

ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO DA OMS COM OS PAÍSES 2008-2013

CABO VERDE

ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO DA OMS COM OS PAÍSES 2008 – 2013 CABO VERDE

Dados da Biblioteca AFRO para Catalogação na Publicação

Estratégia de cooperação da Organização Mundial da Saúde com, os Países 2008-2013 Cabo Verde

1. Planeamento em Saúde
2. Implementação do Plano de Saúde
3. Prioridades em Saúde
4. Nível de Saúde
5. Cooperação Internacional
6. Organização Mundial da Saúde

ISBN : 978 929 034 0218 (Classificação NLM: WA 540 HA7)

© Escritório Regional Africano da OMS, 2009

As publicações da Organização Mundial da Saúde beneficiam da protecção prevista pelas disposições do Protocolo nº 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Reservados todos os direitos. Cópias desta publicação podem ser obtidas na Unidade dos Serviços Linguísticos e de Publicações do Escritório Regional Africano da OMS, Caixa Postal 6, Brazzaville, República do Congo (Tel: +47 241 39100; Fax: +47 241 39507; E-mail: afrobooks@afro.who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou traduzir esta publicação, quer seja para venda ou para distribuição não comercial, devem ser enviados para o mesmo endereço.

As designações utilizadas e a apresentação dos dados nesta publicação não implicam, da parte do Secretariado da Organização Mundial da Saúde, qualquer tomada de posição quanto ao estatuto jurídico dos países, territórios, cidades ou zonas, ou das suas autoridades, nem quanto à demarcação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam fronteiras aproximadas, sobre as quais é possível que ainda não exista total acordo.

A menção de determinadas empresas e de certos produtos comerciais não implica que essas empresas e produtos sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde, preferencialmente a outros, de natureza semelhante, que não sejam mencionados. Salvo erro ou omissão, as marcas registadas são indicadas por uma letra maiúscula inicial.

A Organização Mundial da Saúde tomou as devidas precauções para verificar a informação contida nesta publicação. Todavia, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, nem explícita nem implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do referido material cabe exclusivamente ao leitor. Em caso algum, poderá a Organização Mundial da Saúde ser considerada responsável por prejuízos que decorram da sua utilização.

Impresso na Índia

ÍNDICE

SIGLAS E ABREVIATURAS	iv
PREFÁCIO	vii
RESUMO	ix
SECÇÃO 1. INTRODUÇÃO	1
SECÇÃO 2. DESAFIOS A NÍVEL DE SAÚDE E DE DESENVOLVIMENTO DO PAÍS	3
2.1 Contexto político, demográfico e socioeconómico	3
2.2 Tendências da saúde e desafios	4
SECÇÃO 3. AJUDA AO DESENVOLVIMENTO E PARCERIAS	13
3.1 Ajuda pública ao desenvolvimento	13
3.2 Mecanismos de coordenação da ajuda pública ao desenvolvimento	15
3.3 Reforma do Sistema das Nações Unidas	16
SECÇÃO 4. QUADRO DA POLÍTICA ORGANIZACIONAL DA OMS: ORIENTAÇÕES MUNDIAIS E REGIONAIS	17
4.1 Objectivo e missão	17
4.2 Funções essenciais	17
4.3 Agenda sanitária mundial	18
4.4 Áreas prioritárias a nível mundial	18
4.5 Áreas prioritárias a nível regional	18
4.6 Tornar a OMS mais eficaz a nível dos países	19
SECÇÃO 5. COOPERAÇÃO ACTUAL DA OMS	20
5.1 Recursos da Representação da OMS	20
5.2 Lições aprendidas com a implementação da primeira estratégia de cooperação	21
5.3 Apoio do Escritório Regional, da Equipa de Apoio Interpaíses para a África Ocidental e da Sede da OMS	21
SECÇÃO 6. AGENDA ESTRATÉGICA	22
6.1 Eixo estratégico – Melhoria da situação sanitária da população, atendendo às questões dos direitos humanos, equidade e género ...	23
6.2 Eixo estratégico - Reforço das capacidades e seguimento do desempenho do Serviço Nacional de Saúde	24
6.3 Eixo estratégico – Promoção da saúde e parceria estratégica	24
SECÇÃO 7. IMPLEMENTAÇÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA	29
7.1 Nível da Representação da OMS em Cabo Verde	29
7.2 Nível da Sede da OMS, do Escritório Regional Africano e da Equipa EAI	30
SECÇÃO 8. SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO DA OMS COM A REPÚBLICA DE CABO VERDE	31
BIBLIOGRAFIA	32
ANEXO 1	33
ANEXO 2	34

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
APD	Ajuda pública ao desenvolvimento
ASSIST	Teste de rastreio do consumo de álcool, tabaco e estupefacientes
CCS	Estratégia de Cooperação com os Países
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CNDS	Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
CPS	Cuidados de saúde primários
DECRP	Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza
DGF	Direcção Geral de Farmácia
DGRHA	Direcção Geral Recursos Humanos e Administração
DGS	Direcção Geral da Saúde
DNT	Doenças não transmissíveis
DOTS	Terapêutica por observação directa de curta duração
FMTSP	Fundo Mundial para Tuberculose, SIDA e Paludismo
GEPC	Gabinete de Estudos Planeamento e Cooperação
IEC	Informação, Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatísticas
IST	Equipa de Apoio Interpaíses (EAI)
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LNM	Lista Nacional de Medicamentos
MTSP	Plano Estratégico a Médio Prazo
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento de África
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
PFA	Paralisia flácida aguda

PIB	Produto Interno Bruto
PMA	Países Menos Avançados
PNF	Política Nacional Farmacêutica
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNS	Política Nacional de Saúde
PVVIH	Pessoas que vivem com o VIH/SIDA
QDMP	Quadro de Despesas a Médio Prazo
QUIBB	Questionário de Indicadores Básicos de Bem-Estar
RSI	Regulamento Sanitário Internacional
RSSN	Região Sanitária Santiago Norte
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNIS	Sistema Nacional de Informação Sanitária
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STEPS	Abordagem faseada à vigilância das doenças não transmissíveis
TAR	Terapia antirretroviral
TBM	Taxa bruta de mortalidade
TBN	Taxa bruta de natalidade
UNDAF	Plano-Quadro das Nações Unidas de Ajuda ao Desenvolvimento
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VRID	Vigilância e Resposta Integrada às Doenças
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/SIDA

PREFÁCIO

A Estratégia de Cooperação da OMS com os Países (ECP) consubstancia o essencial das reformas adoptadas pela Organização Mundial da Saúde, com vista a reforçar a sua acção no seio dos países, e imprimiu uma orientação qualitativa decisiva nas modalidades de intervenção para a coordenação e advocacia da nossa Instituição na Região Africana. Essa estratégia de cooperação, que se encontra firmemente estabelecida como instrumento de planificação a médio prazo da OMS ao nível dos países, visa uma maior pertinência e maior atenção à definição das prioridades, mais eficácia na consecução dos objectivos e uma maior eficiência na utilização dos recursos afectados à acção da OMS nos países.

A primeira geração dos documentos da estratégia de cooperação com os países foi criada através de um processo participativo que mobilizou os três níveis da Organização, os países e os respectivos parceiros. Para a maioria dos países, o biénio de 2004-2005 constituiu o ponto fulcral na reorientação da acção da OMS, tendo permitido aos países uma melhor planificação das suas intervenções, segundo uma abordagem baseada nos resultados e um processo de gestão aperfeiçoado, que favorece a tomada de consciência das suas reais necessidades por parte dos três níveis da Organização.

Com base nos ensinamentos retirados da implementação da ECP da primeira geração, os documentos da ECP da segunda geração, em conjugação com o 11.º Programa Geral de Trabalho da OMS e o quadro estratégico a médio prazo, contemplam as prioridades de saúde dos países, que se encontram definidas nos planos nacionais de desenvolvimento sanitário e nos planos nacionais de luta contra a pobreza. Os documentos da ECP inserem-se, igualmente, no novo contexto global da saúde e integram os princípios do alinhamento, da harmonização e da eficácia, tal como se encontram formulados na Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda e em recentes iniciativas como a « Harmonização para a Saúde em África » (HHA) e a « Parceria Internacional para a Saúde Plus » (IHP+). Esses documentos reflectem também a política de descentralização instituída, a qual reforça a capacidade de tomada de decisões por parte dos países, com vista a uma melhor qualidade dos programas e das intervenções de saúde pública

Finalmente, os documentos da ECP da segunda geração estão em sintonia com o Quadro de Ajuda ao Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDAF), com vista à consecução dos objectivos de desenvolvimento do milénio.

