

Ministério da Saúde

Plano Multisectorial de Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis de Cabo-Verde

Junho de 2014

Agradecimentos:

A todos que directa ou indirectamente deram o seu contributo para que este trabalho fosse uma realidade, um bem-haja!

Um especial agradecimento aos profissionais de saúde que deram o seu saber e experiência para a elaboração deste plano:

Ministério da Saúde

Dra Conceição Carvalho
Dr. António Pedro Delgado
Dr. José da Rosa
Dra. Irenita Soares
Dra. Hirondina Borges
Dra. Matilde Serrano
Dr. José Manuel Aguiar
Dra. Céu Teixeira
Dra. Conceição Pinto
Dr. Hélder Tavares
Dra. Margarida Cardoso
Dr. Daniel Ferreira
Dra. Ariana Monteiro
Dr. Carlos Dias

OMS

Dr. Ambrosio Disadidi
Dra. Carolina Leite Gomes
Dra. Yolanda Estrela
Dra. Vera Andrade
Dr. Justiniano Mendonça

Consultora: Carla Silva Matos
Cidade da Praia, Junho de 2014
Cabo Verde

ÍNDICE

Agradecimentos:	1
LISTA DE ABREVIATURAS	5
PREFÁCIO.....	6
SUMÁRIO EXECUTIVO	7
1. INTRODUÇÃO	8
1.1. Perfil do País.....	9
1.1.1. Situação Geográfica e Demográfica:	9
1.1.2. Situação Sócio - Económica.....	10
Figura 1. Evolução do PIB per capita em Cabo Verde, 2002-2012.....	10
1.1.3 Indicadores de Saúde	11
Tabela 1. Indicadores de saúde, Cabo-Verde.....	11
Figura 2. Tuberculose - Incidência, Prevalência e Mortalidade (por 100.000 hab.), Cabo Verde 2008 - 2012.....	12
1.1.3. O Serviço Nacional de Saúde.....	13
Tabela 2. Número de profissionais de saúde afectos ao SNS até 2012	13
Figura 3. Organigrama do Ministério da Saúde, Cabo Verde.....	15
1.1.4. Metodologia:.....	16
2. ANÁLISE DE SITUAÇÃO	17
2.1. Factores de risco e Doenças Não transmissíveis.....	17
Tabela 3. Causas de mortalidade geral (taxa de mortalidade por 100,000hab). Cabo Verde 2012	18
2.2. Doenças cardiovasculares:	18
Tabela 4. Prevalência de Hipertensão Arterial em Países Africanos.....	19
2.3. Diabetes mellitus.....	19
2.4. O Cancro.....	20
Figura 5. Frequência de Óbitos por cancro, sexo masculino, Cabo Verde 2012.....	20
Figura 6. Frequência de Óbitos por Cancro, sexo feminino Cabo Verde,2012	21
2.5. Doença Respiratória Crónica - Asma Brônquica	21
2.6. Saúde Mental	21
2.7. O Trauma, Violência e Género:	22
Figura 7. Evolução (tendência) da Sinistralidade. Cabo Verde, 2002-2012	23
2.7.1. Violência Baseada no Género.....	24
2.8. Saúde Oral	25
2.9. Saúde Ocular	26

2.10.	Nutrição.....	26
2.11.	RESULTADOS DO ESTUDO SOBRE AVALIAÇÃO DOS FACTORES DE RISCO PARA AS DNT EM CABO-VERDE: STEPS 2007.....	29
	Figura 8. Prevalência de consumo de tabaco e álcool, por sexo, CV- 2007.....	29
	Figura 9. Prevalência de Excesso de peso e Obesidade, por sexo,CV-2007.....	29
	Figura 10. Prevalência de Hipertensão Arterial por sexo, CV-2007.....	29
	Figura 11. Prevalência de DM e Colesterol elevado, por sexo, CV-2007.....	29
	Figura 12. Prevalência de indivíduos de ambos os sexos com.....	29
	três ou mais factores de risco.	29
3.	ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	30
4.	RESPOSTA NACIONAL ÀS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	33
4.1.	PRINCIPAIS ACTIVIDADES JÁ EM IMPLEMENTAÇÃO POR NÍVEL DE ATENÇÃO.....	34
4.2.	DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DNT EM CABO-VERDE.....	35
5.	O PLANO DE AÇÃO MULTISectorIAL DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DNT-CABO-VERDE, 2015-2020.....	36
5.1.	Visão.....	36
5.2.	Missão.....	36
5.3.	Princípios Orientadores.....	36
6.	OBJECTIVO GERAL.....	38
6.1.	Objectivos Específicos.....	38
7.	PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS.....	39
8.	Áreas de intervenção:.....	41
	Bibliografia.....	42
	ANEXOS.....	45
	ANEXO I. Kit básico de consulta do doente crónico.....	46
	ANEXO II. Matriz de Ações Prioritárias e Metas.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Agente Sanitário de Base
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ALCCCV	Associação de Luta Contra o Cancro de Cabo Verde
AS	Agente Sanitário
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CV	Cabo Verde
CID	Classificação Internacional da Doença
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DNS	Direção Nacional de Saúde
DNT	Doenças Não Transmissíveis
DRC	Doença Respiratória Crónica
EBI	Ensino Básico Integrado
ECV	Escudos Cabo-Verdianos
FR	Factor de Risco
HPV	Papiloma Vírus Humano
HTA	Hipertensão Arterial
ICIEG	Instituto Cabo-verdiano de Igualdade e Equidade do Género
INE	Instituto Nacional de Estatística
INPS	Instituto Nacional de Providência Social
IVA	Imposto sobre Valor Acrescentado
MAI	Ministério de Administração Interna
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PIB	Produto Interno Bruto
PNPSR	Plano Nacional de Prevenção e Segurança Rodoviária
REFSCV	Relatório da Estratégia de Financiamento para a Saúde em Cabo Verde
RGPH	Recenseamento Geral da População e da Habitação
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SVE	Sistema de Vigilância Epidemiológica
TARV	Terapia Anti-Retroviral
TI	Taxa de Incidência
TM	Taxa de Mortalidade
UBS	Unidade Básica de Saúde (ou Unidade Sanitária de Base)
USD	(United States Dólar), Dólares Americanos
US	Unidade Sanitária
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
VBG	Violência Baseada no Género

PREFÁCIO

Desde a conquista da independência em 1975 que os sucessivos Governos em Cabo-Verde apostaram com determinação na melhoria e expansão da educação e cuidados básicos de saúde para a sua população. Esta aposta tem vindo a dar os seus frutos de forma gradual mas consistente ao longo das últimas Décadas refletindo-se principalmente, na redução da taxa de mortalidade infantil, aumento da esperança de vida ao nascer e mudança no perfil epidemiológico das doenças no país.

O Relatório de Desenvolvimento Humano “*A Ascensão do Sul*”: *Progresso Humano num Mundo Diversificado* de 2013 mostra que Cabo-Verde ao investir na saúde, educação, infraestruturas, equidade do género, etc., garantiram um desenvolvimento humano acelerado em especial na área da saúde.

Como outros países em desenvolvimento, Cabo-Verde enfrenta o duplo peso da doença e é nesse contexto que surge este plano multisectorial que visa preparar o país para enfrentar este desafio nos próximos dez anos. No país, as DNT constituem já um problema de saúde pública de magnitude considerável e como determinantes sociais são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades ao acesso á informação, além dos factores de risco modificáveis como o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas a inactividade física e alimentação inadequada, tornando possível a sua prevenção.

Como resposta a este desafio, o Ministério da Saúde de Cabo-Verde deu um importante passo ao incluir em 2007 as Doenças Não Transmissíveis na Política Nacional de Saúde. Neste Plano, constituem prioridades as Doenças Cardiovasculares e a Diabetes mellitus, o cancro (colo do útero, Próstata, estômago, mama e esófago), acidentes de viação e o consumo de drogas e álcool. Pretende-se que a implementação das acções aqui propostas seja feita de forma integrada, sustentável e com impacto na saúde da população cabo-verdiana.

A Ministra-Adjunta e da Saúde

Dra. Cristina Lima Fontes

SUMÁRIO EXECUTIVO

As doenças não transmissíveis (DNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm causado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos económicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando a iniquidade e aumentando a pobreza.

Após a Reunião de Alto Nível das Nações Unidas em setembro de 2011 a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma estratégia global para a prevenção e controlo de doenças não transmissíveis em resposta a esta crescente carga.

Os indicadores de saúde dos últimos anos em Cabo Verde mostram uma clara redução das doenças transmissíveis e um aumento sistemático das doenças não transmissíveis, indicando a transição epidemiológica e demográfica de um país em desenvolvimento. Como em vários outros países, em Cabo-Verde, as doenças não transmissíveis já constituem um problema de saúde de grande magnitude e são responsáveis por 57% de todas as causas de mortes (OMS-2010).

O Governo de Cabo Verde através da Política Nacional de Saúde, documento orientador que define as prioridades do sector, e onde já estão incluídas as DNT tenta dar resposta a esta epidemia silenciosa. É neste âmbito que na Estratégia de Financiamento para a Saúde no país aprovada em 2013 se propõe alcançar um nível de financiamento “universal”.

O presente plano pretende fundamentalmente orientar os vários sectores da sociedade cabo Verdiana; o sector público e privado, os agentes económicos, sociedade civil, para uma resposta integrada privilegiando a implementação das ações de forma multisectorial, isto é, pretende-se que as ações planificadas sejam pensadas e implementadas tendo em conta as possibilidades dos distintos sectores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia de saúde como direito humano e cidadania garantindo assim uma cobertura universal dos serviços de saúde.

A Visão do Plano de Ação Multisectorial para as DNT é a criação de um ambiente favorável que visa minimizar e/ou eliminar a exposição aos factores de risco, e garantir o acesso aos cuidados de saúde às pessoas que dele necessitam.

1. INTRODUÇÃO

As doenças não transmissíveis (DNT) já foram consideradas como doenças de países ricos. Mais tarde, foram consideradas como doenças da riqueza nos países mais pobres. Hoje já não se distinguem essa condição entre as comunidades ricas e pobres. Após a Reunião de Alto Nível das Nações Unidas em setembro de 2011 a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma estratégia global para a prevenção e controlo de doenças não transmissíveis em resposta a esta crescente carga. O foco principal deste inclui compromissos dos Estados-Membros para desenvolver e implementar uma estratégia nacional de prevenção e controlo de doenças não transmissíveis, com base nas realidades locais. O Plano de Acção Global (GAP) para a Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis tem como objetivos:

Colocar como prioridade a prevenção e controlo de doenças não transmissíveis em agendas globais, regionais e nacionais e os objectivos de desenvolvimento acordados internacionalmente, através do fortalecimento da cooperação internacional e acções de advocacia;

1. Fortalecer a capacidade, liderança, governação, ação e parcerias multisectoriais nacional para acelerar a resposta do país para a prevenção e controlo de doenças não transmissíveis;
2. Reduzir os fatores de risco modificáveis para doenças não transmissíveis e os determinantes sociais subjacentes através da criação de ambientes de promoção da saúde;
3. Fortalecer e orientar o sistema de saúde para lidar com a prevenção e controlo de doenças não transmissíveis e os determinantes sociais subjacentes através de cuidados primários de saúde centrada nas pessoas e cobertura de saúde universal;
4. Promover e apoiar a capacidade nacional para desenvolver pesquisa de alta qualidade para a prevenção e controlo de doenças não transmissíveis;
5. Monitorar as tendências e determinantes de DNT e avaliar o progresso na sua prevenção e controlo.

O controlo das DNT é mais um desafio que Cabo Verde enfrenta, juntamente com outras partes do mundo, mas com o desafio adicional de pobreza, limitações de recursos para o setor de saúde, altos custos do peso ainda existente das doenças transmissíveis, os efeitos das alterações climáticas e a insegurança alimentar.

O Governo de Cabo Verde tem na Política Nacional de Saúde o documento orientador que define as prioridades do sector e onde já estão incluídas as DNT. Este Plano para Prevenção e Controlo das DNT para Cabo Verde, é um marco importante cujo objetivo é abordar as doenças não transmissíveis de forma integrada no sentido de alcançar o mais alto nível de saúde para todos os cabo-verdianos tendo como base todas as outras estratégias de saúde.

Com base nestes documentos, em dados da Pesquisa e da experiência de Cabo Verde, juntamente com orientação, estratégias e declarações da OMS esta estratégia espera fornecer diretrizes ao Ministério da Saúde e outras partes interessadas no desenvolvimento de uma abordagem racional para a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis em todos os níveis da comunidade, sistema de saúde e do governo. Além disso, este documento pretende

servir como uma ferramenta para a defesa de uma resposta adequada ao desafio das doenças não transmissíveis em Cabo Verde para a saúde e o bem-estar de Cabo Verde e da sua população.

Esta estratégia se concentrará no acesso universal. Há a necessidade de tratar as doenças não transmissíveis, mas tendo em conta as restrições em Cabo Verde e espera-se que o acesso universal seja atingido através do desenvolvimento de uma resposta global e integrada de diferentes instituições governamentais, da comunidade e dos indivíduos.

1.1. Perfil do País

1.1.1. Situação Geográfica e Demográfica:

A República de Cabo Verde é um arquipélago constituído por 10 ilhas, das quais nove habitadas e oito ilhéus, perfazendo uma superfície terrestre de 4 033 km². Situadas na costa ocidental africana no oceano atlântico, a cerca de 500 quilómetros a oeste do Senegal, as ilhas de Cabo Verde estendem-se entre os paralelos 17º 12,5' e 14º 48' de latitude norte e o meridiano 22º 44' e 25º 22' de longitude oeste de Greenwich. De origem vulcânica, de tamanho relativamente reduzido e dispersas, as ilhas de Cabo Verde estão numa zona de elevada aridez meteorológica. Três das ilhas habitadas são relativamente planas, sendo as outras montanhosas. Está dividido em dois grupos de ilhas: o grupo de Barlavento (Santo Antão, São Vicente, São Nicolau Sal e Boavista) e o grupo de Sotavento (Santiago, Maio, Fogo e Brava).

