conceito “One Health”, integrando a Saúde em todas as políticas

O setor da saúde constitui-se como um interveniente chave e transversal na comunidade ao longo da vida dos cidadãos, com uma atuação com enfoque na prevenção e no tratamento do doente. No entanto, influenciados pelos estilos de vida e hábitos dos cidadãos, cada vez mais os diferentes setores e intervenientes desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença, assim como no acompanhamento de casos sociais que se transformam em problemas de saúde ou inversamente, os problemas de saúde que se transformam em casos sociais.

A estratégia “One Health” está baseada num tripé, que inclui a Saúde Humana, a Saúde Animal e a Saúde Ambiental, que oferece uma abordagem holística para fazer face aos riscos sanitários e responder a epidemias que os países enfrentam, envolvendo diferentes ministérios e entidades a nível central e estratégico.

A nível da operacionalização das políticas, Cabo Verde dispõe de um instrumento regulado, Decreto-Lei nº 11/2007, de 20 de Março, para a promoção da intersectorialidade na componente da saúde, através da constituição das Comissões Municipais de Saúde, as quais estão atualmente constituídas, contudo em diferentes estados de funcionamento.

A atuação das Comissões Municipais de Saúde é pois fundamental para dinamizar a cooperação intersectorial, com os seguintes principais objetivos:

- Proporcionar uma resposta multidisciplinar mais dirigida às necessidades específicas da população dos diferentes municípios;

- Identificar novos projetos para situações prioritárias, com atuação no reforço e integração dos programas de saúde prioritários através da promoção da saúde, da prevenção, do tratamento, seguimento e reabilitação;
- Participar na mobilização e informação à população no âmbito da comunicação e gestão do risco multissetorial;
- Reunir ou promover a identificação dos meios de operacionalização necessários, incluindo os meios humanos, técnicos e financeiros.

Neste contexto afigura-se prioritária a promoção do pleno funcionamento das Comissões Municipais de Saúde a nível nacional de forma a facilitar a operacionalização da atuação intersectorial com benefício em prol da saúde e bem-estar da população. Esta intervenção permitirá:

- Reforçar o diálogo e promover a dinâmica intersectorial para fortalecer e implementar a visão holística da saúde, melhorando o equilíbrio entre doença e saúde:
 - Melhorar a articulação entre as diferentes entidades intervenientes na prestação de cuidados à população;
 - Desenvolver estudos causa efeito entre a adoção de comportamentos e o consumo de produtos de risco e o impacto na incidência e prevalência das doenças;
 - Melhorar a articulação entre saúde humana, animal e vegetal.
- Promover a realização de ações de promoção e sensibilização dos problemas prioritários de saúde pública junto da comunidade:
 - Dinamizar a organização de atividades educativas e promocionais; ○ Divulgar e organizar a realização de rastreios;
 - Dinamizar ações de promoção e prevenção dos acidentes domésticos, peridoméstico, de trânsito e de trabalho;
 - Aumentar a consciencialização sobre condução sem álcool, uso de cinto de segurança, cadeira de proteção, capacetes, etc;
 - Promover a disseminação de informação técnica e científica.
- Divulgar e reforçar a atuação do novo Observatório Nacional de Saúde, alargando a sua atuação a outros setores, desenvolvendo o sistema de informação geográfica em saúde, assim como o tratamento de dados primários e secundários e análise da informação.

Promover a vigilância e resposta a emergências em saúde pública

As questões de Saúde Pública e emergências de Saúde Pública são temas de interesse global, que podem comprometer a segurança nacional e internacional e que exigem a mobilização de meios e respostas conjuntas para fazer face a pandemias ou outras necessidades emergentes.

A atuação nesta vertente em termos do PNDS 2017-2021, enquadra-se nas orientações do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP e tem em vista os seguintes principais objetivos:

- Capacitar o país na plena adesão ao Regulamento Sanitário Internacional e a outras exigências da prevenção, assim como ao controle das emergências sanitárias;
- Ampliar a coordenação de ações e a velocidade de respostas conjuntas solidárias em situações de emergência.

Neste sentido deverá ser constituído um Grupo de Trabalho nacional subordinado ao tema “Capacitação em Respostas e Emergências em Saúde Pública”, liderado por representantes da Direção Nacional de Saúde/MSSS que irá integrar o Grupo de Trabalho dos países da CPLP no Fortalecimento de Capacidades em Vigilância e Respostas e Emergências em Saúde Pública.

Promover e potenciar a cidadania

O cidadão, entendido como elemento central no Sistema de Saúde, é um importante agente de participação e de mudança. Nesse sentido é fundamental conhecer os seus direitos e deveres no sentido de influenciar as decisões nos determinantes da saúde e na própria política de saúde, que afetam coletivamente a população.