Saúdo a liderança eficaz e eficiente por parte dos países na condução deste importante exercício de formulação dos documentos da estratégia de cooperação da OMS com os países e peço a todos os funcionários da OMS, em especial aos Representantes e aos Directores de Divisão, que redobrem os seus esforços no sentido de garantirem a efectiva implementação das orientações da estratégia de cooperação com os países, com vista à obtenção de melhores resultados na área da saúde, em benefício das populações africanas.



Dr. Luis G. Sambo
Director Regional da OMS para África

RESUMO

O primeiro Acordo de Cooperação entre a OMS e Cabo Verde foi assinado em 1977. Entretanto, foi em 1988 que a OMS teve no país o primeiro representante residente. A estratégia de cooperação da OMS com Cabo Verde cobre o período de 2008-2013 e constitui uma segunda geração das estratégias, ou seja, uma visão nova que a OMS pretende imprimir à sua cooperação, traduzindo-se num maior enfoque nos países, no alinhamento com as prioridades nacionais e na harmonização das intervenções dos parceiros de desenvolvimento.

Esta estratégia reflecte as orientações globais e regionais da Organização, ou seja, o 11º Programa Geral de Trabalho da OMS 2006-2015, o Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS 2008-2013 e as Orientações Estratégicas para as Actividades da OMS na Região Africana 2005-2009.

Em 2008, Cabo Verde, foi promovido pelas Nações Unidas, deixando assim o grupo dos Países Menos Avançados, a que pertencia desde 1977, graças aos resultados obtidos na sua governação e no seu desenvolvimento económico e social, sendo de ressaltar os ganhos obtidos na área da saúde, reflectidos na evolução positiva dos principais indicadores de saúde.

O país iniciou um processo de reformas no sector da saúde, consubstanciado na Lei de Bases da Saúde, aprovada em 2004, na Política Nacional de Saúde aprovada em 2007 e na elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2011, exercício efectuado com ampla participação dos profissionais da saúde e parceiros sociais.

A primeira Estratégia de Cooperação da OMS com Cabo Verde 2002-2005 constituiu a base para a elaboração dos programas de cooperação 2002/2003, 2004/2005 e 2006/2007, contribuindo para a obtenção dos seguintes resultados:

- Em relação ao desenvolvimento do sistema de saúde, destaca-se a elaboração da Política Nacional de Saúde e do PNDS e diferentes documentos de políticas e estratégias de serviços e programas de saúde, a mobilização de recursos e a formação dos profissionais de saúde;
- Na melhoria global da situação sanitária das populações, enfatiza-se a implementação da Estratégia de Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID), o plano de acção de erradicação da poliomielite, as estratégias da Saúde Integral da Mulher e a Atenção Integrada às Doenças da Infância (em colaboração com o UNICEF e o FNUAP), o II Plano Estratégico de Luta contra a SIDA 2006-2010, o Plano Estratégico Plurianual do PAV 2005-2010, o Plano Estratégico de Luta contra a Tuberculose, o plano de acção para a fase de pré-eliminação do paludismo, a estratégia nacional de promoção da saúde e o plano estratégico da saúde mental;
- Na parceria estratégica, constituem exemplos a elaboração do CCA/UNDAF 2006-2010 e do “One Programme 2008-2010”, o qual integra um sub-programa na área da saúde, liderado pela OMS e que representa uma resposta conjunta às prioridades nacionais. Integra o Comité de pilotagem de seguimento dos ODM e participa nas reuniões do Grupo de Apoio à Transição (GAT) e no seguimento do acordo dos parceiros da ajuda, no quadro da implementação da Estratégia de Crescimento e de Redução da Pobreza.

Cabo Verde fez progressos importantes em relação aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, incluindo a redução da pobreza de 36% em 2001 para 26,6% em 2007. No domínio da saúde, foram notórios os ganhos a nível da redução da mortalidade infantil, da melhoria da saúde materna e no controlo do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo. No entanto, há ainda desafios, como sejam a diminuição da mortalidade perinatal, o controlo da mortalidade materna, a melhoria da cobertura vacinal das crianças e o reforço dos programas de luta contra a tuberculose, o paludismo e o VIH/SIDA.

As doenças não transmissíveis surgem como uma ameaça crescente à melhoria da saúde da população cabo-verdiana. A prevalência dos factores de risco, como a diabetes, a hipertensão arterial, o consumo prejudicial do álcool e a obesidade, entre outros, é elevada para ambos os sexos e afecta também as camadas mais jovens entre os 25 e 44 anos.

Da análise da tendência sanitária e do desenvolvimento, no âmbito da cooperação com a OMS, subsistem os seguintes desafios:

- Garantia de um melhor desempenho da vigilância sanitária, incluindo o seguimento da aplicação do RSI a nível nacional, através de uma maior qualidade e capacitação da estratégia de vigilância e resposta integrada às doenças, incluindo a rede dos laboratórios;
- Reforço das capacidades dos programas prioritários, para a implementação dos planos estratégicos de pré-eliminação do paludismo, de luta contra a tuberculose, de luta contra o VIH/SIDA, do programa da saúde reprodutiva e vacinação, de controlo das doenças crónicas não transmissíveis e da saúde mental;
- Reforço das capacidades em matéria de promoção do uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde;
- Garantia da continuidade da reforma do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente, os eixos estratégicos de SNIS, incluindo o seguimento e avaliação, investigação em saúde, o financiamento sustentável da saúde e o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde;
- Reforço das capacidades na implementação da estratégia nacional da promoção da saúde, incluindo os determinantes sociais, através da adopção de um quadro multisectorial de acção;
- Apoio ao Ministério da Saúde na coordenação e mobilização de parceiros e recursos para a saúde

A ajuda pública ao desenvolvimento em Cabo Verde, em 2007, representava cerca de 15% do PIB, sendo que a ajuda via apoio orçamental implantada por um grupo de doadores já atingiu mais de 20% da APD. A proporção da ajuda externa nas despesas totais de saúde é importante em Cabo Verde (em 2006 foi de cerca de 19%), embora represente cerca de 5% do total da ajuda ao desenvolvimento.

O país aderiu à fase-piloto da reforma das Nações Unidas, com uma importante liderança do governo ao longo do processo. Em 2008, foi assinado o documento do 'ONE Programme 2008-2011'. A OMS constitui a agência líder para o subprograma da saúde.

Existem instrumentos para coordenar a cooperação internacional, liderados pelo governo, nomeadamente, a reunião anual do MNEC com os Embaixadores, reunião do GAT e o comité de pilotagem do 'One Programme'. Um grupo temático sobre a saúde deverá ser criado, integrando autoridades nacionais e parceiros, visando a coordenação e harmonização das intervenções.

Os parceiros estão disponíveis para, na área de saúde, alinharem a sua cooperação com as prioridades nacionais inscritas na PNS e no DECRP, e harmonizarem as suas intervenções sob a liderança do Governo. A OMS continuará a apoiar a acção do Governo, reforçando as capacidades no tocante à coordenação da ajuda, planificação, seguimento e avaliação do PNDS.

A Estratégia de Cooperação da OMS com Cabo Verde para o período 2008-2013 aponta três eixos estratégicos que se desdobram em sete domínios:

1. Melhoria da situação sanitária da população, atendendo às questões dos direitos humanos, equidade e género
2. Reforço das capacidades e desempenho do Serviço Nacional de Saúde
3. Promoção da saúde e parceria estratégica

A sua implementação implicará o envolvimento dos diferentes níveis da OMS, através de uma abordagem baseada em resultados. A agenda estratégica orientará a elaboração dos planos de trabalho bienais e a atribuição dos orçamentos à Representação da OMS no país. O seguimento e a avaliação serão assegurados pela divulgação dos relatórios de seguimento semestral, a meio percurso e de avaliação no final do biénio, elaborados com a implicação dos parceiros e tendo em conta os relatórios do Sistema de Informação Sanitária.

SECÇÃO 1

INTRODUÇÃO

A presente Estratégia da Cooperação da OMS com Cabo Verde cobre o período 2008-2013 e constitui uma segunda geração de estratégia, tendo a primeira abrangido o período de 2002 a 2005. Constitui uma visão nova que a OMS pretende imprimir A sua cooperação, traduzindo-se num maior enfoque nos países, no alinhamento com as prioridades nacionais e na harmonização das intervenções dos parceiros de desenvolvimento.