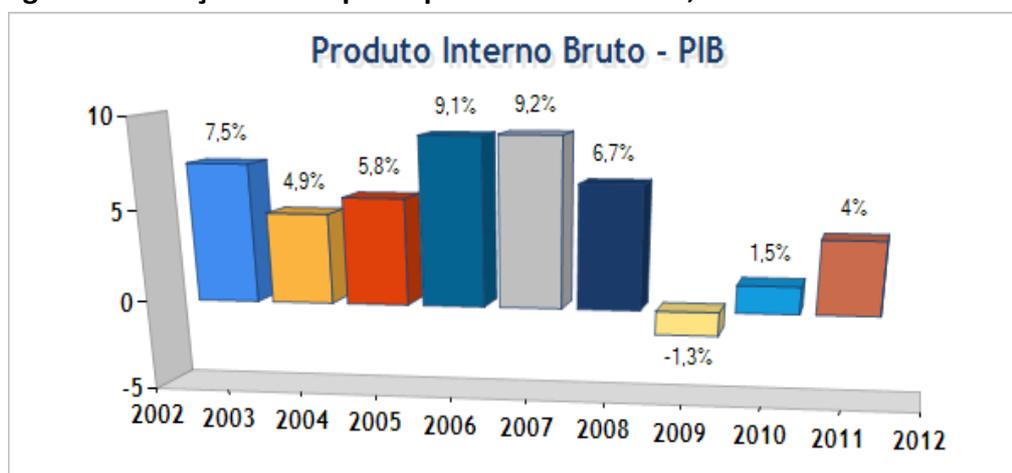
Devido à sua localização geográfica, Cabo Verde tem um clima tropical, dominado pelos ventos secos do nordeste e regista as menores precipitações no mundo. O período de chuvas estende-se de julho a outubro. Estas condições extremamente desfavoráveis a chuvas determinam o ciclo de seca prolongada. É propício para o desenvolvimento de actividades «outdoors» e a oferta de sol e praia é objecto de exploração turística. A escassez de recursos naturais é a característica marcante. A zona económica exclusiva estende-se por cerca de 700 000 km². Segundo os dados do último Censo 2010, a população cabo-verdiana era de 491,875 (518,467 projecções 2014) pessoas residentes (incluindo os sem abrigos) em todo o território nacional. A população cabo-verdiana cresceu nos últimos 30 anos a um ritmo diferente nos períodos intercensitários. A taxa bruta de natalidade tem vindo a diminuir nos últimos anos situando-se em 22/1000, sendo maior no meio urbano (23/1000) quando comparado com o meio rural (22/1000). A taxa de crescimento médio anual foi de 1,2%. Com esta nova taxa de crescimento populacional, a população poderá duplicar apenas daqui a 56,3 anos. A pirâmide etária mostra uma significativa redução na população com menos de 14 anos e a esperança média de vida ao nascer é de 75 anos para homem e 78 anos para mulher. A idade média da população é de 27 anos e a percentagem de pessoas em idade reprodutiva (15 aos 49 anos) é

de 54,8%. A taxa de fecundidade tem estado a diminuir durante os últimos anos com uma média de 2,9 filhos. Se na década de noventa, a população era predominantemente rural (56%), essa tendência se inverteu, visto que actualmente a população é predominantemente urbana (de 54% em 2000 para 62% em 2010). A população está desigualmente distribuída no território nacional. Com efeito, a densidade populacional estimada em 109 habitantes por km² em 2000, passou a 123 habitantes por km² em 2010, apresentando grande variação entre as ilhas e entre concelhos. As ilhas mais povoadas são a Ilha de Santiago e de São Vicente com 55,7% e 15,5% da população, respectivamente. Nas Décadas 1980-2000, a distribuição da população por sexo revela uma superioridade por parte das mulheres. Mas, esta tendência baixou um pouco em 2010, tendo a proporção de homens aumentado de 46% em 1980 para 49,5% em 2010. (INE, Relatório de análise dos resultados definitivos, RGPH-2010).

1.1.2. Situação Sócio - Económica

Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano 2011, Cabo Verde ocupa o 133º lugar classificando-o no grupo de países com um Índice de Desenvolvimento Humano Médio, com um crescimento médio anual de 4,1%. O PIB “*per capita*” foi estimado em USD 4,000. Em 2007 cerca de 36% da população vivia na pobreza e foi estimado que 20,5% vivia em pobreza absoluta.

Figura 1. Evolução do PIB per capita em Cabo Verde, 2002-2012



Fonte: INE CV

A situação económica indica que o país vive essencialmente da prestação de serviços e do sector turístico com uma contribuição de 70% e 40%, respectivamente. Segundo o INE, cerca de 45,5% da população não tem acesso a água canalizada da rede pública. Em relação á escolaridade, apenas 18,8% da população não tem nenhum nível de escolaridade sendo que as mulheres representavam a maioria com 20,2%. O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2016 contempla já um programa de sustentabilidade financeira para o sector baseado em três componentes a saber: (1) Melhoria da capacidade de arrecadação das contribuições e de mobilização de recursos para o sector da saúde; (2) Melhoria da capacidade de administração financeira e contabilística do SNS; (3) Contribuição para o desenvolvimento de uma política de cobertura universal dos cuidados de saúde.

1.1.3 Indicadores de Saúde

Os Indicadores de saúde dos últimos anos mostram uma clara redução das doenças transmissíveis e um aumento sistemático das doenças não transmissíveis, indicando a transição epidemiológica de um país em desenvolvimento.

Tabela 1. Indicadores de saúde, Cabo-Verde

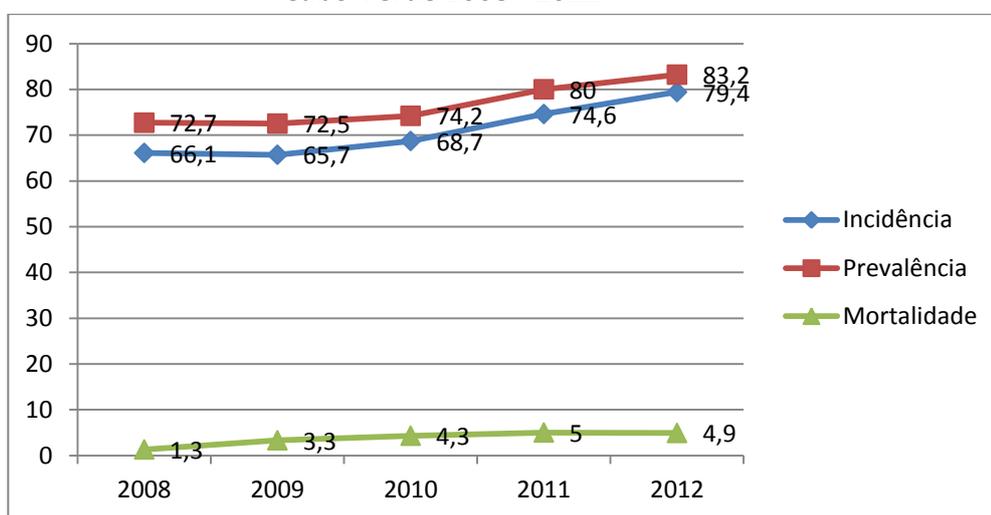
Indicadores	Taxas	
	Ano	
	2008	2012
Taxa de Mortalidade infantil	24,9/1000 NV	22,3/1000 NV
Taxa de Mortalidade em < de 5 anos	28,1/1000	26,3/1000
Taxa de Mortalidade materna	15,8/100,000 NV	9,6/100,000NV
Taxa Bruta de Mortalidade	5,5/1000 (2010)	5,2/1000
Esperança de vida ao nascer	> 70 anos	-

Fonte: Relatório estatístico 2012

A taxa de mortalidade infantil tem evoluído de forma inconsistente devido a taxa de mortalidade perinatal que se mantém bastante elevada nos últimos 10 anos situando-se entre os 24,8 e 31,4/1000NV. A taxa bruta de mortalidade manteve-se estável nos últimos 10 anos tendo uma ligeira diminuição entre 2009 e 2012 de 5,5/1000 para 5,2/1000. Em relação a morbilidade, as infeções respiratórias agudas (IRA) e as doenças diarreicas são as principais causas de doença principalmente em crianças menores de 5anos. O país possui uma elevada cobertura vacinal (98%) e recentemente introduziu a vacina contra a Rubéola (registo de epidemia em 2008 e 2009 com TI de 191,6 e 222,7/10.000, respectivamente) e contra o

Haemofilus influenza. No que diz respeito a tuberculose e malária, Cabo Verde ainda apresenta elevada taxa de incidência para a TB (78,4/100,000) com tendência a subir (ver fig.2) indicando que ainda muito há a fazer neste programa. Em relação ao paludismo, estando em fase de eliminação a taxa de incidência em 2012 foi 7,1/100,000 com uma taxa de mortalidade de 0,2/100,000. De referir que apesar de Cabo Verde ainda registar epidemias de paludismo estas foram de baixa magnitude. A última epidemia por doença transmissível de grande magnitude registada em 2009 foi de Dengue com cerca de 21,137 casos e uma taxa de letalidade de 0,02%. O país continua a vigilância baseado no “caso” para a paralisia flácida aguda com vista a erradicação da poliomielite.

Figura 2. Tuberculose - Incidência, Prevalência e Mortalidade (por 100.000 hab.), Cabo Verde 2008 - 2012



Fonte: Relatório Estatística Hospitalar, 2012

A seroprevalência pelo VIH é de 0,8% (2005 último estudo de seroprevalência) na população geral, considerada baixa quando comparados com outros países africanos, afectando mais os homens do que as mulheres, 1.1% e 0.4%, respectivamente. Acredita-se no entanto que esta prevalência esteja subestimada. Entre 2003 e 2012 foram notificados 3026, note-se que nos últimos 5 anos foram notificados mais de metade de todos os novos de casos (1781) de infecção por VIH dos quais 1758 estavam em TARV com uma taxa de mortalidade em 2012 de 15,6/100,000. As Delegacias de Saúde notificaram mais de 5 casos em 2012 nas seguintes ilhas por ordem de importância: Praia, Santa Catarina, São Vicente, Boavista e São Vicente. Importa ressaltar aqui que cerca de metade dos casos novos notificados evoluiu para Sida e a taxa de mortalidade é bastante elevada, indicando ser necessário reforçar o sistema de controlo, seguimento e adesão ao tratamento destes doentes. O perfil epidemiológico das doenças

transmissíveis apresenta em geral uma tendência claramente decrescente contra uma crescente morbo-mortalidade das DNT (Relatório estatístico 2010 e 2012). Para este facto vem contribuindo o sistemático decréscimo da taxa de natalidade e um aumento progressivo da esperança de vida com envelhecimento da população e movimento migratório do campo para as cidades, aumentando o peso das doenças não transmissíveis e todas as consequências que daí resultam.

1.1.3. O Serviço Nacional de Saúde

O país encontra-se numa fase de reestruturação do serviço nacional de saúde baseado na descentralização através das Delegacias de Saúde tendo em vista a criação de Regiões Sanitárias. A cobertura da rede sanitária é de aproximadamente 95%.

Apesar de se ter verificado um crescimento significativo de profissionais de saúde em quantidade e qualidade este é ainda insuficiente para satisfazer as necessidades da população. Até 2012 o serviço Nacional de saúde possuía no activo mais de 1100 trabalhadores de saúde (tab.2) e existe ainda uma carência de serviços e tratamento altamente especializado pois os casos que precisam de cirurgia cardíaca, tratamento oncológico e neurocirúrgico constituem as três primeiras causas de evacuação de doentes para o exterior.

A razão médica/habitante e enfermeiro/habitante é de 5,9 e 11,0/10.000hab, respectivamente. De referir que em 2010 havia apenas 5 médicos de saúde pública no país, em 2013 este número aumentou para 10.

Tabela 2. Número de profissionais de saúde afectos ao SNS até 2012

Categoria	Número
Médicos	292
Enfermeiros	543
Técnicos*	92
Outros	256
Total	1183

*inclui psicólogo e nutricionista; fonte: SIE/DNS/MS; RGPH/INE, 2010

Em relação às infraestruturas, a rede sanitária é constituída por 2 hospitais centrais, 3 hospitais regionais, 32 centros de saúde, 34 postos sanitários, 117 unidades sanitárias de base (UBS), 5 centros de saúde reprodutiva e 2 centros de saúde mental, 30 farmácias e 6 postos de venda de medicamentos. De referir que a UBS é o nível mais baixo (elementar) da prestação de cuidados de saúde e, em algumas localidades, mais próximo da comunidade estando a cargo de um agente sanitário de base (ASB) que tem como tarefa prestar apoio de primeiros

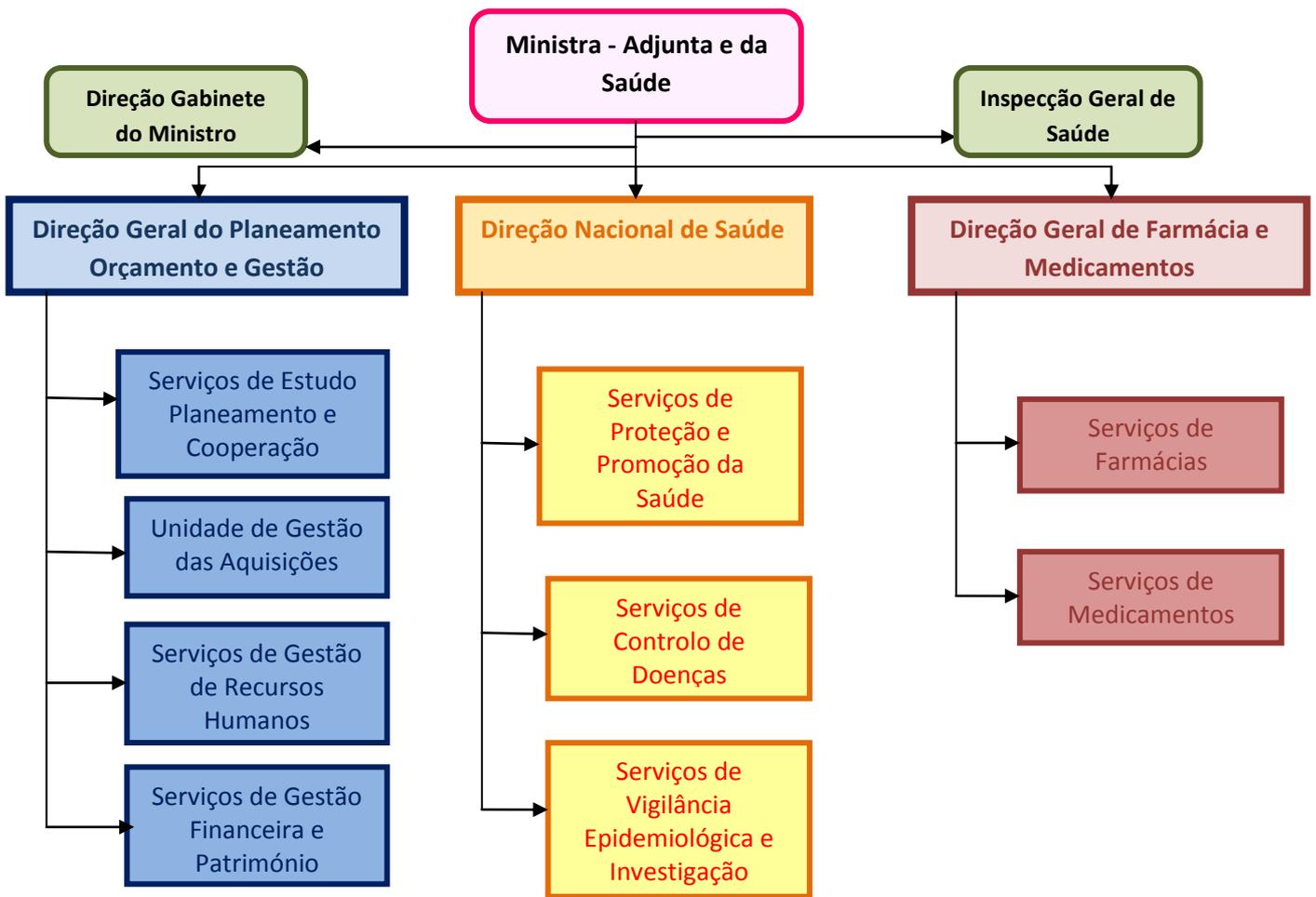
socorros à comunidade e garantir a limpeza do edifício. O sector privado contribui na assistência às populações com 67 consultórios médicos, 47 serviços de odontoestomatologia e cirurgia dentária, 16 laboratórios de análises clínicas, 7 Centros de fisioterapia, 5 postos de enfermagem e 33 farmácias. O sector público contribuiu com a venda ao público de 25,6% dos medicamentos contra 74,4% do sector privado. Em vacinas e equipamento, o Ministério da Saúde gastou 26,368,7 e 41,890,5 escudos Cabo Verdianos, respectivamente (Relatório Estatística Hospitalar, 2011-12).