A capacitação para o exercício da cidadania constitui um contributo essencial na implementação e alcance dos objetivos do PNDS 2017-2021, através de uma atuação coordenada e concertada dos diferentes setores e intervenientes públicos e privados.

Neste contexto afigura-se como essencial, as seguintes principais intervenções neste âmbito:

- Capacitar o cidadão ao longo do seu ciclo de vida para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva. Para exercer essa responsabilidade o cidadão tem que estar informado, tem que interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos;
- Elevar a noção e conceito de cidadania no seio dos grupos alvos, em especial nas crianças, adolescente e jovens;
- Fortalecer o conhecimento e práticas de cidadania em toda a população.

6. Orçamento global

Para a implementação das iniciativas previstas no âmbito do PNDS 2017-2021 e de acordo com as prioridades de atuação estabelecidas, apresenta-se a seguir a estimativa do orçamento global anual, organizado de acordo com os eixos de desenvolvimento estratégico.

As estimativas do orçamento têm por base premissas e valores previstos nos Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário, no Plano de Desenvolvimento Sanitário dos Hospitais Centrais, nos Planos e Programas de Saúde e outras iniciativas já elaboradas pelo MSSS para o período do PNDS 2017-2021, assim como outras estimativas que tomaram por base informação existente ou referências do PNDS do período anterior. As estimativas apresentadas contemplam os valores estimados para a implementação do Plano, incluindo alguns valores identificados com financiamento já garantido.

Os valores considerados incluem as despesas associadas a custos de exploração (ex: custos com pessoal a recrutar) e as despesas com investimentos a realizar (ex: infraestruturas e equipamentos a adquirir):

Tabela 13 – Orçamento global anual para implementação do PNDS 2017-2021

Eixo de desenvolvimento estratégico	Estimativa de orçamento (milhares de ECV)					
	2017	2018	2019	2020	2021	Total
Reorientação do modelo de governança para resultados em saúde e bem-estar	-	5.000	29.000	11.750	8.750	46.500
Promoção da saúde e melhoria da prestação de cuidados	3.000.000	3.057.400	3.357.100	3.357.100	3.357.100	16.128.700
Desenvolvimento dos recursos humanos e da investigação	11.040	214.249	450.902	672.982	836.514	2.185.687
Reorganização estratégica das infraestruturas e dos equipamentos	-	1.639.025	2.314.450	1.116.465	840.405	5.910.345
Desenvolvimento do setor farmacêutico	-	12.189	29.258	12.968	21.525	75.938
Reforço do sistema de saúde digital – E-Saúde	30.400	32.000	36.000	39.500	29.500	167.400
Acesso ao sistema da saúde e sustentabilidade financeira do setor	-	-	5.000	-	-	5.000
Promoção da cooperação e atuação intersectorial	-	-	-	-	-	-
Total	3.041.440	4.959.862	6.221.710	5.210.764	5.093.793	24.519.569

No Volume II apresenta-se o detalhe da estimativa de orçamento.

7. Seguimento e avaliação da implementação

De acordo com os objetivos estratégicos e prioridades de atuação, foram definidas um conjunto de iniciativas e um plano de ações para a implementação do PNDS 2017-2021, tendo-se considerado para o seu faseamento e calendarização os seguintes principais aspetos:

- Os objetivos e propostas de desenvolvimento estratégico;
- As prioridades de atuação;
- As necessidades de investimento e a sua diluição, sempre que possível, no período abrangido;
- O impacto das iniciativas para a melhoria da saúde e bem-estar da população;
- A necessidade de cumprir com algumas precedências para a implementação das iniciativas e ações a realizar.

As datas consideradas no Plano de Ação e Seguimento (Volume II) para a realização das atividades são indicativas, permitindo refletir os prazos aproximados e recomendados para a realização das mesmas, bem como as precedências existentes em algumas situações.

Os indicadores de avaliação e seguimento têm como objetivo principal monitorizar o impacto da implementação do PNDS na resposta à satisfação das necessidades da população, assim como na otimização dos recursos, contribuindo para a melhoria sustentável dos cuidados no Sistema Nacional de Saúde e cumprimento dos ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável).

Neste contexto a avaliação considera as metas a alcançar de forma progressiva durante o período de implementação, incidindo sobre as seguintes dimensões:

- Acesso e equidade na disponibilização de cuidados de saúde à população;
- Eficiência e eficácia na utilização dos recursos afetos à prestação dos cuidados;
- Qualidade e conformidade dos processos para cumprimento dos objetivos de desenvolvimento estratégico.

No ponto 7.1 apresenta-se um conjunto de indicadores em cada uma das dimensões referidas, assim como as metas a alcançar nos cuidados de saúde prestados ao longo do período do PNDS 2017-2021.