Este documento representa um quadro estratégico a médio prazo das actividades de cooperação técnica, com base no mandato da Organização, suas vantagens comparativas e ajustadas às necessidades individuais do país, que deve orientar a planificação, a orçamentação e a afectação dos recursos às actividades da OMS, como um todo, integrando os sucessivos orçamentos-programa bienais.

A formulação da presente Estratégia de Cooperação da OMS com Cabo Verde acontece num momento particularmente importante do país, marcado pela sua promoção, deixando assim o grupo dos PMA em Janeiro de 2008, pela adesão do país à Organização Mundial do Comércio e pela sua inclusão na fase- piloto da reforma das Nações Unidas, em curso em oito países.

A sua elaboração, baseou-se na Política Nacional de Saúde (PNS) aprovada em 2007 e na Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza 2008-2011 (<http://www.governo.cv/documents>), onde estão definidas as prioridades nacionais para a saúde. Tomou-se em consideração, entre outras referências, o Plano Estratégico de Luta contra o VIH/SIDA e o Plano de Acção Nacional do Ambiente (PANA II).

A PNS tem por objectivo geral “estabelecer o quadro de referência e as orientações estratégicas que conduzirão à reforma do sector saúde em Cabo Verde no horizonte 2020”. Por seu turno, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2008-2011 constitui o instrumento de programação, execução e seguimento que visa ‘lançar as bases sólidas da reforma da saúde’, através dos seguintes objectivos:

- Promoção de maior equidade nas oportunidades e nas prestações descentralizadas de cuidados de saúde, pelo reforço do conteúdo funcional das instituições de saúde;
- Garantia de crescente qualidade técnica dos cuidados;
- Melhoria do acesso aos serviços, da humanização no atendimento e da satisfação do utente;
- Melhoria do desempenho do serviço nacional e da gestão dos recursos de saúde, com reforço da descentralização para as delegacias de saúde e regiões sanitárias e maior diferenciação do nível central de prestação e de gestão.

Outra referência foi o UNDAF 2006-2010¹, que, no âmbito do programa da saúde, identificou como principais desafios a garantia de acesso aos serviços de saúde por parte das populações vulneráveis e mais necessitadas, o reforço da luta contra as doenças não transmissíveis e o combate ao VIH/SIDA, tuberculose e paludismo.

O processo de elaboração da presente Estratégia da Cooperação da OMS constituiu um momento particular de interacção com os diferentes actores no sector da saúde. Sob a coordenação do Representante da OMS, o grupo multidisciplinar, que integrou todos os profissionais da Representação no país, um representante do Ministério da Saúde e representantes das outras agências das Nações Unidas residentes, fez a análise dos resultados da primeira estratégia de cooperação e a revisão dos desafios.

Um briefing sobre a finalidade da CCS foi feito aos principais parceiros de desenvolvimento do país. A agenda estratégica foi apresentada para a obtenção de consenso numa reunião com os dirigentes e quadros do Ministério da Saúde, presidida pelo Ministro de Estado e da Saúde.

¹ Quadro Comum das Nações Unidas para Ajuda ao Desenvolvimento do País (<http://www.un.cv>).

SECÇÃO 2

DESAFIOS A NÍVEL DE SAÚDE E DE DESENVOLVIMENTO DO PAÍS

2.1 CONTEXTO POLÍTICO, DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÓMICO

Cabo Verde é um país constituído por dez ilhas e treze ilhéus, situado a cerca de 450 km do Senegal. Independente em 1975, o país vem construindo, desde 1991 uma democracia multipartidária, com eleições regulares a nível legislativo, presidencial e autárquico. O contexto político reflecte estabilidade política, boa governação, modernização do Parlamento, direitos humanos, liberdade de imprensa, sendo a participação, a justiça e a dimensão do género alguns factores determinantes da dinâmica de desenvolvimento do país².

Cabo Verde conheceu progressos consideráveis no seu desenvolvimento, tendo sido, em Janeiro de 2008 promovido pelas Nações Unidas, deixando assim o grupo dos Países Menos Avançados, a que pertencia desde 1977. Foi criado um grupo de apoio à transição, presidido pelo Coordenador das NU e do qual a OMS faz parte, que vem acompanhando o governo para fazer face aos novos desafios da actual fase do seu desenvolvimento.

Os indicadores demográficos registaram melhorias no período de 2002 a 2007, como sejam a esperança de vida, que alcançou os 72 para os homens e 76 anos para as mulheres, e o índice sintético de fecundidade, que se encontra em menos de três filhos por mulher em idade fértil.

A população é bastante jovem, com, em 2007, 60% de idades inferiores a 25 anos, e as mulheres a representarem 51,6%. Contudo, a percentagem crescente da população com idade igual ou superior a 60 anos, atingindo perto dos 7%, coloca desafios à saúde para uma resposta às suas necessidades específicas.

² Documento de Crescimento e Redução da Pobreza 2008-2011, Ministério das Finanças e Administração Pública.

Caixa 1. Indicadores demográficos e sociais

	Ano 2002	Ano 2007
População total	450 489	491 419\
Esperança de vida à nascença H/M (anos)	67 /75	72 /76
Taxa de crescimento anual da população	2,4	1,65
Esperança de vida à nascença em boa saúde H/M (OMS 2002)	59/63	...
Índice sintético de fecundidade (filhos/mulher)	4,0	2,89
Crescimento do PNB	6,1%	10%
PIB per capita (USD)	1.420	2.316
Taxa de desemprego	17,3	21,7
Índice de Desenvolvimento Humano (2006)	0,670	0,736
Percentagem de população com menos \$1 (PPP) por dia	36,7	26,6
Percentagem de crianças menores de 5 anos com insuficiência ponderal	7%	8%
Taxa de alfabetização dos 15 aos 24 anos (M/H)		96,6/95,4
Percentagem da população com acesso à água potável	76,1	89,5
Percentagem da população com acesso a esgotos e fossas sépticas	47,8	58%

Fonte: DECRP I 2004 e DECRP II 2008.

A evolução do índice de desenvolvimento humano reflecte o bom desempenho do país, apontando uma progressiva subida no *ranking*. Em 2006 o IDH foi de 0,736 e o país ocupou o 102º lugar a nível mundial (PNUD 2007/2008).

O desempenho macroeconómico desde 2000³ tem sido bom, com um crescimento do PIB relativamente forte, uma inflação controlada (inferior a 2,5%), um aumento do orçamento (22,9% do PIB em 2004 contra 20,5% em 2000) e um serviço da dívida pública em diminuição (10,7% das exportações em 2004 contra 11% em 2000).

Registou-se uma redução da pobreza em cerca de dez pontos percentuais, desde 2002. O país elaborou o II Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza 2008-2011, renovando o compromisso na luta contra esse flagelo (<http://www.governo.cv/documents>). O documento articula-se, para o efeito, em torno de cinco eixos estratégicos: Boa Governação, Capital Humano (incluindo um programa de investimentos em saúde), Competitividade, Infraestruturação e Coesão Social, que constituem as prioridades nacionais⁴.

2.2 TENDÊNCIAS DA SAÚDE E DESAFIOS

A primeira Estratégia de Cooperação da OMS com Cabo Verde 2002-2005 resultou de um processo consensual e participativo, implicando a OMS, as autoridades nacionais e os parceiros do desenvolvimento. Constituiu a base das orientações na elaboração dos programas de cooperação para os biénios 2002-2003, 2004-2005 e ainda 2006-2007 e das contribuições dos diferentes níveis da OMS (HQ, AFRO e WCO).

Os principais constrangimentos e desafios que se colocavam ao sector eram os seguintes: ausência de um documento de política nacional de saúde; desarticulação da parceria a favor da saúde; défice no funcionamento dos serviços de saúde a nível de organização e de gestão dos recursos, assim como inadequação da complementaridade entre os sectores público e

³ (Cf. Article IV IMF, 11 Mai 2005).

⁴ Documento de Crescimento e Redução da Pobreza 2008-2011, Ministério das Finanças e Administração Pública.

privado, e entre os diferentes níveis da prestação dos cuidados; ausência de uma política de desenvolvimento dos recursos humanos; insuficiente capacidade de resposta do sistema nacional de informação sanitária, para responder eficazmente às necessidades do processo de gestão; e fraqueza/inadequação do sistema de financiamento da saúde.