O Ministério da Saúde é o maior administrador de fundos do país, com 53,4% dos recursos totais. Destes, 97% provêm do orçamento atribuído pelo Ministério das Finanças, e somente uma pequena percentagem é financiada pela cooperação internacional. Os fundos recebidos permitem ao Ministério da Saúde administrar, além das direções administrativas e demais departamentos de gestão do sistema (ver Organigrama abaixo), a rede de serviços (REFSCV-2013).

O Serviço Nacional de Saúde está organizado por forma a prestar cuidados preventivos e curativos a todos os níveis de atenção, nomeadamente atenção primária, secundária e terciária.

Segundo o relatório sobre a Estratégia de Financiamento para a Saúde em Cabo Verde aprovada em 2013 é possível alcançar o nível de financiamento “universal” a partir de uma série de opções de natureza distinta. O incremento da cobertura do seguro de saúde parece ser a opção de financiamento mais importante para alcançar a meta antes referida, porque evita problemas de índole política que normalmente acompanham o tipo de negociação de medidas como o aumento do IVA. Além dessa opção, é possível encontrar o financiamento necessário a partir da imposição de taxas aos depósitos bancários, sobre o tabaco e álcool, turistas e remessas de emigrantes. De igual forma, é preciso considerar que a elevada percentagem que representam os custos administrativos e medicamentosos do Ministério e do Instituto Nacional de Providência Social (INPS), são um sinal de que também é possível obter fundos adicionais por “poupanças de eficiência”.

Figura 3. Organigrama do Ministério da Saúde, Cabo Verde



Fonte: Ministério da Saúde, Fevereiro de 2013

1.1.4. Metodologia:

Cabo Verde faz parte dos países considerados prioritários na Região Afro-OMS devido não só as mudanças sociodemográficas e epidemiológicas que experimenta neste momento, mas também porque se considera que estão reunidas as condições para enfrentar os novos desafios que as DNT poderão trazer para o desenvolvimento económico do país. Assim, a OMS respondendo ao apelo do Governo de Cabo-Verde decidiu apoiar com assistência técnica na elaboração deste documento.

A elaboração do mesmo obedeceu aos seguintes passos, por fases:

Fase 1 (3 semanas)

- Visita de reconhecimento e levantamento de necessidades por uma equipe da OMS-AFRO;
- Elaboração de Termos de referência;
- Lançamento de concurso internacional, seleção e contratação de consultor;
- Visita dos consultores com recolha e estudo da bibliografia;
 - Encontro com todos os programas e parceiros;
 - Entrevistas individuais;
 - Encontro informal com a Sra. Ministra da Saúde;
 - Participação num Fórum sobre Segurança Rodoviária;
- Visita a 5 Unidades Sanitárias de diferentes níveis de atenção;
- Apresentação e discussão do rascunho preliminar da análise de situação na OMS e no MISAU-CV;
- Partilha do rascunho por todos os intervenientes para recolha de subsídios, correções e acréscimos.

Fase 2 (2 semanas)

- Elaboração da Matriz de Ação;
- Partilha com todos os intervenientes e interessados para correção, comentários, acréscimos, etc.;
- Finalização do documento, apresentação e validação.

2. ANÁLISE DE SITUAÇÃO

2.1. Factores de risco e Doenças Não transmissíveis

As doenças não transmissíveis (DNT) são as principais causas de mortes no mundo e têm causado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impacto económico para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando a iniquidade e aumentando a pobreza.

Apesar do rápido crescimento das DNT, o seu impacto pode ser mitigado por meio de intervenções abrangentes e custo-efetivas de promoção e prevenção de saúde para redução da exposição aos seus fatores de risco modificáveis, além da melhoria na qualidade da atenção à saúde, detecção precoce e tratamento correcto e atempado.

Nos últimos 15 anos a Organização Mundial da Saúde tem vindo a incentivar os países africanos a fazer a avaliação dos factores de risco para as doenças não transmissíveis (STEPwise Approach) visando a obtenção de dados de base sobre os FR. Cabo Verde realizou-o em 2007 na população adulta Cabo-verdiana dos 25 aos 64 anos de idade e os resultados mostraram uma prevalência para os FR modificáveis e ligados ao comportamento para DNT a saber: para o tabaco (5,9%), consumo de menos de 5 porções de frutas e vegetais (86%), a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas é elevado (53,2%) e o consumo nocivo de álcool é de 6,3% (homens) e 2,4% (mulheres). Em relação aos factores de risco biológicos as prevalências encontradas foram as seguintes: hiperglicemia em jejum 13,0%, obesidade 10,0%, excesso de peso 34,4%, hipertensão arterial 44,1% e hipercolesterolemia de 23,0%.

Como em vários outros países, em Cabo-Verde, as doenças não transmissíveis já constituem um problema de saúde de grande magnitude. São responsáveis por 57% de todas as causas de mortes (OMS-2010), com destaque para doenças cardiovasculares (25%), cancro (10%) doenças respiratórias crónicas (DRC) (6%), e diabetes *mellitus* (5%). Segundo o relatório estatístico de 2012 publicado pelo MS de Cabo Verde, a taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório foi de 122/100.000hab, cancro 61,6/100.000hab, doenças metabólicas/endócrinas/nutricionais com uma TM de 12,4/100.000hab e doença respiratória crónica com uma TM de 48,6/100.000hab, atingindo indivíduos de todas as camadas socio-económicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. A taxa de mortalidade padronizada para todas as idades global por DNT é de 650/100,000 para homens e 455,1/100,000 para as mulheres (OMS, 2010).

Tabela 3. Causas de mortalidade geral (taxa de mortalidade por 100,000hab). Cabo Verde 2012

Causas de óbito	CID	Total		Masculino		Feminino	
		Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Doenças do aparelho circulatório	I00-I99	691	136,6	306	121,7	385	151,2
Tumores ou neoplasias	C00-D48	385	76,1	202	80,4	183	71,9
Sintomas mal definidos	R00-R99	288	56,9	116	46,1	172	67,6
Afecções Respiratórias	J00-J99	260	51,4	149	59,3	111	43,6
Infecciosas e parasitárias	A00-B99	198	39,1	102	40,6	96	37,7
Afecções perinatais	P00-P96	142	28,1	77	30,6	65	25,5
Causas externas	V01-Y98	147	29,1	118	46,9	29	11,4
Traumatismos e envenenamentos	S00-T98	121	23,9	92	36,6	29	11,4
Doenças do aparelho digestivo	K00-K93	88	17,4	52	20,7	36	14,1
Doenças metab/endoc/nutricionais	E00-E90	88	17,4	37	14,7	51	20,0
Doenças mentais e do comportamento	F00-F99	86	17,0	72	28,6	14	5,5
D. do aparelho genito urinário	N00-N99	61	12,1	34	13,5	27	10,6
Doenças do sistema nervoso	G00-G99	39	7,7	25	9,9	14	5,5
Malformações congénitas	Q00-Q99	25	4,9	16	6,4	9	3,5
D. Sangue e órgãos hematopoéticos	D50-D89	14	2,8	6	2,4	8	3,1
D. Sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	M00-M99	3	0,6	0	0,0	3	1,2
D. da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99	2	0,4	1	0,4	1	0,4
Gravidez Parto e puerpério	O00-O99	1	0,2			1	0,4

Fonte: SVEI/DNS/MS, 2012

2.2. Doenças cardiovasculares:

Em Cabo Verde as doenças cardiovasculares (DCV) constituíram a primeira causa de óbito nos últimos 10 anos, tendo passado de 324 óbitos e uma TM de 67,8 por cem mil habitantes, em 2005 para 691 óbitos e uma TM de 136,6 por cem mil, em 2012. Por sexo, a taxa de mortalidade por DCV foi de 121,7 por cem mil nos homens e 151,2 por cem mil em mulheres. Note-se que a taxa de mortalidade por DCV em mulheres é cerca de 3 vezes mais elevada que nos homens. O principal factor de risco, a hipertensão arterial tem uma prevalência elevada na população adulta cabo-verdiana e o acidente vascular cerebral é a primeira causa de morte por complicação aguda constituindo 43,2% dos óbitos ocorridos e registados nos hospitais, seguido

da insuficiência cardíaca 14,3% e o enfarto agudo do miocárdio 12,3%. A cardiopatia reumática e isquémica é também preocupação para o MS como causa de morte.

Tabela 4. Prevalência de Hipertensão Arterial em Países Africanos

País	Idade	Prevalência por sexo		Prevalência bruta de HTA (%)	Prevalência ajustada para a idade (%)
		Masc (%)	Fem (%)		
Maurícias	25-74	20,4	17,5	-	-
Camarões	25-74	17,9	11,2	14,1	15,0
África do sul	15-65	22,9	24,6	23,9	23,1
Tanzania	≥ 15	31,3	31,0	31,1	31,3
Zimbabwe	≥ 25	41,0	28,0	34,1	33,1
Moçambique	25-64	35,9	31,1	34,9	-
Cabo Verde	25-64	46,8	41,9	44,1	-

Fonte: Fact sheet Country profile on NCD, WHO.

A cardiopatia reumática é o problema de saúde pública mais comum em crianças e adolescentes nos países em desenvolvimento. Apesar dos dados sobre esta doença no país serem escassos, abre-se neste plano uma oportunidade para a integração do rastreio desta doença cardíaca crónica de origem infecciosa nos cuidados de saúde primários. A melhor forma de lidar com esta doença é a prevenção com o tratamento das amigdalites com antibióticos e o tratamento da febre reumática caso ela ocorra, pois limita a progressão para cardiopatia reumática. Assim, qualquer pessoa que tenha tido febre reumática deverá ser sujeita a profilaxia ou tratamento com antibióticos para prevenir uma recorrência.

2.3. Diabetes mellitus

Actualmente, um dos maiores problemas de saúde no país com uma prevalência estimada em 12,5%, é importante causa de incapacidade ou morte prematura, constituindo a primeira causa de amputação não traumática nos hospitais de Cabo Verde. Estando a diabetes frequentemente associada a HTA e constituindo esta última um risco acrescido para o desenvolvimento de DCV ou morte por AVC nos diabéticos há toda a conveniência de integração das duas entidades quando se pretende desenvolver e implementar um programa de prevenção e controlo. Isto permite não só fazer uma abordagem holística do paciente bem como rentabilização dos recursos em especial nas actividades preventivas, primária e secundária.

2.4. O Cancro

O relatório estatístico de 2012 mostrou que em Cabo Verde morreram, devido ao cancro, 385 (TM 76,1/100,000) indivíduos de ambos os sexos e todas as idades, contra 303 (TM 61,6/100,000) em 2010. Os homens foram os mais afectados (80/100,000). A primeira causa geral de óbito por cancro foi o Cancro do Estômago (52/385) 13,5%. Analisando a frequência dos óbitos por género, vimos que para o sexo feminino, a causa mais frequente de óbito foi o do cancro do colo uterino (32/183) 17,5%, seguido pelo cancro do estômago (20/183) 10,9% e Fígado e vias biliares (18/183) 9,8%. Para o sexo masculino a causa mais frequente de óbito foi o cancro da próstata (46/202) 22,8%, seguido do estômago (32/202) 15,8%, cancro do esófago (28/202) 13,8% e pulmões (19/202) 9,4%. Estes estiveram também entre as principais causas de evacuação para o exterior. O Ministério da Saúde não possui ainda nenhum programa de prevenção para cancro, porém a Associação de Luta Contra o Cancro em Cabo Verde iniciou recentemente um programa de promoção da saúde e prevenção do cancro da próstata. O rastreio do cancro do colo uterino é feito com pap-test e de forma ocasional. Os cancros do trato digestivo parecem ter relevância em ambos os sexos e poderá estar associado ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas portanto, deverá merecer aqui atenção.

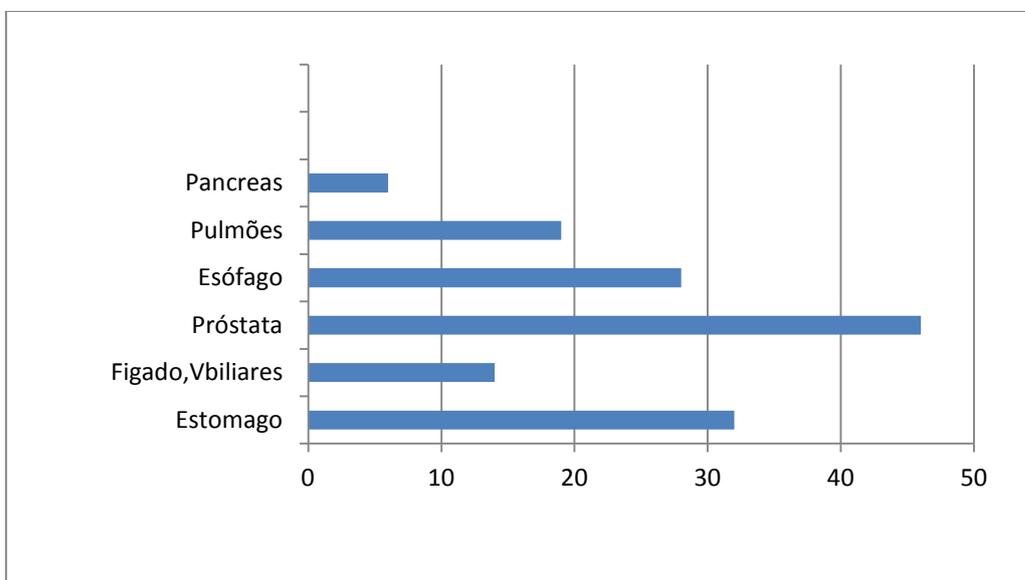


Figura 5. Frequência de Óbitos por cancro, sexo masculino, Cabo Verde 2012

Fonte: Relatório estatístico 2012, MS

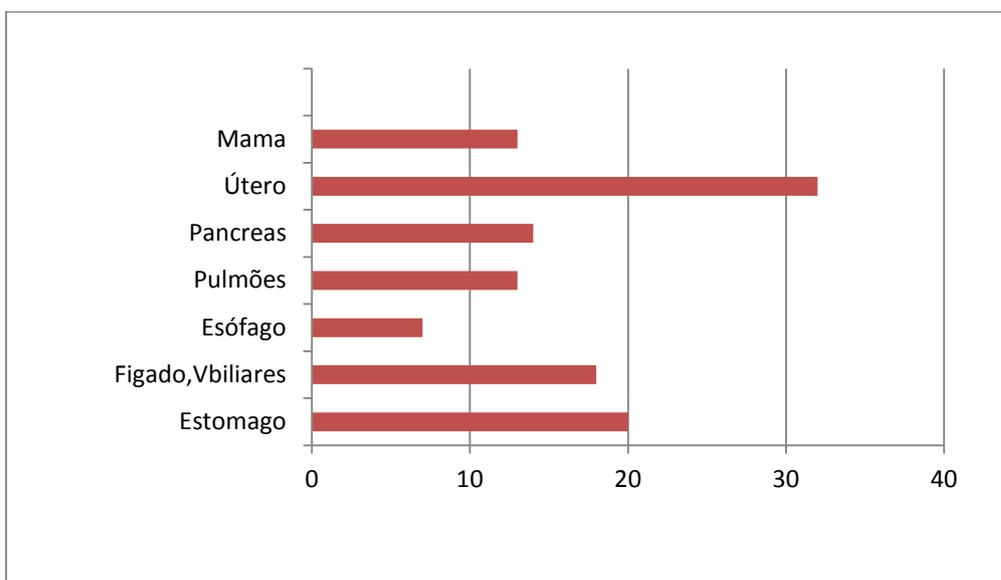


Figura 6. Frequência de Óbitos por Cancro, sexo feminino Cabo Verde, 2012

Fonte: Relatório estatístico 2012, MS

2.5. Doença Respiratória Crónica - Asma Brônquica

Segundo o PNDS 2012-2016, a asma brônquica é a patologia alérgica e respiratória mais prevalente no país, com uma prevalência estimada em cerca de 11%. No mesmo plano estão já previstas, embora com forte orientação terapêutica, uma série de actividades com vista a dar resposta a este problema. É fortemente recomendada a identificação de grupos vulneráveis e carenciados, a melhoria do acesso aos medicamentos para a prevenção das crises e educação dos pacientes e suas famílias a nível dos cuidados de saúde primários.