No ponto 7.2 apresentam-se indicadores integrantes do ODS 3 com as metas a alcançar no período do PNDS 2017-2021.

7.1. Indicadores do PNDS 2017-2021

Tabela 14 – Indicadores e metas de avaliação e seguimento dos resultados do PNDS 2017-2021

Dimensão	Indicador	Metas				
		2017	2018	2019	2020	2021
1. Acesso e equidade	1.1 N.º de consultas médicas por 1.000 hab.	≥750	≥1.250	≥1.700	≥2.050	≥2.350
	1.2 N.º de urgências médicas por 1.000 hab.	≤800	≤750	≤675	≤600	≤600
	1.3 N.º de consultas não médicas por 1.000 hab.	≥175	≥200	≥300	≥350	≥400
	1.4 N.º de consultas em telemedicina	-	+20%	+30%	+35%	+40%
	1.5 Percentagem da taxa de utilização de consultas face à média de Cabo Verde [n.º de consultas por 1.000 hab. na ilha x/n.º de consultas por 1.000 hab. em Cabo Verde]	≥67,5% em todas as ilhas	≥70% em todas as ilhas	≥72,5% em todas as ilhas	≥75% em todas as ilhas	≥77,5% em todas as ilhas
	1.6 N.º de doentes crónicos em seguimento com 3 ou mais consultas no ano	≥80%	≥85%	≥90%	≥95%	≥100%
	1.7 Percentagem de mulheres em idade reprodutiva (entre os 15 e os 49 anos) com atendimento em planeamento familiar	≥70%	≥75%	≥80%	≥85%	≥90%
	1.8 Taxa de natalidade em mães adolescentes (entre os 10 e os 14 anos) por 1.000 mulheres nesse grupo etário	≤0,5	≤0,4	≤0,3	≤0,2	≤0,1
	1.9 Taxa de natalidade em mães adolescentes (entre os 15 e os 19 anos) por 1.000 mulheres nesse grupo etário	-10%	-20%	-30%	-40%	-50%

Dimensão	Indicador	Metas				
		2017	2018	2019	2020	2021

2. Eficiência e resultados	2.1	N.º de consultas por urgência [total de consultas / total de urgências]	≥0,9	≥1,5	≥2,5	≥3,0	≥3,5
	2.2	Percentagem de primeiras consultas hospitalares [1ª consultas/total consultas]	-	≥30%	≥30,5%	≥31%	≥31,5%
	2.3	Redução do número de evacuações inter-ilhas	-	-20%	-30%	-40%	-50%

Dimensão	Indicador	Metas				
		2017	2018	2019	2020	2021
3. Qualidade / Conform.	3.1 Percentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	≥96%	≥97%	≥98%	≥99%	≥99%
	3.2 Mortes maternas por 100.000 nados vivos	≤50	≤45	≤40	≤35	≤30
	3.3 Taxa de mortalidade dos menores de 5 anos (óbitos por 1.000 nados vivos)	≤17,5	≤17,5	≤17,5	≤17,5	≤17,5
	3.4 Taxa de mortalidade neonatal (óbitos por 1.000 nados vivos)	≤14	≤13	≤12	≤12	≤12
	3.5 N.º de novas infeções por VIH por 1.000 pessoas não infetadas	≤0,8	≤0,5	≤0,3	≤0,2	≤0,1
	3.6 Incidência da tuberculose por 1.000 pessoas por ano	≤0,5	≤0,4	≤0,3	≤0,25	≤0,2
	3.7 Mortalidade devido a doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, ou doenças respiratórias crónicas	-5%	-10%	-15%	-20%	-25%

	3.8 Taxa de mortalidade por suicídio	-5%	-10%	-15%	-20%	-25%
	3.9 Percentagem de doentes com nota de contra-referenciação emitida nos hospitais, seguidos nos CSP	-	≥30%	≥60%	≥70%	≥75%
	3.10 Percentagem de 1ª consultas hospitalares referenciadas pelos cuidados de saúde primários	-	≥30%	≥35%	≥40%	≥45%
	3.11 Percentagem de cirurgias urgentes [cirurgias urgentes/ total de cirurgias]	≤40%	≤35%	≤33%	≤31%	≤30%

7.2. Indicadores ODS 3

Tabela 15 – Indicadores e metas do ODS 3

Meta	Indicador	Metas anuais				
		2017	2018	2019	2020	2021
3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna mundial para menos de 70 mortes por 100 000 nados-vivos	3.1.1 Mortes maternas por 100.000 nados vivos	≤50	≤45	≤40	≤35	≤30
	3.1.2 Percentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado	≥96%	≥97%	≥98%	≥99%	≥99%
3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1000 nados-vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1000 nados-vivos	3.2.1 Taxa de mortalidade dos menores de 5 anos (óbitos por 1.000 nados vivos)	≤17,5	≤17,5	≤17,5	≤17,5	≤17,5
	3.2.2 Taxa de mortalidade neonatal (óbitos por 1.000 nados vivos)	≤14	≤13	≤12	≤12	≤12