2.2.1 Desenvolvimento do sistema de saúde

Com a cooperação da OMS, o país elaborou o Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde, uma política nacional do Sistema de Informação Sanitária, a Política Farmacêutica Nacional e a Política de Transfusão Sanguínea. Mais recentemente, a OMS apoiou a elaboração da Política Nacional de Saúde (publicada em 2008) e do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2011.

Organização dos serviços de saúde

O sistema de saúde em Cabo Verde registou nos últimos anos avanços importantes, visando a sua reforma. Destaca-se a aprovação, em 2004, da Lei de Bases da Saúde, que redefiniu o Serviço Nacional da Saúde, composto pelo sector público de saúde e o sector privado. Foram atribuídos a ambos responsabilidades no tocante à prestação de cuidados, informação sanitária, vigilância epidemiológica, financiamento, acesso aos medicamentos, entre outros. Contudo, os mecanismos de complementaridade e de parceria entre o sector público e o sector privado da saúde, ainda em fase de afirmação, precisam ser melhor definidos e regulados.

Foi elaborada uma Política Nacional de Saúde (PNS 2020), cuja visão é “garantir a saúde da população cabo-verdiana, construindo num contexto socioeconómico favorável, um serviço nacional de saúde universalmente acessível, eficaz e equânime”.

A descentralização da gestão e da prestação dos cuidados de saúde com a criação, em 2006, da Região Sanitária de Santiago Norte, reuniu as delegacias de saúde contíguas e uma pirâmide de estabelecimentos com um hospital regional no topo.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2011, validado com a implicação dos diferentes intervenientes, constitui o instrumento de planificação, seguimento e avaliação do desenvolvimento sanitário do país, em relação ao qual todos os parceiros devem alinhar os seus programas de cooperação.

Sistema de informação sanitária

Em 2005, foi elaborada uma política de informação sanitária, com a colaboração da OMS, tendo-se destacado os seguintes desafios ao desenvolvimento do SNIS:

- Integração dos subsistemas de informação, incluindo a vigilância epidemiológica, o estado de saúde da população, o desempenho dos serviços e os recursos;
- Implementação de um sistema de seguimento e avaliação, incluindo os ODM
- Recursos humanos qualificados
- Banco de dados unificado do SNIS
- Divulgação e partilha dos dados factuais e conhecimentos.

Um acordo assinado entre a OMS e o Grão-Ducado do Luxemburgo por um período de dois anos, permitiu o recrutamento de um epidemiologista e de um economista da saúde para apoio ao Ministério da Saúde nas reformas a nível do sistema de informação sanitária e no financiamento da saúde.

Financiamento da saúde

As despesas totais em saúde são superiores a 5% do PIB e, em 2006, representavam 129 dólares por habitante. A percentagem do Orçamento Geral do Estado atribuída actualmente para o funcionamento da saúde, à volta de 9%, é insuficiente para cobrir todas as necessidades actuais do Serviço Público de Saúde. O sistema público de Previdência Social (INPS) contribui com cerca de 23% das despesas totais da saúde. A reforma em curso do INPS, criado em 1983, visa a extensão da sua cobertura (em 2007, a cobertura era de 23,8% da população residente) e o reforço da sua sustentabilidade financeira. As famílias contribuem com pagamento directo em cerca de 20% das despesas totais de saúde (sendo cerca de um terço para os medicamentos).

Os principais desafios prendem-se com a elaboração de uma estratégia nacional de financiamento, visando aumentar a capacidade de angariação de recursos para o sector, melhorar a articulação com o sistema de segurança social, bem como a qualidade das despesas.

Desenvolvimento dos recursos humanos

Houve uma melhoria significativa, de 2002 para 2007, no tocante aos rácios médico/habitantes e enfermeiro/habitantes, respectivamente, passando de 3,7 a 4,7/10.000 e de 8,3 a 9,7/10.000. O rácio de farmacêutico/habitantes foi de 0,7/10.000 e na sua maioria encontram-se no sector privado (26 no sector privado e 10 no sector público). Consta-se uma diminuição da dependência da assistência técnica externa. A percentagem de 31% dos médicos existentes em 2002 passou para 16% em 2006, sendo todos eles médicos especialistas.

Todavia há ainda um défice de recursos humanos, tanto no que respeita aos cuidados primários, como à assistência hospitalar, aqui sobretudo de especialistas. Todos os níveis do sistema de saúde apresentam um número insuficiente de profissionais e alguma distorção na relação entre os grupos profissionais.

O Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde 2005-2014, elaborado com o apoio técnico da OMS, enfatizou os seguintes desafios:

- Insuficiência de pessoal qualificado diferenciado, nas áreas de prevenção e tratamento das doenças não transmissíveis, em crescimento;
- Limitada política de formação de base e de especialização dos médicos e técnicos superiores no país e conseqüente dependência do exterior para essa formação;
- Novas exigências de pessoal, decorrentes da reorganização dos níveis de atenção à saúde, com o pleno funcionamento do sistema hospitalar (atenção secundária e terciária) e da atenção primária.

Mais recentemente, assistiu-se a progressos na formação local, com o surgimento de instituições de ensino superior que oferecem cursos nas áreas de laboratório, farmácia, fisioterapia, psicologia clínica, etc. O Ministério da Saúde promoveu igualmente uma formação local de médicos gineco-obstetras e de enfermeiros obstetras.

Medicamentos essenciais: acesso, uso racional, controlo da qualidade

Foi elaborada uma Política Nacional de Medicamentos, com a colaboração da OMS, em 2003⁵, cuja finalidade é “tornar disponível e acessível geográfica e financeiramente

⁵ Resolução nº 16/2003 do Conselho de Ministros – aprova a Política Farmacêutica, BO nº 23, I série, 28 de Julho de 2003.

medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, ao menor custo possível, distribuídos e dispensados por um pessoal qualificado, assegurando o seu uso racional”.

Entretanto foram apontados alguns desafios, dos quais se destacam:

- Inoperacionalidade do controlo de qualidade dos fármacos;
- Insuficiência de recursos para um desempenho cabal das atribuições da DGF;
- Deficiente acesso aos medicamentos;
- Uso pouco racional de medicamentos.

A Direcção Geral de Farmácia constitui o serviço central do Ministério da Saúde, encarregue da regulamentação, orientação, execução, avaliação, inspecção da actividade farmacêutica, bem como da coordenação e apoio técnico à gestão dos equipamentos médicos e hospitalares.

Contudo, com vista à liberalização do sector farmacêutico, o Governo criou a Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares (ARFA)⁶, uma autoridade administrativa independente, que dispõe de um conjunto de poderes de regulação, supervisão e fiscalização das actividades de empresas e operadores públicos e privados no domínio químico-farmacêutico e alimentar. A EMPROFAC, a única empresa pública de importação e distribuição de produtos farmacêuticos e equipamentos hospitalares criada, em 1979, está em vias de ser privatizada.

A produção nacional conta com uma unidade, o Laboratório de Produtos Farmacêuticos INPHARMA (empresa mista), criada em 1991, que produz uma gama importante de fármacos para consumo interno e para exportação, aguardando a acreditação da OMS para alargar a sua exportação, nomeadamente para os países da região.

Serviços informáticos e infraestruturas

O governo tem feito grandes esforços na implementação da Carta Sanitária elaborada em 1996, com o apoio da ajuda pública ao desenvolvimento, melhorando o acesso à saúde (proporção da população a 30 minutos de distância até a uma estrutura sanitária) que em 2007 passou para 85,6% a nível nacional, sendo 91,6% no meio urbano e 77,1% no meio rural.

Na procura dos serviços de saúde, em primeiro lugar vêm os hospitais (46%), seguidos dos centros de saúde (37,7%) e os consultórios privados (13,2%). O nível de satisfação da população é de 84% (QUIBB 2007).

Os principais desafios prendem-se com a actualização da carta sanitária, incluindo o sector privado da saúde, e o reforço da rede informática entre os serviços.

2.1.2 Melhoria global da situação sanitária das populações

Doenças transmissíveis

As infecções respiratórias agudas, assim como as doenças diarreicas agudas têm uma frequência elevada, e a sua importância deriva, sobretudo, da repercussão na morbidade e mortalidade entre as crianças.

⁶ Decreto-Lei nº 42/2004, de 18 de Outubro, B.O. nº 31, I Série, de 18 de Outubro de 2004.