2.6. Saúde Mental

Os distúrbios mentais e do comportamento estão dentro das 20 principais causas de morbilidade por DCNT, e se até 2009 a informação sobre doenças mentais e comportamentais eram escassas, a partir de 2010 com apoio da OMS, Cabo-Verde começou a introduzir informação desta patologia no relatório estatístico anual. Assim, foram registados no Hospital Central Agostinho Neto entre 2010 e 2012, 891 casos de doenças mentais e alteração do comportamento e a taxa de mortalidade variou entre 13,6/100,000 e 17,0/100,000. A principal causa de óbito por doença mental foi o suicídio (24/96) 25% em 2010 contra (44/138) 31% em 2012. Estes dados devem ser analisados com alguma cautela pois na fonte (rel. Estatístico) são analisados como causas externas. O suicídio é um fenómeno complexo e constitui um importante problema de saúde pública sabe-se que entre os factores de risco associados ao

suicídio contam-se o abuso do álcool, a depressão, a disponibilidade de meios letais, o acesso fácil ao tratamento, as atitudes em relação ao suicídio, doenças físicas, o estado civil, a idade e o sexo (Prevenção do suicídio ao redor do Mundo; Fortalecer os factores Protectores, renovando esperanças. A PONTE, 2012). Apesar de não haver dados mais precisos, sabe-se em Cabo Verde o número de casos de usuários de drogas lícitas como o álcool e ilícitas tem vindo a aumentar e que constituem um problema que atinge já uma parte importante da população. A depressão, ansiedade e stress e a esquizofrenia parecem ser principais causas de morbidade por doença mental. Entre os transtornos mentais por uso de substâncias psicotrópicas, nos últimos 3 anos foram internados no Hospital Central Agostinho Neto um total de 190 casos, sendo 171 (90%) do sexo masculino e 19 (10%) do sexo feminino. O fenómeno do suicídio é preocupante e merece uma abordagem multissetorial e especializada assim como os distúrbios do comportamento relacionados com o consumo abusivo do álcool e de outras substâncias psicoativas (drogas).

2.7. O Trauma, Violência e Género:

Até 2015 espera-se que os acidentes de viação sejam o assassino número um de crianças com idade entre 5-15 anos em África (RTI Report 2013).

Para fazer face à sinistralidade rodoviária entendeu o Governo de Cabo Verde, através do Ministério da Administração Interna (MAI) adoptar a resolução da ONU que proclama 2011 – 2020 como Década da Acção para a Segurança Rodoviária.

Nesse esteio, foi aprovado o Plano Nacional de Prevenção e Segurança Rodoviária (PNPSR), Década 2011-2020, constituindo-se como o documento director e orientador das políticas de prevenção e de combate à sinistralidade rodoviária num espaço temporal alargado, que estabeleceu como objectivo geral a redução em 50% do número de vítimas mortais e feridos graves até ao ano 2020.

Os dados aqui apresentados tem essencialmente duas fontes de informação; a primeira da Estatística da Polícia Nacional (MAI) com dados referentes a 2003-2012 e a segunda da Estatística hospitalar (2010-2012).

Nos últimos 10 anos, registaram-se nas estradas de Cabo Verde 36.966 acidentes de viação, nos quais resultaram 604 mortos e 8551 feridos, o que corresponde a cerca de 5 mortos e 71 feridos por mês. Se considerarmos que a população de Cabo Verde ronda os 492 000 habitantes, o índice de mortalidade por sinistralidade rodoviária em Cabo Verde é de cerca de 12.27 Mortos por 100.000 habitantes, praticamente o dobro da média da União Europeia. Da análise à sinistralidade ocorrida nos últimos dois anos verifica-se que esses valores tendem a

baixar, cifrando-se nos 11,18 mortos por 100 mil habitantes. Importa, pois, manter esta tendência decrescente e, se possível, acelerar o seu ritmo.

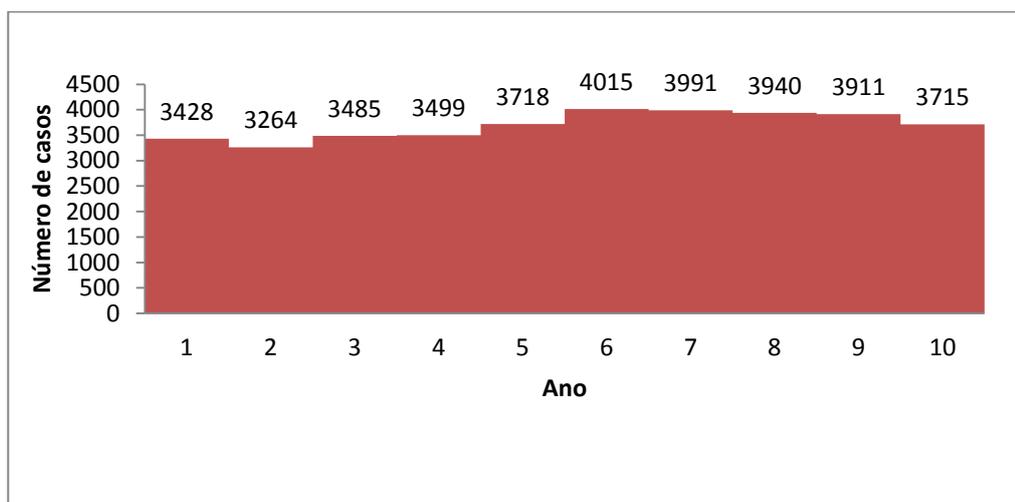


Figura 7. Evolução (tendência) da Sinistralidade. Cabo Verde, 2002-2012

Fonte: Plano Nacional de Estratégia Rodoviária 2013-2016, CV

Importa aqui referir que na Estratégia sobre Prevenção e Segurança Rodoviária já estão descritas as directrizes para o combate a este mal em Cabo Verde privilegiando uma abordagem multisectorial com as actividades de cada sector bem definidas. O Plano de Prevenção e Segurança Rodoviária é integrado envolvendo os vários sectores públicos, privado e sociedade civil cabendo ao Sector Saúde a organização do serviço de emergência pré-hospitalar e hospitalar, bem como, o apoio e colaboração na elaboração e divulgação de material de promoção de hábitos saudáveis.

Segundo o último FÓRUM sobre segurança rodoviária que decorreu na cidade da Praia dia 28 de Novembro 2013, o parque automóvel tem vindo a crescer nos últimos anos possuindo neste momento 69.277 veículos. Apesar de não haver ainda um sistema de registo de acidentes rodoviários, foram notificados em 2012, 3715 acidentes de viação contra 3911 em 2011 e entre janeiro e setembro de 2013, ocorreram 2394 acidentes de viação, com 606 feridos e 26 mortos, e um índice de sinistralidade de 22,4/100,000. O tipo de acidente mais frequente foi a colisão entre dois veículos. São apontados como principais causas a condução sob efeito do álcool, violação da legislação, transporte irregular de pessoas e carga entre outros. Porém é de salientar que 60% das estradas estão em boas condições de transitabilidade.

Com vista a inverter este cenário, o país adoptou já o Dia Nacional de Prevenção e Segurança Rodoviária que se comemora todo o dia 30 de Novembro, em homenagem às vítimas do maior acidente jamais ocorrido no país onde morreram 16 pessoas a 30 de novembro de 2011. Foi

também já aprovada e implementada a Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária, 2013-2016. É uma estratégia multisectorial coordenada pelo Ministério da Administração Interna e com a participação do Ministério da Saúde, Serviços de Viação e Segurança Rodoviária, Organização Mundial da Saúde, Associação dos Proprietários de táxis, Polícia, Bombeiros, Estradas, Sector privado com companhia de seguros, Universidades, entre outros. Estão já a ser implementadas várias actividades como: programas de prevenção radiofónicos que visam essencialmente a educação do cidadão, fiscalização de veículos, etc. No entanto persistem ainda dificuldades no que diz respeito à falta de equipamento apropriado para a fiscalização, para melhoria da qualidade na formação dos condutores (simuladores), estudos para tipificação dos acidentes e das vítimas, sistema de informação para registo dos acidentes e vítimas, etc.

As causas externas de mortalidade geral nos anos 2010 e 2012 aparecem na 6ª e 8ª posição na lista das 10 principais causas de morte em Cabo Verde, respectivamente. As causas de óbito mais frequentes por trauma não intencional foram: ferimentos 112 (72%), afogamentos 32 (33,3%), fracturas 13 (8,4%) e outros acidentes 11 (7,1%) enquanto para o trauma intencional, o suicídio 24 (25%) e os homicídios 20 (20,8%) foram as principais causas de óbito registados. Os homens e o grupo etário dos 15 aos 30 anos foram os mais afectados.

2.7.1. Violência Baseada no Género: Segundo o livro, *As Mulheres em Cabo-Verde*, o Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva realizado em 2005 mostrou que mais de 17% das mulheres inquiridas admitiram que a qualquer momento estavam sujeitas a sofrer agressão física moderada por parte de seus companheiros. Mais de 1/5 afirmaram ser vítimas de actos violentos dos quais 16% físicos, 14% emocionais e 4% sexuais por parte do marido ou companheiro. Estes dados mostram como é que a violência conjugal se manifesta no espaço familiar. A mesma fonte demonstra ainda como a dominação masculina sobre as mulheres pode ser manifestada de forma permanente no controlo da tomada de decisões, mediante a imposição de restrições em relação ao relacionamento de mulheres com indivíduos do sexo masculino, ou limitações no convívio com amigas. Outras formas de violência baseada no género demonstradas foram as desigualdades nas responsabilidades da vida familiar e a limitação à participação no poder público.

Actividades de sensibilização em relação ao fenómeno da violência com base em género foram iniciadas em 2004, através de um projeto apoiado pela FNUAP, a Rede Sol, Rede de Atendimento das Vítimas de Violência, que é coordenada pelo Instituto Cabo-verdiano de Igualdade e Equidade do Género (ICIEG). A Rede Sol tem como objetivo a integração de vários

serviços voltados para as vítimas de violência baseada no género que podem usufruir de atendimentos em várias dimensões: psicológico, médico, jurídico, policial e económico-social. Foram feitas desde então várias atividades de IEC, formações, participações em debates e atendimento de vítimas de violência. O Governo Cabo-verdiano reconhecendo que a violência baseada no género constitui um problema sério que deve ser combatido, aprovou recentemente a Lei nº84/VII/2011, de 10 de janeiro, a Lei Especial Contra a Violência Baseado no Género (VBG). Nesta lei está, no seu artigo 16, garantido o direito aos cuidados de saúde às vítimas. Neste sentido também e no âmbito da saúde mental foram colocados psicólogos nas principais Delegacias de Saúde do país com o objectivo de um atendimento integrado às vítimas de violência, no geral, e particularmente à VBG.

2.8. Saúde Oral

A saúde oral ^[1], revela-se como um problema importante de saúde pública quer porque a cáries dentária é disseminada, sobretudo entre as crianças em idade escolar, quer pela elevada *“prevalência das periodontopatias, afectando quase todos os grupos etários e camadas sociais”* sem contar, obviamente, com manifestações orais de doenças sistémicas e traumatismos maxilo-faciais. As estatísticas de 2010, refere que o País conta com cerca de cinquenta e seis (56) dentistas, em que apenas nove (9) trabalham no sector público de saúde e que se concentram essencialmente, nos dois principais centros urbanos do País, Cidades da Praia e do Mindelo, mas já existem serviços de estomatologia em vários centros de saúde de outros concelhos. A falta de recursos humanos e materiais na área da Odontologia são ainda notórios no sector público. Segundo as recomendações da OMS, os países devem privilegiar as populações menos favorecidas, promover hábitos de vida saudáveis e redução do risco para doenças orais através da escolha de intervenções custo-eficazes e implementar políticas de saúde baseadas na integração da saúde oral na comunidade. No PNDS 2012-2016 estão já previstas algumas estratégias operacionais com vista a fazer face a este problema das quais se salientam aqui a:

- a. Reorientação dos serviços odontológicos para enfatizar na promoção da saúde oral e na prevenção das doenças orais nas comunidades e particularmente nas escolas e junto às famílias de crianças com deficiência e;
- b. Integração da saúde oral noutros programas (nutrição de crianças com deficiência, saúde mental, saúde reprodutiva, currícula de formação de professores, educadores de infância e de profissionais de saúde com responsabilidade na promoção de saúde.

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

O Programa de Saúde Oral iniciou já actividades de prevenção da cárie dentária nas escolas envolvendo professores e alunos. O envolvimento e participação do sector privado na área de saúde oral poderão constituir uma mais-valia principalmente no que diz respeito à melhoria e qualidade no acesso aos serviços.