3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de SIDA, tuberculose, paludismo e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis	3.3.1 N.º de novas infeções por VIH por 1.000 pessoas não infetadas	≤0,8	≤0,5	≤0,3	≤0,2	≤0,1
	3.3.2 Incidência da tuberculose por 1.000 pessoas por ano	≤0,5	≤0,4	≤0,3	≤0,25	≤0,2
3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis através da prevenção e do tratamento, e promover a saúde mental e o bemestar	3.4.1 Mortalidade devido a doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, ou doenças respiratórias crónicas	-5%	-10%	-15%	-20%	-25%
	3.4.2 Taxa de mortalidade por suicídio	-5%	-10%	-15%	-20%	-25%

Meta	Indicador	Metas anuais				
		2017	2018	2019	2020	2021
3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas e uso nocivo do álcool	3.5.1 Cobertura das intervenções de tratamento (farmacológico, psicossocial e de reabilitação, e serviços pós-tratamento) para distúrbios ligados ao abuso de substâncias	25%	50%	60%	70%	75%
	3.5.2 Uso nocivo do álcool, definido de acordo com o contexto nacional de consumo de álcool <i>per capita</i> (com idade igual ou superior a 15 anos) num período de um ano civil, em litros de álcool puro	<17	<16	<15	<12	<10
3.6 Até 2020, reduzir para metade, o número de mortos e feridos devido a acidentes rodoviários a nível mundial	3.6.1 Número de mortos por ferimentos fatais resultantes de acidentes rodoviários num período de 30 dias, por 100 000 pessoas (normalizado por idade)	-10%	-20%	-35%	-50%	-55%
3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar,	3.7.1 Percentagem de mulheres em idade reprodutiva (entre os 15 e os 49 anos) com atendimento em planeamento familiar	≥70%	≥75%	≥80%	≥85%	≥90%

informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva nas estratégias e programas nacionais	3.7.2.1 Taxa de natalidade em mães adolescentes (entre os 10 e os 14 anos) por 1.000 mulheres nesse grupo etário	≤0,5	≤0,4	≤0,3	≤0,2	≤0,1
	3.7.2.2 Taxa de natalidade em mães adolescentes (entre os 15 e os 19 anos) por 1.000 mulheres nesse grupo etário	-10%	-20%	-30%	-40%	-50%
3.8 Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção contra o risco financeiro, o acesso para todos a serviços de saúde essenciais de qualidade e a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis	3.8.1 Cobertura das intervenções de acompanhamento (p. ex. vacinação infantil completa, terapêutica antirretroviral, tratamento da tuberculose, tratamento da hipertensão, partos assistidos por pessoal qualificado, etc.)	60%	70%	75%	85%	90%
	3.8.2 Percentagem da população protegida contra as despesas de saúde catastróficas ou que causam empobrecimento, resultantes de pagamentos diretos	30%	35%	40%	45%	50%

Meta	Indicador	Metas anuais				
		2017	2018	2019	2020	2021
3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças devido a químicos perigosos, contaminação e poluição do ar, água e solo	3.9.1 Taxa de mortalidade atribuível à poluição domiciliar e ambiente	-5%	-10%	-15%	-20%	-25%
	3.9.2 Taxa de mortalidade atribuível a químicos perigosos, contaminação e poluição da água e do solo	-5%	-10%	-15%	-20%	-25%
3.a Reforçar a implementação da Convenção-Quadro da Organização das Nações Unidas para a Luta Antitabágica em todos os países, conforme apropriado	3.a.1 Prevalência normalizada por idade do atual uso do tabaco em pessoas com idade igual ou superior a 15 anos	<30%	<27,5%	<25%	<22,5%	<20%
3.b Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não						

transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha sobre o acordo TRIPS e a Saúde Pública, que dita o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do Acordo sobre os Aspectos Relativos ao Comércio dos Direitos de Propriedade Intelectual no que toca às flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos	3.b.1 Percentagem da população com acesso a medicamentos e vacinas com preço acessível e de maneira sustentável	>50%	>60%	>70%	>80%	>90%
	3.b.2 Total da ajuda pública líquida para o desenvolvimento investida nos setores da investigação médica e da saúde pública	-	-	+5%	+10%	+15%

Meta	Indicador	Metas anuais				
		2017	2018	2019	2020	2021
3.c Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, formação e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.	3.c.1 Número de profissionais de saúde por 10 mil habitantes (nas estruturas de prestação de cuidados de saúde)	≥26	≥29	≥32	≥34	≥35