As “afecções respiratórias” surgem, em 2007, em terceiro lugar nas causas de óbito, com uma taxa específica de 47,6 por cem mil e as “doenças infecciosas e parasitárias” vêm em quinto lugar, com uma taxa específica de 35,6 por cem mil, sendo as septicemias, a SIDA, as infecções intestinais e a tuberculose as principais causas.

A última epidemia de poliomielite aconteceu no ano 2000, não se tendo assinalado mais nenhum caso desde então. A última epidemia de sarampo foi assinalada em 1997 (8.584 casos), enquanto que a difteria e a coqueluche desapareceram há muito dos boletins nosológicos. A última epidemia de cólera teve lugar de 1994 a 1996 (13.469 casos e 255 óbitos) e a lepra foi eliminada como problema de saúde pública. Em 2008, ocorreu uma epidemia de rubéola que atingiu todo o país, com mais de 15.000 casos notificados.

Por seu lado, a tuberculose apresenta taxas de incidência com índices relativamente elevados, à volta dos 60 por cem mil habitantes⁷. Os novos casos de SIDA apontam para um declínio depois de 2005; e desde esse ano, em que foi introduzido o tratamento antirretroviral, os óbitos vêm diminuindo. O paludismo é de baixa endemicidade, ocorrendo predominantemente na Ilha de Santiago; produziu, na última década, em média, menos de cem casos por ano, entre autóctones e importados, e as taxas de incidência variaram entre 0,1‰ em 1997 e 3,7‰ no ano 2007⁸.

A OMS apoiou o Ministério da Saúde na implementação da Estratégia de Vigilância e Resposta Integrada às Doenças (VRID), incluindo a criação da rede nacional de laboratórios, embora com um funcionamento ainda deficiente, e na revisão para integração das doenças não transmissíveis. As actividades de erradicação da poliomielite incidiram no seguimento e reforço da vigilância activa das PFA, em colaboração com o Instituto Pasteur de Dakar. No âmbito da eliminação das doenças tropicais negligenciadas, foi realizado um estudo a nível nacional da filaríase linfática, tendo-se assim cumprido o primeiro passo com vista à eliminação.

A vigilância sanitária e a adopção do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005) constituíram uma das áreas prioritárias da cooperação da OMS, sobretudo, no tocante à capacitação das instituições nacionais e à dotação do país em mecanismos adequados para a prevenção de eventos adversos de importância internacional. A OMS coordenou a elaboração do plano de contingência das Nações Unidas para a gripe aviária e apoiou a elaboração do plano de acção do país e a capacitação dos técnicos nacionais e das NU.

No combate ao VIH/SIDA, tuberculose e paludismo, a OMS contribuiu para a elaboração do II Plano Estratégico de Luta contra a SIDA 2006-2010, o Plano Estratégico de Luta contra a Tuberculose, estudos entomológicos e cartografia para a luta antilarvar, o plano de acção para a fase de pré-eliminação do paludismo, visando atingir o objectivo de eliminação até 2020, a política nacional de tratamento antirretroviral e a implementação do plano de acção para extensão das directrizes e dos protocolos, com vista ao acesso universal, o plano de integração VIH/SIDA/TB e a qualidade dos laboratórios.

A OMS colaborou na adesão de Cabo Verde à Iniciativa Fazer Recuar o Paludismo, na mobilização de recursos e parcerias com a Espanha, o “Global Drug Fund” (GDF) para a tuberculose e apoiou o país na elaboração das propostas ao FMTSP, tendo sido aceite na oitava ronda para o VIH/SIDA.

⁷ Programa Nacional de Tuberculose e Lepra. Dezembro 2004.

⁸ Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Relatório de Seguimento 2003. Ver no Quadro I em anexo as cifras relativas aos casos, autóctones e importados, registados por concelho, até 2002.

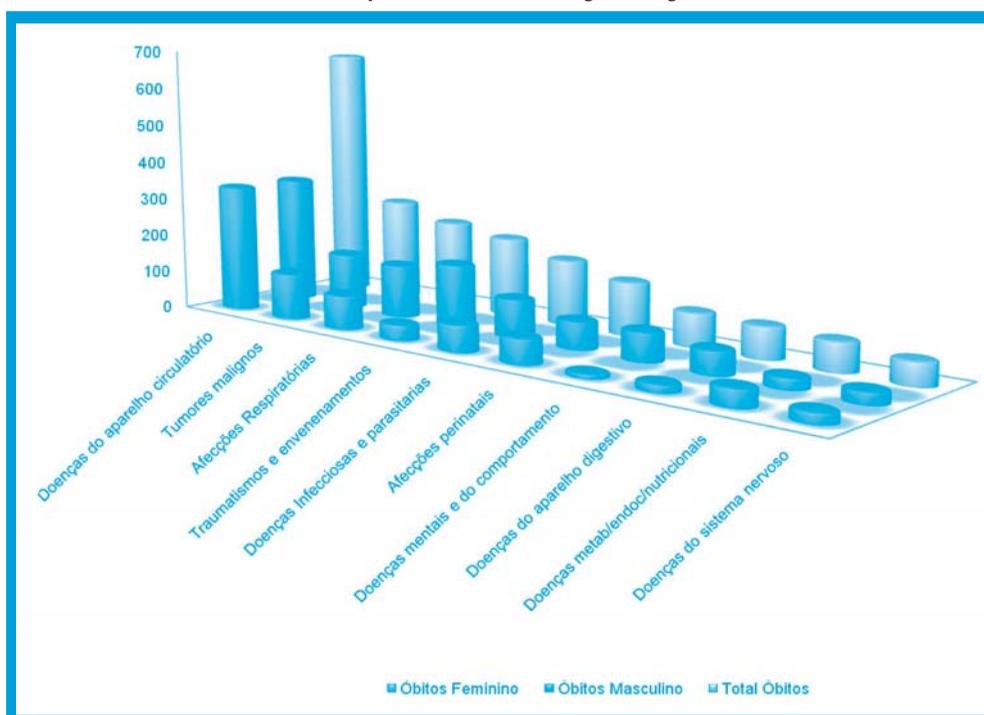
Doenças não transmissíveis

As doenças não transmissíveis tendem a superar, em frequência e gravidade, as doenças infecciocontagiosas, indicando a fase de transição no perfil epidemiológico em Cabo Verde. A hipertensão arterial, as doenças cardiovasculares, a insuficiência renal crónica, a diabetes, entre outras, tendem a aumentar com um peso significativo na procura do Serviço Nacional de Saúde⁹, nomeadamente o internamento e as evacuações sanitárias.

As doenças não transmissíveis constituem as principais causas de morte, representando mais de 40% dos óbitos na população em geral. Nos últimos anos, as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos têm aumentando o seu peso, apresentando, em 2007, uma taxa específica de, respectivamente, 138,7 por cem mil e 55,5 por cem mil.

Os traumatismos e envenenamentos, a quarta causa de morte em 2007, representaram cerca de 8% dos óbitos (taxa específica de 43,1 por cem mil), principalmente, resultantes de acidentes de viação e traumatismos associados à violência, embora não haja estudos conclusivos.

Gráfico 1: Principais causas de óbito segundo o género, 2007



Fonte: Relatório Estatístico 2007 do Ministério da Saúde da República de Cabo Verde - Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação.

Os resultados do primeiro inquérito STEPS sobre os factores de riscos das doenças não transmissíveis, realizado em 2007, com o apoio da OMS, indicaram taxas elevadas de prevalência dos factores de risco, na população com idades entre 25 e 64 anos, em que 24,8% (H 23,1%; M 26,6%) apresentou três ou mais factores de risco combinados. Na faixa etária de 25 a 44 anos, é preocupante que esta taxa atinja 19,6% (ver Quadro II em anexo).

⁹ Indicadores de saúde in "Plano Nacional de Desenvolvimento 2002 – 2005" GEP. Ministério da Saúde.

A percentagem de adultos fumadores foi de 9,9%, o consumo total de álcool 53,2%, o consumo de menos de cinco porções de legumes e frutas 86,1%, o excesso de peso 36,9%, a obesidade 10,5%, a hipertensão arterial 38,7%, a glicemia elevada em jejum 12,7% e o colesterol elevado 3,0%.