2.9. Saúde Ocular

No que se refere à saúde ocular os dados de prevalência de pessoas com deficiência visual e de pessoas em risco no país, justificam a adopção de medidas para uma intervenção planificada em termos de prevenção e tratamento precoce bem como, as medidas que visam a ampliação de oferta, acompanhamento e reabilitação dessas pessoas nas estruturas de saúde. As acções preventivas deverão centrar-se em actividades de prevenção primária como adopção de estilos de vida saudáveis; higiene das mãos e da face, privilegiando intervenção ao nível das escolas e das comunidades, e prevenção secundária com visita a uma unidade sanitária pelo menos uma vez por ano no caso de adultos, em especial se sofrem de diabetes ou HTA. A OMS recomenda a implementação de estratégias e acções que visam a eliminação de casos de cegueira evitável e diminuição da visão.

À semelhança da saúde oral, o PNDS II prevê também estratégias claras para dar resposta ao problema de saúde ocular em Cabo Verde, salientando-se as seguintes:

- a. Sensibilização sistemática da população para a prevenção evitável;
- b. Sensibilização sobre a questão de acessibilidade para a pessoas com deficiência visual;
- c. Reforço do rastreio nas escolas do EBI de casos de baixa visão incluindo os erros de refração;

Existe um Programa de Luta contra a Cegueira que iniciou sua actividade em 2004. Com apoio da Lyon's Clube da Praia, e através do projecto "Sight First" foi possível submeter centenas de doentes a cirurgia de catarata. Este programa realizou e realiza cirurgias de outras patologias oculares, entre as quais a retinopatia diabética e glaucoma. Porém, persistem problemas como a fraca consciencialização da população em geral da necessidade de procurar cuidados de saúde precocemente para problemas oculares e ausência de espaço físico nos estabelecimentos dos CPS para o funcionamento de serviços de oftalmologia.

2.10. Nutrição

Segundo, o estudo "relatório de progresso realizado para atingir a ODM"(2007) a insegurança alimentar em Cabo Verde é estruturante e resulta de limitações agro-ecológicas, agravadas pela seca e desertificação, em parte devida a acção humana. A dependência alimentar do país

é elevada, isto porque mesmo em ano de boa produção, a base produtiva apenas consegue garantir 20% das necessidades.

Cabo Verde apresenta características geoclimáticas particulares que contribuem para multiplicar os riscos que as populações enfrentam, sobretudo as mais desprotegidas. A seca e os efeitos da degradação ambiental atingem quer as zonas rurais, como urbanas e periurbanas, resultante da acção combinada das mudanças climáticas, da gestão deficiente dos escassos recursos naturais e de um processo de desenvolvimento pouco equilibrado onde os aspectos ambientais e sociais não são suficientemente ponderados.

A seca e a escassez dos recursos naturais, é responsável pela insegurança alimentar. O país produz, em média, menos de 20% das necessidades de consumo em cereais, sendo que o *deficit* estrutural alimentar é coberto pelas importações e pela ajuda externa.

A alimentação pouco saudável e a falta de atividade física são, as principais causas das doenças não transmissíveis mais importantes, como as cardiovasculares, a diabetes tipo 2 e determinados tipos de cancro, e contribuem substancialmente para a carga mundial de morbidade, mortalidade e incapacidade. Outras doenças relacionadas com a má alimentação e a falta de atividade física, como a cárie dentária e a osteoporose, são causas conhecidas.

Cerca de 66% das disfunções atribuídas às doenças não transmissíveis registram -se em países em desenvolvimento, onde as pessoas mais afetadas são jovens quando comparadas com países desenvolvidos.

Nos países de baixa e média renda, as doenças não transmissíveis e seus fatores de risco afectam inicialmente os setores mais favorecidos. Todavia, dados recentes indicam que com o tempo, os hábitos de comportamento pouco saudáveis e as doenças não transmissíveis têm -se concentrado nas comunidades mais pobres e contribuem para as desigualdades sociais e econômicas. Apesar de nos países mais pobres as doenças infecciosas e a desnutrição predominarem, os principais fatores de risco para as doenças crónicas estão a aumentar. A proporção de pessoas com excesso de peso ou obesas é cada vez maior nos países em desenvolvimento, e incluem os setores de baixa renda nos países mais ricos. Uma intervenção integrada sobre as causas de má alimentação e da diminuição da atividade física contribuiria para reduzir a carga de doenças não transmissíveis no futuro.

A OMS através das resoluções (WHA46.7, WHA52.24, WHA54.2 e WHA55.25), exorta os Estados Membros a elaborarem e implementarem estratégias de alimentação saudável e atividade física, priorizando a população escolar. As estratégias devem estar orientadas para o consumo de níveis apropriados de alimentos ricos em energia e nutrientes, com inclusão de açúcares livres, sal, gordura, frutas e hortaliças, legumes, cereais integrais e frutas secas e ainda derivados do leite. As diretrizes nacionais sobre alimentação saudável e atividade física

deverão ser baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis e fazer parte das políticas e programas dos países, considerando as tradições culturais e os hábitos e as práticas nacionais em matéria de alimentação. Vários estudos demonstraram já que a desnutrição pode ocorrer em qualquer altura na vida de um indivíduo, mas é particularmente danosa quando ocorre durante o desenvolvimento fetal e infância. Tecnicamente, a desnutrição também inclui alimentação por excesso, o que resulta em obesidade e sobrepeso, sobrecarregando a capacidade do corpo para lidar com quantidades excessivas de energia e trazendo efeitos negativos bem conhecidos ao longo do tempo. Em suma, nutrição adequada é a ingestão equilibrada com o gasto de energia e é fundamental para a saúde continuada geral. Garantindo uma adequada nutrição materna e / ou adequado crescimento e recuperação de crianças desnutridas (por defeito ou excesso) deve ser uma prioridade, incluindo o monitoramento de rotina e correção do crescimento na infância. A segurança alimentar é de fundamental importância e constitui preocupação global por inúmeras razões.

Cabo verde já deu um passo importante neste sentido ao elaborar o Programa de Saúde Escolar. O mesmo faz uma análise exaustiva da situação da saúde da população escolar incluindo a situação nutricional e DNT e propõe ações concretas para a resolução dos problemas encontrados. Aqui essas ações serão levadas em conta.

2.11. RESULTADOS DO ESTUDO SOBRE AVALIAÇÃO DOS FACTORES DE RISCO PARA AS DNT EM CABO-VERDE: STEPS 2007

População adulta Cabo-Verdiana, de ambos os sexos dos 25 aos 64 anos de idade
(Prevalência %), N=1758

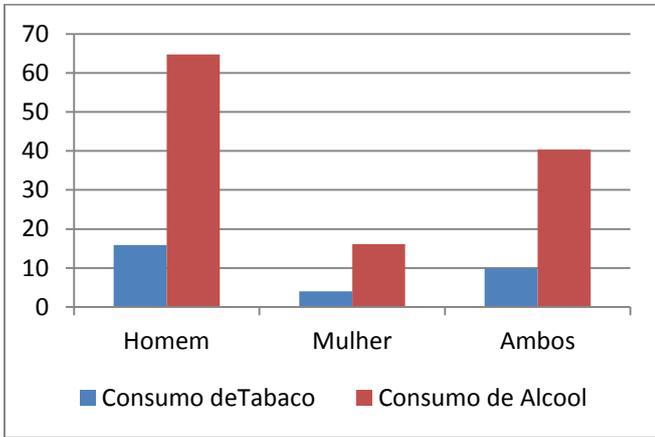


Figura 8. Prevalência de consumo de tabaco e álcool, por sexo, CV- 2007

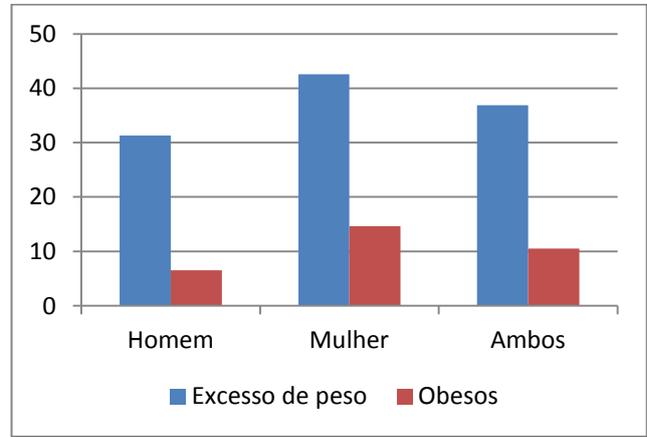


Figura 9. Prevalência de Excesso de peso e Obesidade, por sexo, CV-2007

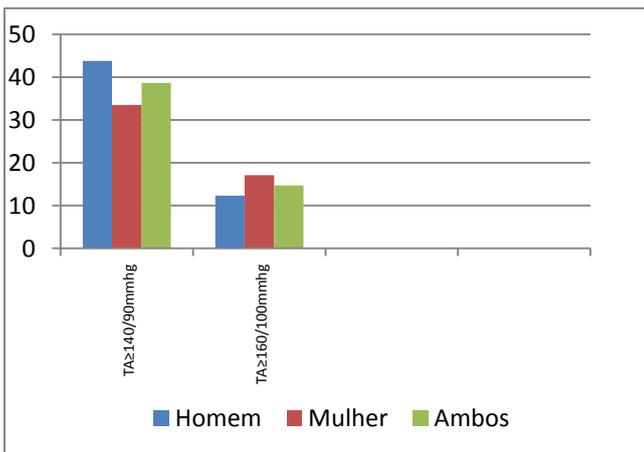


Figura 10. Prevalência de Hipertensão Arterial por sexo, CV-2007

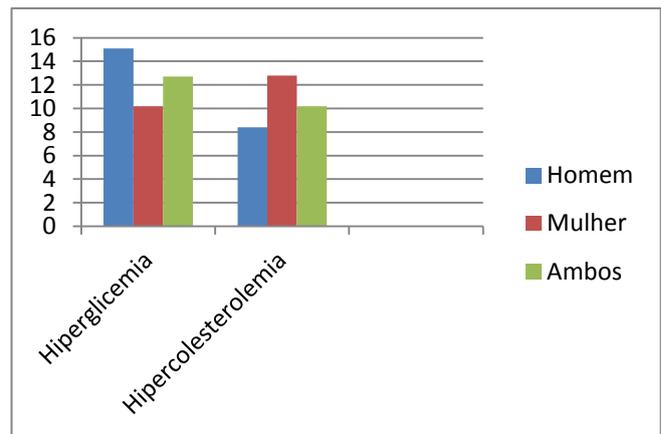


Figura 11. Prevalência de DM e Colesterol elevado, por sexo, CV-2007

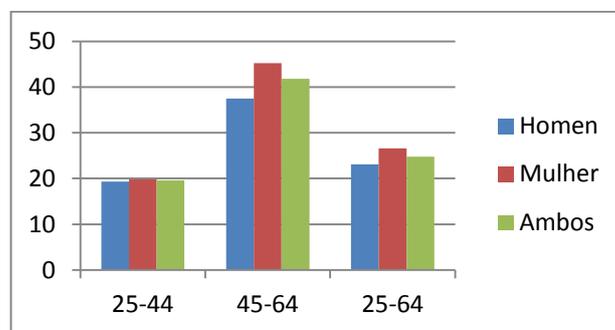


Figura 12. Prevalência de indivíduos de ambos os sexos com três ou mais factores de risco.

3. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para as doenças cardiovasculares e diabetes, os serviços de saúde já se encontram minimamente organizados para oferecer uma prevenção secundária de qualidade a nível dos cuidados primários de saúde, isto é, vários centros de saúde possuem corpo clínico constituído por médico de clínica geral, um pediatra ou que faz consultas de pediatria e um ginecologista, um enfermeiro, laboratório, a maioria, farmácia, serviço de urgência, técnico de estomatologia com 1 cadeira, um serviço de urgência com pequena cirurgia e aerossol, para além de pessoal de apoio. Possui já o kit básico de consulta (recomendado pela OMS), e é feito o rastreio passivo para a DM e HTA. Porém há falta de protocolos, normas, tabela de avaliação para o risco cardiovascular, fluxograma dos doentes, fundoscópio, monofilamento de 10g e diapasão para rastreio do pé diabético. Existem nos hospitais, nos serviços de urgência, protocolo para tratamento da hipo e hiperglicemia e cetoacidose diabética, bem como protocolo para tratamento de hipertensão severa e crise hipertensiva mas faltam nos Centros de Saúde. É também ainda necessário fortalecer o serviço de referência e contra referência a todos os níveis com normas claras. Este serviço visa essencialmente diminuir o volume de doentes sem complicações referenciados para o hospital de nível terciário de modo a que se possa oferecer melhor atendimento aos doentes que necessitam de atenção especializada, diminuindo assim as listas de espera, rentabilização de tempo, diminuição da perda de doentes, etc.. Possuem os medicamentos essenciais recomendados pela OMS incluindo insulina devidamente acondicionados em geleiras. Para controlo e seguimento do doente utilizam HbA1c, porém só é possível fazê-lo nos dois hospitais centrais e nos laboratórios privados. Em relação aos anti-hipertensivos possuem os diuréticos tiazídicos, os inibidores dos ACE e betabloqueadores recomendados. Apesar destas condições, o pessoal clínico não está preparado para abordar estas doenças sob o ponto de vista de saúde pública, limitando o contacto com o paciente e portanto não existe um serviço de aconselhamento e educação do paciente para a sua própria doença visando o auto-controlo. Na maioria das US o espaço destinado às salas de espera é sub-aproveitado no sentido em que se poderia aproveitar o tempo e espaço em que os doentes e seus familiares se encontram na sala para fazer actividades de promoção da saúde. Em alguns centros de saúde foi possível encontrar médicos e enfermeiras bastante motivadas e com vontade de fazer a diferença neste nível, porém falta-lhes orientação de como fazê-lo na prática. Na unidade básica de saúde (UBS) onde a população tem o primeiro contacto com o serviço nacional de saúde, existe infraestrutura que funciona com um Agente Sanitário (AS) que possui como formação de base desde 4ª classe até 11º ano de escolaridade. Não existe um curriculum específico para a sua formação. O AS é submetido a uma formação básica (1-2

anos) em serviço fornecido pelo enfermeiro afecto ao Posto de Saúde, nível imediatamente superior a quem está subordinado. A formação em trabalho consiste em ensinar cuidados básicos de saúde e saneamento do meio, nomeadamente: cuidados básicos de higiene e limpeza, preparação e aplicação de injeção, excluindo aplicação e preparação de insulina, limpeza e penso de feridas, lavagem de material e esterilização, nutrição, medição da pressão arterial, doenças da pele incluindo sinais de lepra, identificação da diarreia e preparação de sais de reidratação oral, tratamento da água, sinais e sintomas de paludismo, dengue e tuberculose. Todos os pacientes são registados num livro de registo com número, nome, idade, sexo e sintomas e sinais mais frequentes, tratamento efectuado e referência. Além disto, a (o) AS faz visitas domiciliárias duas vezes por semana que consiste no registo das pessoas visitadas (nome, idade, sexo, trabalho, doença, grávida, abandono do tratamento, abandono escolar e óbitos em casa), faz aconselhamento aos doentes (não específico) e recomenda visita a US se indicado, em especial para levantamento de medicamentos (doentes crónicos com doenças transmissíveis e não transmissíveis). A (o) Agente sanitária (o) visita também os jardins-de-infância e escolas. Na UBS visitada, a última visita de supervisão que recebeu do Ministério da Saúde foi há 1 ano e as últimas capacitações a que foi submetida foram feitas em 2008 (Malária) e 2009 (Dengue). Não existe um programa de palestras sistemáticas ou outros tipos de intervenção para educação com envolvimento e/ou participação da comunidade. Além disso as actividades são maioritariamente viradas para as doenças transmissíveis. A Agente Sanitária da referida UBS foi contratada pelo Município e auferiu um salário médio de 15,000.00 ECV (~140 EUR). É necessário reforçar e rentabilizar a capacidade e qualidade deste agente preparando-o para poder implementar junto às comunidades intervenções integradas focalizadas na mudança de estilos de vida e boas práticas. Não existe nenhum programa específico de prevenção do pé diabético ou de educação do doente crónico virado para os doentes e seus familiares.

Em todo o país só existe um Serviço de Oncologia que funciona num edifício do Hospital Central Agostinho Neto (Cidade da Praia). Este serviço não possui camas para internamento. Trata-se de um compartimento dividido em 4 gabinetes (espaço físico muito limitado, onde funciona sala de consulta, de tratamento, administração e preparação de tratamento). Funciona em regime de HOSPITAL DIA, das 8h as 18h e de segunda a sexta-feira com 8 cadeiras para tratamento. Em termos de recursos humanos o serviço funciona com 3 médicos especialistas (1 cabo-verdiana, 1 francesa e 1 cubano); 1 enfermeira geral (treinada em serviço, há planos de formação em Portugal); 2 farmacêuticas que preparam a medicação; 1 psicólogo (trabalha com os doentes 1 vez por semana, á sexta - feira). Em relação aos serviços prestados:

neste mesmo local são feitas consultas de seguimento e primeiras consultas; diagnóstico quimioterápico e cuidados paliativos; Possui protocolo para quimioterapia. Não tem serviço de radioterapia e falta equipamento específico, bem como, se tem observado frequentes roturas de stock de medicamentos. O país ainda não possui nenhum sistema de Registo de Cancro. Apesar das dificuldades aqui enumeradas há a salientar que o pessoal técnico existente apesar de jovem (em especial a actual chefe do serviço) tem formação sólida de base, é criativa, conhece bem os problemas com que o serviço e os doentes se debatem tendo inclusivamente já apresentado algumas propostas para a melhoria das condições de trabalho e implementação de actividades com vista a melhorar a qualidade dos serviços prestados tais como: (1) elaboração de protocolos clínicos, (2) sessões clínicas para a discussão de casos clínicos e decisão terapêutica com os colegas de outras especialidades. Por outro lado, apesar da existência de uma Comissão Nacional de Cancro, esta não funciona em parte por haver explicitamente conflito de gerações e por outro por haver problemas interpessoais não excluindo a possibilidade de haver falta de liderança. Do mesmo modo, a falta de coordenação entre os vários serviços clínicos faz com que o serviço de referência e contra referência entre os diferentes serviços e entre os níveis de atenção sejam ineficientes levando a demora na realização do diagnóstico e mesmo perda dos pacientes com todas as implicações que daí advém. Esta descoordenação torna também difícil estabelecer uma plataforma de diálogo e coordenação de qualquer actividade que seja com organizações da sociedade civil que querem apoiar o MS na luta contra esta doença, nomeadamente a Associação de Luta contra o Cancro em Cabo Verde (ALCC-CV) e a Liga Contra o Cancro (S. Vicente) com a qual não existe qualquer tipo de relacionamento. Estas duas organizações da sociedade civil à semelhança de outras trabalham aparentemente de forma isolada sem sequer contar com o apoio técnico do Ministério da Saúde que seria de esperar. Neste momento o país não possui nenhum programa de rastreio de cancro, porém é necessário recordar que para isso as organizações da sociedade civil desempenham um papel muito importante principalmente na divulgação do mesmo e mobilização das comunidades para aceitação e adesão. O papel das organizações da sociedade civil são igualmente necessárias para apoio aos doentes terminais e seus familiares. A relação com outros serviços é de especial validade pois certos cancros como o cancro do colo uterino e cancro da mama podem ser integrados nos serviços de saúde reprodutiva adoptando a estratégia, “One stop Shopping”, rentabilizando assim os recursos existentes e reduzindo o número de vezes que a mulher tem de ir a US bem como a redução do tempo de espera.

4. RESPOSTA NACIONAL ÀS DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Com a realização do estudo “Avaliação dos factores risco Cardiovasculares em Cabo-Verde”, o Ministério da Saúde deu o primeiro passo para priorizar as acções de prevenção e controlo dessas doenças. Assim, foi criado em 2011, um Programa Nacional de Doenças Não Transmissíveis. Este veio juntar-se a outros serviços ou programas que já existiam, nomeadamente:

- Programa e Estratégia Nacional de Saúde Mental;
- Programa Nacional de Nutrição;
- Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Programa Nacional de luta contra a Cegueira;
- Plano de Ação de Luta Contra o consumo nocivo do álcool e Alcoolismo
- Plano Estratégico de Saúde Oral;
- Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2013-2016;
- Plano de Ação de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares 2009-2011.

Na área de prestação de serviços, o Ministério da Saúde está já a implementar medidas de reestruturação de toda rede sanitária (já existem novas infra-estruturas) com vista a prestar melhores cuidados de saúde e criar espaços para implementação de medidas de promoção e prevenção integrada das doenças. As medidas tomadas e/ou sugeridas nos documentos oficiais até agora são verticais e muito viradas para o diagnóstico e tratamento.

Na área de recursos humanos estão previstas a contratação de diversos profissionais de saúde de modo a suprir as necessidades em especial para a área assistencial. Prevê-se também a abertura de um curso de base para formação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). No âmbito desta reestruturação, alguns centros de saúde já se encontram com recursos humanos e materiais adequados para dar resposta a prevenção secundária das DNT ao nível dos cuidados de saúde primários. Porém, há ainda uma grande lacuna na atualização e capacitação do pessoal nesta área.

Na área financeira o financiamento para a saúde mantém-se estável na ordem dos 7% com tendência a subir segundo as recomendações de Abuja. O país encontra-se neste momento a trabalhar numa estratégia de Financiamento para a Saúde tendo em conta os novos desafios que o sector enfrenta.

4.1. PRINCIPAIS ACTIVIDADES JÁ EM IMPLEMENTAÇÃO POR NÍVEL DE ATENÇÃO

Nível de Atenção	Prevenção	Actividade desenvolvidas	Quem implementa?
Primária	Primária	Aumento de consciencialização e educação da população em geral através de feiras de saúde, programas radiofónicos, televisivos, palestras, etc. Comemoração do Dia Mundial da HTA e do Coração, Cancro, Diabetes. Criação de um FORUM para a Segurança Rodoviária Comissão Interministerial de Luta Contra o Alcolismo	Centros de Saúde, Associação de Luta Contra o Cancro, A Ponte, VERDEFAM, Cruz Vermelha, Ministério de Administração Interna, Associação de condutores de táxi.
Primária e Secundária	Secundária	No âmbito da reestruturação do Serviço Nacional de Saúde: Colocação de médicos especialistas nos centros de saúde, apetrechamento com kit básico de consulta, rastreio de alguns factores de risco. Colocação de computadores nos gabinetes de consulta; introdução de ficheiro clínico eletrónico. Colocação de mais enfermeiros nos CS. Início de Programa de Rastreio para o cancro da próstata	Ministério da Saúde, Associação de Luta contra o cancro de Cabo-Verde. E outros parceiros
Terciária e Quaternário	Terciário	Serviços de reabilitação criados em alguns Centros de Saúde	
Todos os níveis	Sistema de informação e investigação	Digitalização da informação nas unidades Sanitárias, Classificação das Doenças com base no CID10, Produção de relatório estatístico anual, Avaliação dos FRCV -dados de base.	Ministério da Saúde, OMS

4.2. DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DNT EM CABO-VERDE

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<p>Vontade Política;</p> <p>Política Nacional de Saúde inclui DNT;</p> <p>Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário inclui DNT como prioridade;</p> <p>Comparticipação da Previdência Social;</p> <p>Pessoal jovem, criativo, com conhecimentos sólidos e visão sobre DNT sob ponto de vista de Saúde Pública;</p> <p>Aumento recente da rede sanitária;</p> <p>Diminuição do peso das doenças transmissíveis;</p> <p>Consciência de alguns profissionais de saúde que as actividades devem ser centralizadas nos cuidados de saúde primários com prioridades para actividades de prevenção e promoção da saúde;</p> <p>Aprovação e implementação da lei nº27/V/97 de 23 de junho que Interdita a venda de bebidas alcoólicas a menores e interdita a publicidade de bebidas alcoólicas em algumas situações;</p> <p>Aprovação e implementação da Lei nº119/IV/95, de 13 de Março Condições de dissuasão e restrição do uso do tabaco em estabelecimentos e transportes públicos;</p> <p>Resolução nº 15/2005, de 25 de abril que cria Junto da Direção Geral de Saúde, a Comissão Interministerial de Luta Contra o Alcoolismo;</p> <p>Lei Especial contra a Violência Baseada no Género.</p>	<p>Falta de coordenação interdisciplinar;</p> <p>Fraca coordenação intersectorial;</p> <p>Existência de muitos Programas verticais;</p> <p>Não existe consenso para tomada de decisão;</p> <p>Renitência na mudança de mentalidade de alguns dos profissionais de saúde face aos desafios que se apresentam;</p> <p>Escassez de recursos humanos capacitados na área;</p> <p>Implementação de actividades de prevenção e promoção da saúde de forma isolada;</p> <p>Fraca sensibilização da população e sobre DNT;</p> <p>Inexistência de protocolos, guiões, normas, etc. para a maioria das doenças;</p> <p>Faltam orientações claras para aplicação das leis;</p> <p>Falta de supervisão das actividades;</p> <p>Planificação centrada nos cuidados curativos e não na prevenção;</p> <p>Falta de parcerias efectivas com a sociedade civil na implementação de actividades preventivas e promocionais;</p> <p>Ausência de mecanismos de ligação para participação e envolvimento da comunidade nos programas da saúde. Segurança alimentar.</p> <p>Documentos oficiais em línguas, inglesa e francesa, pouco divulgados no seio dos interessados.</p>
Oportunidades	Riscos
<p>Reformas do Sector Saúde com processo de descentralização administrativa;</p> <p>Resolução das Nações Unidas Sobre DNT;</p> <p>Estratégia Africa para a Diabetes;</p> <p>Disponibilização da Vacina anti-HPV a baixo custo para a prevenção primária do cancro do colo uterino;</p> <p>Integração dos vários programas com outros já existentes.</p>	<p>Conflitos políticos;</p> <p>Crescente desenvolvimento económico e social do país;</p> <p>Competição com outras prioridades.</p>

5. O PLANO DE AÇÃO MULTISectorial DE PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DNT-CABO-VERDE, 2015-2020

Este plano está alinhado com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016, Vol. II, e dá maior prioridade às acções de promoção da saúde, prevenção primária e secundária a serem implantadas ao nível dos cuidados de saúde primários. Recomenda-se a consulta do PNDS para informação adicional.

5.1. Visão

A visão do Plano de Ação para Prevenção e Controlo das DNT é a criação de um ambiente favorável que visa minimizar (e/ou eliminar) a exposição aos factores de risco, e garantir o acesso aos cuidados de saúde às pessoas que dele necessitam.

5.2. Missão

A missão é assegurar a disponibilidade e o acesso e aos serviços de prevenção e cuidados de saúde de qualidade à população Cabo-Verdiana.

5.3. Princípios Orientadores

Este plano está em concordância com as prioridades definidas pelo Ministério da Saúde e tem como referência a Política Nacional de Saúde 2007 e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2013-2016 bem como Plano Global de Ação para a Prevenção e Controlo das DNT 2013-2020, OMS.

- a. Cobertura de Saúde Universal (Universalidade) – é garantido os cuidados de saúde relativo as DNT por parte do SNS, a qualquer e todo indivíduo que dele necessite tendo em conta os direitos humanos.
- b. Empoderamento das pessoas e das comunidades - é dada oportunidade às pessoas, de forma individual ou colectiva de obter conhecimento para ajudar-se a si próprias e a comunidade onde se inserem. O empoderamento possibilita a aquisição da emancipação individual e também da consciência coletiva necessária para a superação da dependência social e dominação política. O empoderamento devolve poder e dignidade a quem desejar o estatuto de cidadania, e principalmente a liberdade de decidir e controlar seu próprio destino com responsabilidade e respeito ao outro.

Relacionado com isso, está o empoderamento social que é dar poder a uma comunidade, fazer com que tudo seja mais democrático, que a população em geral tenha poder, que a comunidade tenha também mais riqueza e capacidade para lidar com a saúde e a doença. O empoderamento social deve ser entendido como um processo pelo qual podem acontecer transformações nas relações sociais, culturais, econômicas e de poder.

- c. Equidade – o MS, em coordenação com os seus parceiros nesta área, terá que aproveitar o crescimento e a reorganização dos serviços de saúde em regiões tendo em conta o número de Serviços disponíveis para corrigir distorções, garantindo o crescimento harmonioso e equitativo em todas as ilhas.
- d. Assistência integrada e continuada - os serviços reconhecem que cada indivíduo é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as acções de promoção, prevenção (exposição aos factores de risco, das complicações) e reabilitação constituem também um pacote de cuidados indivisível devendo por isso, serem disponibilizados como um todo de forma continuada em todos os níveis de atenção através da criação de mecanismos efectivos de referência e contra referência e acesso, desde a comunidade até a US de maior complexidade.
- e. Complementaridade, parceria e partilha de responsabilidades: O estabelecimento e actuação das parcerias entre o sector público e privado, ONGs e Comunidade, constituem um factor essencial para o sucesso na implementação do plano de acção multissectorial para as DNT. Será privilegiada a criação de novas parcerias e o fortalecimento das já existentes.
- f. Uso de evidências científicas e boas práticas baseada no perfil epidemiológico - a selecção de práticas e intervenções relativas as DNT é baseada na relação custo - benefício e actuais evidências a nível nacional e internacional.

6. OBJECTIVO GERAL

- Reduzir a exposição aos factores de risco modificáveis para as DNT e a morbimortalidade a eles associados.