O país já elaborou um plano estratégico de luta contra as doenças não transmissíveis. Constituem desafios para a sua implementação, o reforço da capacidade do programa nacional e da resposta a nível dos serviços de saúde, a definição de uma estratégia/quadro multisectorial de prevenção ou redução dos factores de risco das DNT, baseada em intervenções custo-eficazes e o reforço do controlo dos doentes crónicos a nível das estruturas da atenção primária.

No domínio da saúde mental, a elaboração da estratégia nacional constituiu uma prioridade da cooperação com a OMS, e esta foi recentemente validada. Colaborou ainda, na formação de profissionais de saúde, nomeadamente os clínicos gerais e enfermeiros para a prestação dos cuidados aos doentes mentais a nível das estruturas de cuidados primários de saúde e na formação de formadores em ASSIST (triagem do uso do álcool, tabaco e outras substâncias).

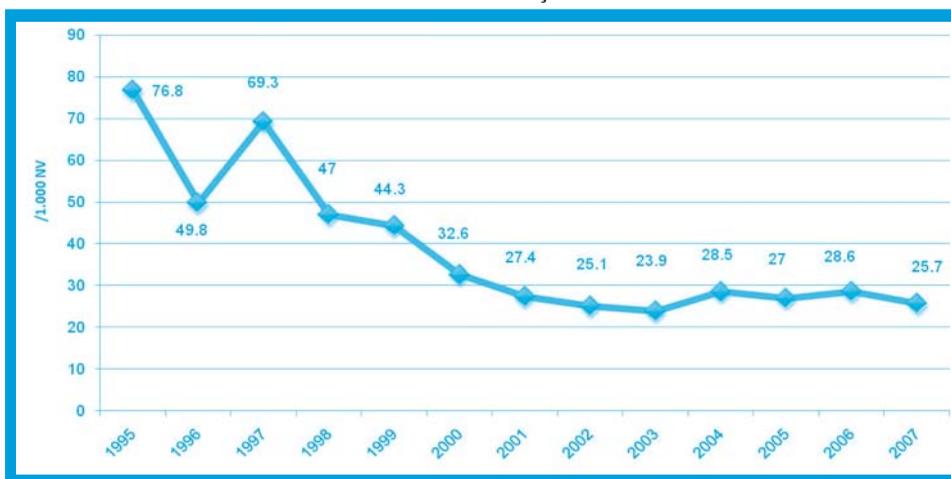
A OMS vem contribuindo para a campanha nacional de luta contra o alcoolismo lançada em 2007. Um apoio mais consistente deverá prosseguir com vista à implementação do plano de acção multisectorial de luta contra o alcoolismo, que constitui um problema grave de saúde pública no país.

No âmbito da implementação das directrizes da Convenção-Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco, ratificada pela Assembleia Nacional, a OMS apoiou a participação das autoridades nacionais nas acções de informação e de sensibilização, nas conferências das partes e na elaboração de um plano de acção.

Saúde Reprodutiva

Apesar da evolução positiva da redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos, constata-se uma certa desaceleração desde o ano 2003. A taxa de mortalidade infantil seguiu tendência idêntica, tendo passado de 57,9 em 1995 para 26,2 em 2000 e 21,7 por mil nados vivos em 2007. A proporção da mortalidade neonatal encontra-se a um nível elevado (representando 60,1% da mortalidade infantil em 2007), exigindo medidas correctivas na atenção pré-natal, no parto e na qualidade dos serviços neonatais. Constata-se que as afecções perinatais ocupam o sexto lugar na mortalidade geral.

Gráfico 2: Taxa de mortalidade de crianças - Cabo Verde 1995 – 2007

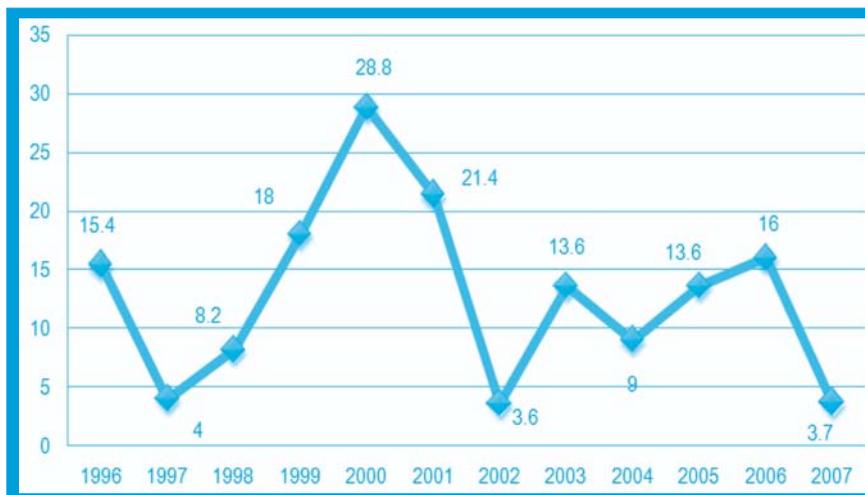


Fonte: Relatório Estatístico 2007 do Ministério da Saúde da República de Cabo Verde - Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação

A percentagem de crianças com menos de 1 ano vacinadas contra o sarampo, de acordo com os dados de rotina, tem sido baixa, não atingindo 80%, com excepção para 1997. No entanto, os inquéritos de avaliação da cobertura vacinal realizados em 2002 e 2005 indicam uma taxa de cobertura vacinal contra o sarampo de, respectivamente, 87,2% e 90,8%, discrepância que importaria esclarecer.

A mortalidade materna, apesar das oscilações devidas, nomeadamente, ao fenómeno estatístico “pequeno número”, continuou na última década a sua tendência decrescente, como ilustra o gráfico 4. A cobertura da assistência ao parto nas estruturas de saúde tem melhorado na última década, atingindo o nível de 74,4% em 2007 (tabela 2).

Gráfico 3: Mortalidade materna por 100 000 nados-vivos



Fonte: Relatório Estatístico 2007 do Ministério da Saúde da República de Cabo Verde - Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação.

Foi reforçada a parceria com o Escritório Comum dos Fundos e Programas das Nações Unidas (UNICEF, FNUAP, PNUD, PAM) nos domínios do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, com destaque para o Programa Alargado de Vacinação e a implementação das estratégias da Saúde Integral da Mulher e a Atenção Integrada às Doenças da Infância.

Promoção da saúde

A OMS tem assinalado a comemoração das datas mundiais relacionadas com a saúde, com a produção e divulgação de materiais de informação e sensibilização, e tem apoiado o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS) na realização de campanhas de educação sanitária no país, tendo contribuído para uma maior consciência das populações sobre a promoção da saúde.

Por outro lado, foi elaborada a Estratégia Nacional de Promoção da Saúde, que visa reforçar as capacidades nacionais nesse domínio e a implementação de um quadro multisectorial e pluridisciplinar de promoção da saúde.

A OMS colaborou, com algumas ONG nacionais, particularmente activas e parceiras do Ministério da Saúde, nomeadamente o *Lions Club* da Praia e a Associação dos Deficientes Visuais (ADEVIC), na elaboração de um projecto de luta contra a cegueira e mobilização de recursos junto do *Lions Club International*, a Associação Nacional dos Deficientes e a Associação de Promoção da Saúde Mental “A Ponte”.

2.1.3 Desenvolvimento de uma parceria estratégica

A nível do SNU a elaboração do CCA/UNDAF 2006-2010 constitui uma oportunidade de planificação conjunta pelas agências participantes, nomeadamente UNICEF, FNUAP, PAM, PNUD e FAO. Entretanto, com a reforma das Nações Unidas, o âmbito da parceria foi alargado pela elaboração de “One Programme 2008-2010”, implicando dezoito agências residentes e não residentes, o qual integra um sub-programa na área da saúde, liderado pela OMS e que representa uma resposta conjunta às prioridades nacionais.

A OMS coordenou o grupo técnico e participou activamente no apoio ao funcionamento do Grupo Temático ONUSIDA e o CCM para o FMTSP. É membro do Comité de pilotagem de seguimento dos ODM e participa nas reuniões de seguimento do acordo dos parceiros da ajuda no quadro da implementação da Estratégia de Crescimento e de Redução da Pobreza.