6.1. Objectivos Específicos

6.1.1. Fortalecer as ações de advocacia e cooperação, priorizando a prevenção e controlo das DNT na agenda de desenvolvimento e estratégia de alívio á pobreza;

6.1.2. Fortalecer as acções multissetoriais na capacidade de liderança, Governação e parcerias para acelerar a resposta do país na prevenção e controlo das DNT;

6.1.3. Reduzir a exposição aos factores de risco modificáveis através da criação de um ambiente de promoção para a saúde;

6.1.4. Fortalecer e reorientar o Sistema de Saúde através da prevenção e controlo das DNT centrado nos cuidados de saúde primários e cobertura universal;

6.1.5. Promover e apoiar a capacidade nacional para o desenvolvimento de pesquisa de qualidade para prevenção e controlo das DNT;

6.1.6. Monitorar a tendência e os determinantes de saúde para as DNT e avaliar o progresso na prevenção e controlo

7. PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS

CONDIÇÃO	ESTRATÉGIAS POR NÍVEL DE PREVENÇÃO		
	PRIMÁRIA	SEGUNDÁRIA	TERCEÁRIA
DCV E DM	<p>Aumentar a consciencialização sobre alimentação saudável, prática de actividade física, não fumar e consumo moderado de bebidas alcoólicas</p> <p>Educação sobre FR e doença</p> <p>Legislação</p>	<p>Rastreio de factores de risco e pé diabético;</p> <p>Diagnóstico precoce;</p> <p>Tratamento correcto</p> <p>Adesão ao tratamento e seguimento do paciente</p> <p>Educação do paciente e seus familiares</p>	<p>Melhorar os cuidados terapêuticos e capacidade diagnóstica, tratamento das complicações com vista a melhoria da qualidade de vida</p>
Cancro	<p>Aumentar a consciencialização sobre alimentação saudável, prática de actividade física, não fumar e consumo moderado de bebidas alcoólicas</p> <p>Educação sobre FR e doença</p> <p>Legislação</p> <p>Introdução da Vacina anti-HPV</p>	<p>Implementar programa de rastreio e tratamento de lesão precursora para o cancro do colo uterino, auto exame da mama e exame clínico, biópsia excisional, rastreio ocasional para cancro da próstata (PSA)</p> <p>Educação do paciente e seus familiares</p>	<p>Melhorar acesso a meios auxiliares de diagnóstico e tratamento (medicamentoso, cirúrgico e radioterapia)</p> <p>Desenvolver programa de cuidados paliativos</p>
Asma	<p>Aumentar a consciencialização sobre alimentação saudável, prática de actividade física, não fumar, higiene do ambiente</p> <p>Educação sobre FR e doença</p> <p>Legislação</p>	<p>Melhorar o acesso ao tratamento e medicamento para prevenir e tratar as crises</p> <p>Seguimento do paciente</p> <p>Educação do paciente e seus familiares</p>	<p>Melhorar o acesso a meios auxiliares de diagnóstico e tratamento medicamentoso com vista a melhoria da qualidade de vida</p>
Saúde Oral e Ocular	<p>Aumentar a consciencialização sobre alimentação saudável, higiene individual e colectiva em especial nas escolas e comunidades</p> <p>Educação</p>	<p>Implementar programa de rastreio de FR e tratamento ocular e odontológico</p>	<p>Melhorar o acesso a meios auxiliares de diagnóstico e tratamento cirúrgico</p>
Saúde Mental	<p>Aumentar a consciencialização sobre alimentação saudável, prática de actividade física, não fumar e consumo moderado de bebidas alcoólicas</p> <p>Legislação</p>	<p>Implementar programa de rastreio para factores de risco</p> <p>Desenvolver programa para deixar de fumar e tratar alcoolismo</p> <p>Seguimento do paciente</p>	
Acidentes de viação	<p>Aumentar a consciencialização sobre condução sem álcool, uso de cinto de segurança, cadeira de proteção, capacetes, etc.</p>	<p>Implementar serviços de atendimento às vítimas de acidentes e outros traumas pré e intra-hospitalar</p>	<p>Melhorar os Serviços de reabilitação e melhoria da qualidade de vida</p>

- **Massificação de acções de advocacia e do conhecimento sobre aos factores de risco modificáveis e medidas preventivas para as DNT:** Pretende-se com esta estratégia que todos os actores sejam envolvidos de forma multissetorial e integrada, utilizando todos os instrumentos de informação, educação e comunicação disponíveis (eletrónicos, gráficos, orais, escrita, etc.) na procura de parcerias e divulgação das políticas, planos, estratégias do país. Que a documentação de “boas práticas” nacionais e/ou internacionais sejam utilizadas para influenciar a liderança e influenciar os decisores numa resposta acelerada ao problema das DNT. A utilização de Associações e outros tipos de organização afins da sociedade civil existentes no país constitui uma mais-valia a considerar.
- **Reorientação e fortalecimento dos serviços de saúde** para implementar acções de promoção da saúde e prestar cuidados e tratamento de qualidade a doentes com DNT com ênfase nos cuidados de saúde primário. Esta estratégia permite distribuir os recursos de forma equitativa dando a mesma oportunidade a todos quantos dela necessitam. A integração e multissetorialidade deverão estar patente na definição dos grupos alvo, no desenvolvimento e padronização de guiões, manuais, normas, etc., o uso racional dos medicamentos a este nível é fundamental para o controlo e prevenção ou atraso no aparecimento de complicações.
- **Fortalecimento e actualização do Sistema de Informação para a Saúde e promoção de pesquisa de qualidade:** Pretende-se com esta estratégia criar evidência com qualidade de apoio à decisão informada, bem como, a criação e implementação de um sistema de monitoria e avaliação capaz de monitorar a tendência das DNT no país e medir o impacto das medidas preventivas implantadas.

8. Áreas de intervenção:

- Advocacia, Prevenção, Promoção e Educação para a saúde relativos às DNT.

Ações: Sendo as DNT uma área relativamente nova no Ministério da Saúde, a advocacia pressupõe o uso da informação para aumentar a consciencialização e influenciar os decisores para a promoção de estilos de vida saudáveis, prevenção e controlo das DNT dentro do MS e de outros Ministérios, promovendo a multissetorialidade, mobilização de ONGs locais e internacionais, Associações de doentes e outras afins da sociedade civil Cabo-verdiana.

- Acesso aos cuidados, tratamento e seguimento de qualidade aos doentes.

Ações: Disponibilizar infraestruturas, equipamentos, medicamentos, organização em equipas de trabalho nos CSP, seguros de saúde/segurança social, cuidados paliativos tendo em conta a satisfação do utente

- Sistema de informação para a saúde e pesquisa

Ações: implementação de sistema de informação para a saúde de qualidade, Vigilância epidemiológica, estudos operacionais para apoio a decisão informada.

A análise de situação mostrou que o país possui já uma série de planos estratégicos/ação para os diversos programas pelo que a matriz de ação deste plano irá centrar-se nas actividades consideradas prioridades de fácil integração e com grande probabilidade de ter impacto na saúde da população.

9. MONITORIA E AVALIAÇÃO

A implementação efectiva do presente plano depende da disponibilidade de recursos a todos os níveis e a sustentabilidade da resposta nacional às DNT depende uma monitoria efectiva e sistemática das intervenções de promoção e prevenção, provisão dos cuidados e vigilância planificadas.

Bibliografia

- Action Plan for the Prevention of avoidable blindness and visual impairment 2009-2013, WHO.
- Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Brasil 2006.
- Assessment of the double burden of malnutrition in six case study countries.
- B Varenne. Overview MNT-Capo Verde, 08-12 July 2013.
- A Mushtaque, R Chowdhury *et. al.* Bangladesh: Innovation for Universal Health Coverage 1: The Bangladesh paradox: exceptional health achievement despite economic poverty. *Lancet* 2013; 382: 1734–45.
- Brief Intervention. The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use. Manual for use in primary care, WHO-2010.
- Carlos Jara Sánchez, et al. Comité de Tumores. Unidad de Oncología Médica. Fundación Hospital de Alcorcón. Madrid Primer Libro Blanco de la Oncología Médica en España.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs—2007*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; October 2007
- Centers for Disease Control and Prevention. Preventing and controlling oral and pharyngeal cancer. Recommendations from a national strategic planning conference. *MMWR* 1998;47(No. RR-14).
- Combater a Desigualdade: melhorar o acesso e a equidade. Conselho Internacional do Enfermeiro. Maio de 2011. Edição Portuguesa. Ordem dos Enfermeiros.
- Decreto-Lei n.º 18/2001, de 17 de Setembro e a Portaria n.º 17/2003, de 8 de Setembro, aprovaram respectivamente, a Lista Nacional de Medicamentos e de Medicamentos de Venda Livre e a Lista de Medicamentos para Postos de Venda de Medicamentos. I SÉRIE — NO 37 «B. O.» DA REPÚBLICA DE CABO VERDE — 21 DE SETEMBRO DE 2009.
- Directrizes e Recomendações. Cuidado Integral de Doenças Crónicas Não Transmissíveis. Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Brasil, Setembro 2007.
- Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza – II. Ministério das Finanças e Administração Pública. Maio de 2008. Cabo Verde.
- Estratégia de Financiamento do Sector Saúde Caboverdiano, OIT e OMS junho 2013.
- Etude de Santé Publique sur la Prévention des Maladies Bucco-dentaires au Cap-Vert Rapport final de consultation et d'analyse. Décembre 2012.
- Evan Blecher, Hana Ross., Tobacco Use In Africa. Tobacco Control through Prevention. American Cancer Society.

Franz Heidhues, Achi Atsain, et al. Development Strategies and Food and Nutrition Security in Africa. An Assessment. International Food Policy Research Institute, December 2004.

Global Action Plan for the Prevention and control of NCD 2013-2020, WHO.

Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. WHO 2004.

Guía Funcional de la Comisión de Tumores. Actualización 2007. Espanha.

Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva. Cabo Verde IDSRII-2005.

Jane Badham, Klaus Kraemer. The Link Between Nutrition, Disease and Prosperity: Preventing Non-Communicable Diseases Among Women and Children by Tack ling Malnutrition. *Sight and Life*, Basel, Switzerland.

Kyluange Tiny. Boa Governação, Capacitação do Estado e Desenvolvimento: O Caso de São Tomé e Príncipe. Setembro de 2005.

Mecanismo de Apoio à Sociedade Civil. Manual de Boa Governação Interna. Moçambique.

Memoria del Funcionamiento de la Unidad de Oncologia Medica del Hospital Obispo Polanco. Espanha.

National Nutrition Programme. Government of the Federal Democratic Republic of Ethiopia. June 2013-15.

Nicholas E Connor. Impact of fetal and neonatal malnutrition on the onset of puberty and associated noncommunicable disease risks. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2011;2 15–25, 2 February 2011.

Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care In Low-Resource Settings, WHO-2010

Plano de Acção Estratégico de Segurança Rodoviária 2013/2016. Ministério de Administração Interna., Dezembro de 2012. Cabo Verde.

Plano de Prevenção e Segurança Rodoviárias Década 2011-2020. Ministério de administração Interna, Julho 2012. Cabo Verde.

Plano Estratégico de Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis 2008-2014. Ministério da Saúde. Moçambique.

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016. SAÚDE: COMPROMISSO DO ESTADO, RESPONSABILIDADE DE TODOS. Vol. II, Ministério da Saúde. Dezembro 2012. Praia. Cabo Verde.

Política Nacional de Saúde. Reformar para uma Melhor Saúde, Praia 2007. Cabo Verde.

Poul Erik Petersen. Improvement of oral health in Africa in the 21st century – the role of the WHO Global Oral Health Programme World Health Organization, Oral Health Programme, Geneva, Switzerland. *Developing Dentistry* 5(1), 2004.

Prevenção da violência sexual e parceiro íntimo PO final, 2010 OMS.

Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Guidelines for primary health care in low-resource settings. WHO, 2012.

Procedimentos Policiais nos casos de denúncias de Violência Baseada no Género, ICIEG, Novembro 2013.

Programa de Nacional de Luta contra as DNT em Cabo Verde 2008-2010. Ministério da Saúde.

Programa Nacional de Alimentação Escolar Horizonte 2010-2020, Cabo Verde (Rascunho)

Programme Conjoint NU Cap Vert. Soutien aux Cantines Scolaires et à la Nutrition dans les Ecoles Mars 2010 (Draft).

Programme National de Santé Scolaire. Junho 2007 Cabo Verde.

Relatório Combinado: Sétimo e Oitavo Relatórios. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. CEDAW 2013. Cabo Verde.

Relatório de Desenvolvimento Humano de 2011. Sustentabilidade e Equidade. Um Futuro Melhor para Todos.

Relatório de Desenvolvimento Humano de 2013. A Ascensão do Sul: Progresso Humano no Mundo Diversificado.

Relatório Estatístico 2012. Ministério da Saúde. Novembro 2013.

Shah Ebrahim¹ and Liam Smeeth. Non-communicable diseases in low and middle-income countries: a priority or a distraction? *International Journal of Epidemiology* 2005;34:961–966.

WHA66.10. Suivi de la Déclaration politique de la Réunion de hautniveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles-27 MAY 2013. Fr

World Health Organization - *NCD Country Profiles-Cap-Verd*, 2011.

World Heart Federation. Women and Cardiovascular Disease. Press Backgrounder, 2012

www.thelancet.com Vol. 382 November 23, 2013 The Bangladesh paradox: exceptional health achievement despite economic poverty.

ANEXOS

ANEXO I. Kit básico de consulta do doente crónico

Nº	Itens	Nível de atenção
1	Esfigmomanómetro com braçadeira média e grande	Primário e Secundário
2	Balança (capacidade 200kg)	
3	Estetoscópio	
4	Fita métrica	
5	Estadiómetro	
6	Glucómetro se possível que sirva também para medir colesterol	
7	Fitas de glicemia, fitas de colesterol	
8	Fitas de urina	
9	Lancetas e algodão	
10	Desinfectante	
11	Caixa inceneradora	
12	Luvas	
13	Fundoscópio portátil	
14	Tabela para acuidade visual	
15	Tabelas de risco CDV	
16	Monofilamento de nylon 10g/5.07	
17	Protocolo, normas de referência, etc.	
18	Aparelho para avaliação de HBA1c	Terciário

ANEXO II. Matriz de Ações Prioritárias e Metas

MATRIZ DE INDICADORES

META: Reduzir a exposição aos factores de risco comuns para DNT e a morbimortalidade a eles associados.

METAS GLOBAIS ATÉ 2025	LINHA DE* BASE (%)	2015 (%)	2016 (%)	2017 (%)	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	MEIOS DE VERIFICAÇÃO	RESPONSABILIDADE
1. Reduzir em pelo menos 10% o consumo abusivo de bebidas alcoólicas;	23	23	21	21	21	20	20		
2. Reduzir em 30% o consumo de tabaco em indivíduos com mais de 15 anos;	9,9	9,9	9	9	8	8	8		
3. Reduzir em 25% a prevalência de hipertensão arterial;	44	44	44	42	42	42	42		
4. Atrasar o aumento da Obesidade, Excesso de peso e da Diabetes	(10); (34,4); (13)	10; 34; 13	10; 34; 13	10; 34; 13	9; 33; 12	9; 33; 12	9; 33; 12	Através de estudo populacionais p. ex. STEPSwise Approach (OMS); Inquérito Demográfico de Saúde, RAPIA, Estatística hospitalar, dados de rotina, Registo de morte, autópsias verbais.	Governo da República de Cabo-Verde, representado pelo Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística e parceiros como: Organização Mundial da Saúde, Universidades, ONG.
5. Pelo menos 50% dos elegíveis em tratamento e com acesso a aconselhamento para prevenção de EAM e AVC;	650/100,000 H 455/100,000 M								
6. Reduzir em 25% a mortalidade prematura por DCV, Diabetes, Cancro e Doenças Respiratórias Crónicas.	-								

Fonte: Voluntary Global Targets for the Prevention and Control of NCD- OMS, Março 2013

*Resultados do Estudo de Base Populacional para Avaliação do Factores de Risco para as DNT em Cabo verde, 2007 e Relatório de Estatística Hospitalar 2012

Objectivo Específico 1: Fortalecer as ações de advocacia e cooperação, priorizando a prevenção e controlo das DNT na agenda de desenvolvimento e estratégia de alívio à pobreza.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADE	CRONOGRAMA						INDICADOR	MEIO DE VERIFICAÇÃO	RESPONSABILIDADE
		2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Instrumentos de advocacia desenvolvidos e disseminados	1.1.Desenvolvimento de materiais de fácil compreensão com informação baseada em evidência produzida localmente	x	x	x	x	x	x	Até 2020 informação sobre DNT amplamente divulgados através dos diferentes meios de comunicação disponíveis no país	Revisão do material de comunicação, informação e educação (Folhetos, panfletos, vídeos, jornais, etc.)	Ministério da Saúde Ministério de Assuntos Parlamentares Ministério de Educação e Desportos Ministério dos transportes Ministério da Agricultura e Comércio, Parceiros, Universidades
Conscientização sobre DNT aumentada	1.2.Promoção de debates em todos os órgãos de comunicação social sobre as DNT	x	x	x	x	x	x	# de debates realizados/ano % de alunos que fumam e/ou deixaram de fumar % de alunos com excesso de peso/obesidade	Inquéritos Relatórios Estatísticas do Ministério de Educação	Ministério de Educação e Desportos Ministério da Saúde Ministério da Ação Social Ministério da Agricultura e Comércio, Universidades, etc.
	1.3.Realizar campanhas e feiras de saúde integradas comemorativas dos dias mundiais para as DNT.	x	x	x	x	x	x	# de campanhas e/ou feiras de saúde realizadas por ano	Relatório, fotos, vídeos	Ministério da Saúde Ministério de Assuntos Parlamentares, Ministério de Educação, Ministério dos transportes Parceiros, Universidades, Ministério de Administração Interna, Sociedade Civil
	1.4.Promoção do auto exame da mama	x	x	x	x	x	x	# de mulheres que fazem auto palpação da mama	Relatório estatístico Inquérito	Ministério da Saúde, Voluntários, Organização de mulheres, etc.
Parceiros de cooperação aumentado	1.5.Advocacia junto a parceiros de cooperação	x	x	x	x	x	x	# de parceiros novos por ano	Relatórios, projectos conjuntos	MS, UNICEF, USAID, PNUD, FUNAP, Pathfinder, MCHIP/Jhpiego, Embaixadas.

Objectivo Específico 2: Fortalecer as acções multisectoriais na capacidade de liderança, Governação e parcerias para acelerar a resposta do país na prevenção e controlo das DNT.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADE	CRONOGRAMA						INDICADOR	MEIO DE VERIFICAÇÃO	RESPONSABILIDADE
		2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Parceiros chave nas diversas instituições do Governo e sociedade civil Identificados	2.1.Criação de um mecanismo de coordenação que se reúne regularmente para definição e monitoria de actividades conjuntas	x	x					# de parceiros chave identificados # de encontros realizados por ano	Actas dos encontros	Ministério da Saúde, Ministério dos Assuntos Parlamentares, Ministério de Educação, Ministério da Administração Interna, Ministério da Agricultura e Comércio, Parceiros e Universidades
Consumo de tabaco e bebidas alcoólicas por jovens com idade escolar reduzido	2.2.Revisão e monitoria da implementação das Leis que regulam a comercialização e consumo de tabaco e álcool e proibição de todo o tipo de propaganda	x	x	x				Medidas implementadas	Ausência de qualquer tipo de publicidade sobre bebidas alcoólicas e tabaco (outdoor, reclames luminosos, propaganda na imprensa, etc.)	Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Sociedade Civil, Ministério de indústria e Comércio, Ministério da Administração Interna, Ministério dos Assuntos Parlamentares
Boas práticas de governação implementadas	2.3.Capacitação de Funcionários públicos na utilização de instrumentos legais na promoção de boas práticas e estilos de vida saudáveis.	x	x	x	x	x	x	# de funcionários públicos das diversas instituições do Governo capacitados	Relatório e revisão de documentação existente	Ministério da Justiça, Ministério da Administração Estatal, todos os outros

Objectivo Específico 3: Reduzir a exposição aos factores de risco modificáveis através da criação de um ambiente de promoção para a saúde.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADE	CRONOGRAMA						INDICADOR	MEIO DE VERIFICAÇÃO	RESPONSABILIDADE
		2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Exposição aos factores de risco modificáveis reduzidos	3.1.Promoção de escolas saudáveis com a introdução nos curricula de um módulo sobre prevenção das e estilos de vida saudáveis para as DNT (Asma, DM, DCV, Cancros, S. Oral e Ocular Acidentes de Viação e Saúde Mental)	x	x	x				% de escolas com pelo menos um programa implementado para prevenção das DNT	Inquérito	Ministério da Educação e Desportos, Ministério da Saúde, Associações de jovens, Núcleos de Estudantes, Ministério da Agricultura, Associação de Diabéticos, Associação de luta Contra o Cancro, etc.
	3.2.Promoção do plantio de árvores de fruta e hortas nas escolas	x	x	x						
	3.3.Desenvolvimento de programas de alimentação saudáveis com apoio de nutricionistas nas escolas	x	x	x	x	x	x	% de escolas que oferecem refeições saudáveis com apoio de nutricionista	Inquérito	Ministério da Educação e Desportos, Ministério da Saúde, Associações de Jovens, Núcleos de Estudantes, Ministério da Agricultura
	3.4.Uso de telemóvel para envio de mensagens educativas	x	x	x	x	x	x	# de pessoas que receberam pelo menos um SMS com mensagem educativa por ano	Inquérito	Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística, Ministério dos Assuntos Parlamentares Universidade
	3.5.Organização de sessões de educação do paciente e seus familiares nas U.S. dos CSP e na comunidade	x	x	x	x	x	x	# de US que dispensam sessões de educação a pacientes e seus familiares # de pacientes e familiares que beneficiaram deste	Estatística hospitalar, inquéritos, relatórios	Ministério da Saúde, Municípios, Sociedade Civil e parceiros, Comunidades, Voluntários

								serviço		
	3.6.Promoção de espaços físicos e utilização dos mesmos para a prática de atividade física nas cidades, locais de trabalho e escolas	x	x	x	x	x	x	# de espaços físicos existentes nas comunidades (cidades) para a prática de actividade Física % da população que pratica actividade física (nestes espaços)	Evidência física, inquéritos	Municípios e municípios, Ministério da Administração Estatal, Ministério das Obras Públicas e Habitação, Ministério de Educação Física e Desportos
	3.7.Implementação do instrumento “Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test” (ASSIST) nos CSP	x	x	x	x	x	x	% de USB que implantaram o ASSIST por ano	Relatório anual	Ministério da Saúde, Ministério da Educação, OMS

Objectivo Específico 4. Fortalecer e reorientar o Sistema de Saúde através da prevenção e controlo das DNT centrado nos cuidados de saúde primários e cobertura universal

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADE	CRONOGRAMA						INDICADOR	MEIO DE VERIFICAÇÃO	RESPONSABILIDADE
		2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Acesso aos cuidados e serviços de saúde a todos os níveis de qualidade e melhorados	4.1. Elaboração e disseminação de guiões, protocolos clínicos de rotina (Asma, HTA, DM), tabelas de risco cardiovascular, protocolos clínicos de emergência e urgência, Normas de rastreio para os factores de risco e principais tipos de cancro (Colo do Útero e Mama)	x	x					% de US que possuem e utilizam as normas, protocolos e/ou guiões, tabelas de risco.	Relatório de estatística hospitalar, inquéritos	Ministério da Saúde (Direção do Hospitais), Delegacias de Saúde Parceiros, Sociedade civil
	4.2. Definição de Kit básico de consulta para CSP e lista de medicamentos essenciais e/ou vitais	x	x					% de US com acesso ao Kit Básico de consultas e medicamentos essenciais e/ou vitais	Relatório anual, inquérito	Ministério da Saúde (Direção do Hospitais), Delegacias de Saúde Parceiros, Sociedade civil
	4.3. Criação de Comité de Tumores	x						# de hospitais que tem comité de tumores a funcionar	Relatório, Termos de Referência, Regulamentos, Actas de encontros	Ministério da Saúde, Direção Clínica dos Hospitais
Incidência de cancro do colo uterino reduzida	4.4. Introdução da Vacina anti-HPV no calendário de vacinação	x	x	x				Cobertura (80%) do grupo alvo vacinado contra HPV (meninas/meninos 9-12 anos)	Inquérito	Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Universidade, GAVI, Parceiros
Mortalidade por cancro do Colo uterino reduzida	4.5. Elaboração e Implementação de Programa de Rastreio para o Cancro do Colo Uterino e da Mama integrado nos Serviços de Saúde Reprodutiva nos CSP	x	x					Programa elaborado % de população alvo rastreada para o cancro do colo uterino (mulheres dos 30-49 anos) % de mulheres rastreadas para o cancro da mama (exame clínico e mamografia)	Estatística sanitária, dados de rotina, relatórios	Ministério da Saúde, Direção dos Hospitais e Centros de Saúde, Potenciais Parceiros.
	4.6. Criação de uma consulta	x	x	x	x	x	x	% de CS com consulta para	Relatório Anual	Ministério da Saúde

	integrada nos CS com equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, educador comunitário)							doente crónico com equipe multidisciplinar		(Direção do Hospitais), Delegacias de Saúde Parceiros
	4.7.Criação de serviços de atendimento pré hospitalar para socorro de vítimas de acidentes de viação	x	x	x				% de Vítimas de ac. de viação atendidos pelo Serviço Pré-Hospitalar (SPH)	Estatística do SPH, Instituto Nacional de Viação (?)	Ministério de Administração Estatal, Ministério do Interior (polícia de trânsito, bombeiros), Cruz Vermelha e Ministério da Saúde, Parceiros
	4.8.Criação e apetrechamento de uma enfermaria de Oncologia no Hospital Central- Praia	x	x	x				Enfermaria criada e equipada	Prova física de enfermaria	Ministério da Saúde, Direcção clínica do Hospital Central -Praia
Ações de formação e capacitação de profissionais de saúde Fortalecidos e Integrados	4.9.Elaboração de Curriculum Vitae para curso de formação de base para Agentes Comunitários Saúde (ACS) virado para promoção da saúde e prevenção.	x						Curricula elaborado	Prova física de CV elaborado	Ministério da Saúde, Instituto de Formação de Trab. de Saúde (?), Universidade PIAGET (?)
	4.10.Elaboração de Curricula para profissionais de saúde que dê competência para prevenção, diagnóstico e gestão multidisciplinar do cancro incluindo habilidades para ensinar a deixar de fumar e uso abusivo de álcool.	x	x					Curricula criado	Prova física do CV	Ministério da Saúde, Instituto de Formação de Trab. de Saúde (?), Universidade PIAGET (?)
	4.11.Capacitar, Formar técnicos de saúde em estatística sanitária	x	x	x	x			# de técnicos capacitados e/ou formados em estatística sanitária	Certificado ou diplomas de curso	Ministério da Saúde, Instituto de Formação de Trab. de Saúde (?),
Equipes multidisciplinares criadas para os CSP	4.12.Capacitar dentro e fora do país, médicos, enfermeiros, técnico de laboratório para as DCV e HTA, DM, Asma, Cancro (colo Uterino, mama, próstata, estômago, figado)	x	x	x	x	x	x	# de técnicos capacitados por categoria	Certificados de participação em congressos e/ou cursos de actualização	Ministério da Saúde, Instituto de Formação de Trab. de Saúde (?), Universidade PIAGET (?), Brasil, Portugal, Moçambique, etc.

Objectivo Específico 5. Promover e apoiar a capacidade nacional para o desenvolvimento de pesquisa de qualidade para prevenção e controlo das DNT.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADE	CRONOGRAMA						INDICADOR	MEIO DE VERIFICAÇÃO	RESPONSABILIDADE
		2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Investigação e pesquisa, Fortalecidos	5.1. Investigação de casos de febre reumática em crianças (casos novos) e adultos (casos antigos) para posterior decisão a incluir ou não nas prioridades do M S	x	x					Incidência e prevalência / 100,000 de casos de Febre Reumática	Relatório	Ministério da Saúde, Universidade PIAGET (?)
	5.2. Elaborar pesquisa operacional na área de DNT para revisão e/ou elaboração de políticas e programas para as DNT				x	x	x	# de pesquisa elaborados	Relatórios	Ministério da Saúde Mídea, Ministério de Educação Ministério dos transportes Ministério da Agricultura e Comércio Parceiros Universidades
	5.3. Repetir o Estudo Populacional para monitorar a tendência dos Factores de Risco para as DNT (STEPwise Approach)			x				Prevalência de factores de risco comuns as DNT	Relatório, Publicação de artigos em revistas indexadas ou não	Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatística, (INE Universidade PIAGET

Objectivo Específico 6. Monitorar a tendência e os determinantes de saúde para as DNT e avaliar o progresso na prevenção e controlo.

RESULTADO ESPERADO	ACTIVIDADE	CRONOGRAMA						INDICADOR	MEIO DE VERIFICAÇÃO	RESPONSABILIDADE
		2015	2016	2017	2018	2019	2020			
Sistema de informação, M&A Fortalecidos	6.1. Validação e Expansão o Sistema de Informação Sanitária (SIS) atualmente implantado em Santo Antão e São Vicente para as restantes Ilhas de forma gradual	x	x	x	x	x		Cobertura (100%) até 2020 de todas as US que oferecem CSP com o SIS	Relatórios mensais ou trimestrais gerados pelo SIS	Ministério da Saúde, Parceiros de cooperação SIS
	6.2. Criação do Registo de Cancro de base populacional (CANREG)	x	x					Taxa de incidência de cancro desagregado por sexo e grupo etário/100,000, taxa de mortalidade/100,000 e Taxa de sobrevivência aos 5 anos.	Relatório anual	Ministério da Saúde, Parceiros (IARC e OMS, CDC), Universidade PIAGET (?)
	6.3. Criação de um sistema de vigilância epidemiológica do trauma para os Bancos de Socorro dos Hospitais	x	x	x				% de casos de trauma por mecanismo de lesão desagregados por sexo, grupo etário e local de ocorrência	Relatório mensal, Estatística hospitalar	Ministério da Saúde, Ministério da Administração Estatal
	6.4. Avaliação deste plano				x			Avaliação efectuada	Relatório	Ministério da saúde, Serviço de DNT

Nota: Para que as actividades aqui sugeridas sejam implementadas, é necessário que as mesmas sejam planificadas e orçamentadas no plano anual de actividades do MS.