Da revisão da situação sanitária, ressaltam os principais desafios para a saúde:

Quadro 2: Principais desafios sanitários e de desenvolvimento

- Garantia de um melhor desempenho da vigilância sanitária, incluindo o seguimento do RSI a nível nacional, através de uma maior qualidade e capacitação do sistema integrado de vigilância e resposta, incluindo a rede dos laboratórios;
- Reforço das capacidades dos programas prioritários, para a implementação dos planos estratégicos de pré-eliminação do paludismo, de luta contra a tuberculose, de luta contra o VIH/SIDA, do programa de saúde reprodutiva e vacinação, de controlo das doenças crónicas não transmissíveis e da saúde mental;
- Reforço das capacidades em matéria de promoção do uso racional de medicamentos e outras tecnologias de saúde;
- Garantia da continuidade da reforma do Sistema Nacional de Saúde, nomeadamente, os eixos estratégicos de SNIS, incluindo o seguimento e avaliação, investigação em saúde, o financiamento sustentável da saúde e o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde;
- Reforço das capacidades na implementação da estratégia nacional da promoção da saúde, incluindo os determinantes sociais, através da adopção de um quadro multisectorial de acção;
- Apoio ao Ministério da Saúde na coordenação e mobilização de parceiros e recursos para a saúde.

SECÇÃO 3

AJUDA AO DESENVOLVIMENTO E PARCERIAS

3.1 AJUDA PÚBLICA AO DESENVOLVIMENTO

A ajuda pública ao desenvolvimento em Cabo Verde passou de cerca de 75 milhões, em 2005, para 125 milhões de euros, em 2007, ou seja um aumento superior a 60%, representando à volta de 15% do PIB. A expectativa do Governo é que a APD deva duplicar no período 2008-2010, permitindo ao país atingir uma taxa de crescimento económico de cerca de 10% e alcançar os ODM.

Um grupo de seis parceiros, composto pelo Banco Africano de Desenvolvimento, Áustria, Comissão Europeia, Países Baixos, Espanha e Banco Mundial, assinaram em Dezembro de 2006 um Memorando de Acordo com o Governo para afectar parte ou a totalidade da sua ajuda via apoio orçamental. Isto decorre das boas práticas do Governo e deverá permitir nos próximos anos o aumento da ajuda orçamental, que hoje representa 22% da APD. Outros países, nomeadamente, Portugal já aderiram à ajuda orçamental.

Os principais parceiros financeiros de Cabo Verde em 2006 foram Portugal, Banco Mundial, União Europeia, Luxemburgo, Países Baixos, Estados Unidos (beneficiou Cabo Verde com um donativo do *Millenium Challenge Corporation*) e o Sistema das Nações Unidas.

À luz da Declaração de Paris, o Governo e os doadores vêm desenvolvendo acções para alinharem e harmonizarem as intervenções e aumentar o recurso aos procedimentos e sistemas nacionais. Contudo, serão necessários esforços acrescidos, em particular no que diz respeito à previsão da ajuda e ao seguimento dos resultados.

Quadro 3: Desafios e acções prioritárias - Relatório preliminar de 2008 sobre o seguimento da Declaração de Paris¹⁰

Dimensões	2007	Desafios	Acções Prioritárias
Apropriação	Médio	Melhor ligação do Quadro das Despesas com o Orçamento do Estado a Médio Prazo (QDMP)	A estratégia do desenvolvimento revelou fraquezas na sua implementação, particularmente a nível municipal. Melhorar a ligação entre o OGE e o QDMP. Reforçar as capacidades de implementação
Alinhamento	Médio	A grande maioria dos doadores não utiliza o sistema nacional de "passation des marchés"	Continuar a encorajar a utilização dos sistemas nacionais pelos doadores. Prosseguir a reforma nacional, em particular, o sistema de "passation des marchés" dos sistemas
Harmonização	Médio	A harmonização das intervenções dos doadores é limitada	Reforçar a cooperação entre os doadores
Gestão baseada em resultados	Médio	Prosecução dos progressos em matéria de avaliação	Aumentar a assistência técnica e os programas de reforço das capacidades
Responsabilidade mútua	Médio	Falta de mecanismo formal de avaliação mútua	Estabelecer de forma clara o papel do Grupo de Apoio Orçamental

A proporção da ajuda externa nas despesas totais de saúde é importante em Cabo Verde (em 2006 foi de cerca de 19%). Destina-se, essencialmente, ao financiamento do programa de investimentos, ou seja, as infraestruturas, o reforço das capacidades dos programas de saúde prioritários, nomeadamente, a saúde reprodutiva e a saúde da criança, o desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, a vigilância e o controlo das doenças. Embora represente cerca de 5% do total da ajuda ao desenvolvimento, constitui cerca de 90% do financiamento dos investimentos em saúde.

¹⁰ Enquête 2008 de suivi de la mise en oeuvre de la Déclaration de Paris, vol.2, rapport préliminaire.

Quadro 4: Parceiros e respectivos domínios de intervenção

Parceiros	Domínios de intervenção
Brasil	Formação, Assistência Técnica, Ligações Sul-Sul (VIH/SIDA)
CEDEAO	Infraestruturas (Centros de Saúde)
Cuba	Formação, Assistência Técnica
União Europeia	Infraestruturas (Centros de Saúde da Praia – Saúde Urbana), Ajuda orçamental
Alemanha	Saúde Sexual e Reprodutiva
Japão	Equipamentos (Saúde Materna e Infantil)
Luxemburgo	Infraestruturas, Formação, Assistência Técnica, (Região Sanitária de Santiago Norte e apoio às reformas nos domínios Sistema de Informação Sanitária e financiamento da saúde)
Países Baixos	Saúde e Ambiente, Ajuda orçamental
OPEP	Infraestruturas e equipamentos
Portugal	Assistência Técnica, Evacuação de doentes, Ajuda orçamental
Espanha	Ajuda orçamental, Luta contra as doenças transmissíveis
Suíça	Infraestruturas
Escritório Comum dos Fundos e Programas das Nações Unidas (UNICEF, FNUAP, PAM e PNUD)	Saúde Sexual e Reprodutiva, Vacinação, Formação, Assistência Técnica
Banco Mundial	Programa Multisectorial de Luta contra VIH/SIDA, Ajuda orçamental
Rússia	Assistência Técnica

3.2 MECANISMOS DE COORDENAÇÃO DA AJUDA PÚBLICA AO DESENVOLVIMENTO

Destaca-se a existência de instrumentos de coordenação da cooperação internacional, liderados pelo governo, nomeadamente, a reunião anual do MNEC com os Embaixadores, reunião do GAT, o comité de pilotagem do 'One Programme'.

Os parceiros estão, de uma forma geral, disponíveis para, na área de saúde, alinharem a cooperação com as prioridades nacionais e harmonizarem as suas intervenções sob a liderança do Governo. A OMS continuará a apoiar a acção do Governo, reforçando as capacidades no tocante à coordenação da ajuda, planificação, seguimento e avaliação do PNDS.

Os doadores e os parceiros de desenvolvimento de Cabo Verde reconhecem que saúde é uma prioridade do governo e existe uma vontade expressa de se alinharem com essa prioridade nacional e com os ODM. Constata-se, contudo, uma insuficiência de recursos atribuídos à luta contra o VIH/SIDA, o paludismo, a tuberculose e outras doenças. O desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde constitui, sem dúvida, uma prioridade, mas o reforço do sistema de saúde é o objectivo. Os determinantes sociais e económicos, nomeadamente, o abastecimento e a qualidade da água, o saneamento do meio, a luta contra a pobreza e a educação constituem áreas de concentração de alguns doadores.

3.3 REFORMA DO SISTEMA DAS NAÇÕES UNIDAS

O Sistema das Nações Unidas (SNU) tem desempenhado um papel essencial no desenvolvimento humano sustentável de Cabo Verde, reconhecido pelo Governo, constituindo num interlocutor fiável das autoridades nacionais, de parceiros técnicos e financeiros, bem como por outros parceiros importantes, como a sociedade civil e o sector privado. A contribuição financeira representa cerca de 5% da APD.

Uma das vantagens comparativas do SNU constitui o apoio fornecido aos parceiros nacionais em matéria de planificação e implementação de estratégias nacionais de desenvolvimento em diferentes sectores, formulação de políticas nacionais e identificação de projectos estruturantes do desenvolvimento do país. No plano do diálogo político, destacam-se os avanços significativos na redução da dívida, a promoção dos PMA e a elegibilidade de Cabo Verde para o Quadro Integrado apesar da promoção¹¹.

Cabo Verde constitui um dos países-piloto que aderiu à Reforma das Nações Unidas preconizadas pelo Painel de Alto Nível (PAN), visando a implementação do 'Delivering as ONE' e o aumento da eficiência e da eficácia a nível dos países. Constitui, pela segunda vez, um impulsionador das reformas do sistema, tendo em 2006 acolhido o primeiro Escritório Comum dos Fundos e Programas das Nações Unidas, integrando as quatro agências ExCom (UNICEF, PNUD, FNUAP, PAM).

Com a reforma, as Nações Unidas deverão ter um papel dinâmico de apoio aos esforços nacionais na consecução dos ODM e assegurar que a promoção do grupo dos PMA não tenha impacto negativo, sobretudo nas pessoas vulneráveis, mas que contribua para aumentar as possibilidades de alcançar cada uma das metas.

'ONE Programme' contém os aspectos estratégicos da contribuição do SNU, incluindo as Agências residentes e não residentes, considerando as suas vantagens comparativas, mandatos e missões, em apoio às prioridades nacionais (<http://www.un.cv>). Tem como base os quatro eixos temáticos do UNDAF 2006-2010, articulados ao torno das novas prioridades emergentes, anunciadas pelo Governo, considerando os desafios relacionados com a promoção do grupo dos PMA e a consecução dos ODM em 2015, nomeadamente :

- Governança: As instituições nacionais salvaguardam a aplicação das políticas baseadas na abordagem dos direitos humanos e a equidade, com vista a garantir uma boa governação e o sucesso da graduação do grupo dos PMA.
- Crescimento e luta contra a pobreza : Os pobres e as comunidades mais vulneráveis estão incluídas e integradas no processo de desenvolvimento socioeconómico do país.
- Ambiente: As populações e as instituições nacionais estão integradas na gestão sustentável do ambiente e salvaguardam a aplicação dos princípios de sustentabilidade e da qualidade dos recursos.
- Capital humano e protecção social: As instituições nacionais, municipais e a sociedade civil salvaguardam os direitos de inclusão socioeconómica das populações, no contexto da transição demográfica em curso, e um sistema de protecção social eficaz e sustentável.

¹¹ Documento "ONE Programme".

SECÇÃO 4

QUADRO DA POLÍTICA ORGANIZACIONAL DA OMS: ORIENTAÇÕES MUNDIAIS E REGIONAIS

A OMS tem procedido a mudanças significativas na forma de operar, com o objectivo último de melhorar o desempenho na assistência aos Estados-Membros, para responderem aos desafios sanitários e de desenvolvimento e na consecução dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio relacionados com a saúde. Este processo de mudança da Organização tem, como quadro geral de referência, a Estratégia da OMS¹².

4.1 OBJECTIVO E MISSÃO

A missão da OMS continua a ser “ a obtenção, por todos os povos da Região Africana, do mais alto nível de saúde possível” (Artigo I da Constituição da OMS). A Estratégia Organizacional da OMS, o 11.º Programa Mundial da Acção Sanitária 2006-2015¹³ e as Orientações Estratégicas para as Actividades da OMS na Região Africana 2005-2009¹⁴ sublinham os aspectos principais, através dos quais a OMS tenciona contribuir da melhor forma possível para a saúde das populações. A Organização visa, com o reforço da sua liderança política e técnica em matéria de saúde, assim como com a sua capacidade gestonária, responder às necessidades dos Estados-Membros, incluindo os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM).

4.2 FUNÇÕES ESSENCIAIS

O trabalho da OMS orienta-se pelas suas funções essenciais, as quais se baseiam nas suas vantagens comparativas¹⁵ que são:

1. **Liderança** nos domínios essenciais da saúde e estabelecimento de parcerias logo que uma acção conjunta seja necessária;
2. Formulação de uma agenda de investigação e estímulo à produção, difusão e aplicação dos conhecimentos dignos de interesse;
3. Fixação de **normas e os padrões**, promovendo e monitorizando a sua implementação;
4. Articulação das opções **políticas**, conforme a ética e com base em evidências;
5. Fornecimento de **apoio técnico**, para catalisar mudanças e desenvolver capacidades institucionais duradouras/sustentáveis;
6. **Vigilância** da situação sanitária e avaliação das tendências em saúde.

¹² WHO EB 105/3 A corporate strategy for the WHO Secretariat.

¹³ 11th General Programme of Work 2006-2015. A Global Health Agenda.

¹⁴ Strategic Orientations for WHO Action in the African Region 2005-2009.

¹⁵ 11th General Programme of Work 2006-2015. A Global Health Agenda.

4.3 AGENDA SANITÁRIA MUNDIAL

Com vista a fazer face às lacunas a nível da política de saúde em termos de justiça social, responsabilização, implementação e conhecimentos, a agenda sanitária mundial identificou sete áreas prioritárias:

1. Investir em saúde para reduzir a pobreza;
2. Reforçar a segurança sanitária individual e mundial;
3. Promover a cobertura universal, igualdade de géneros e direitos humanos ligados à saúde;
4. Influenciar os determinantes sociais, económicos e comportamentais da saúde;
5. Reforçar os sistemas de saúde e melhorar a equidade do acesso;
6. Explorar o conhecimento, a ciência e a tecnologia;
7. Reforçar a governação, a liderança e a responsabilidade.

Adicionalmente, a Directora-Geral da OMS propôs uma agenda de seis pontos, como sejam: 1. Desenvolvimento Sanitário; 2. Segurança Sanitária; 3. Sistemas de Saúde; 4. Evidências para Estratégias; 5. Parcerias; e 6. Melhorar o desempenho da OMS. Em complemento, sublinhou que o sucesso da Organização será medido em termos de resultados na saúde das mulheres e da população Africana.

4.4 ÁREAS PRIORITÁRIAS A NÍVEL MUNDIAL

As áreas prioritárias a nível mundial foram realçadas no 11.º Programa Geral de Trabalho¹⁶. Elas incluem:

1. Fornecer apoio aos países para a extensão da cobertura universal das intervenções eficazes de saúde pública;
2. Reforçar a segurança sanitária a nível mundial;
3. Conceber acções sustentáveis dos sectores concernentes, para influenciar os determinantes comportamentais, sociais, económicos e ambientais da saúde;
4. Desenvolver as capacidades institucionais de aplicação das funções essenciais de saúde pública através do reforço da governação dos ministérios da saúde; e
5. Reforçar a liderança da OMS aos níveis mundial e regional e apoiar a acção de governação nos países.

4.5 ÁREAS PRIORITÁRIAS A NÍVEL REGIONAL

As prioridades regionais têm em consideração os documentos a nível mundial e as resoluções dos órgãos de direcção da OMS, os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio ligados à saúde, e a estratégia de saúde do NEPAD, as resoluções sobre a saúde adoptadas pelos chefes de estado da União Africana e os objectivos estratégicos que estão sublinhados no Plano Estratégico a Médio Prazo 2008-2013. Incluem a prevenção e o controlo das doenças transmissíveis e não transmissíveis, a sobrevivência das crianças e a saúde materna, situações de emergência e acção humanitária, a promoção da saúde, políticas de saúde e desenvolvimento, e outros determinantes da saúde. Outros objectivos referem-se à saúde e ao ambiente, segurança alimentar e nutrição, sistemas de saúde (política, prestação de serviços, financiamento, tecnologias e laboratórios) governação e parcerias, e gestão e infraestruturas.

¹⁶ 11th General Programme of Work 2006-2015. A Global Health Agenda.

A acrescentar às prioridades mencionadas acima, a Região compromete-se a ajudar os países a atingirem os ODM relacionados com a saúde e a prestar a assistência necessária para enfrentarem o desafio dos recursos humanos. Em colaboração com outras agências, o problema de apoiar os países na mobilização de fontes de financiamento para os ODM será feito sob a liderança dos próprios países. Para enfrentar esses objectivos adicionais, uma das prioridades regionais importantes é a descentralização e a instalação das Equipas de Apoio Interpaíses para apoiar os processos de descentralização nos próprios países, para que as comunidades beneficiem ao máximo da assistência técnica disponível.

Para se responder, de maneira eficaz, às prioridades, a Região guia-se pelas seguintes orientações estratégicas¹⁷:

1. Reforçar os escritórios das Representações da OMS nos países;
2. Melhorar e expandir as parcerias para a saúde;
3. Apoiar a planificação e a gestão dos sistemas distritais de saúde;
4. Promover a extensão das intervenções essenciais de saúde relacionadas com os problemas de saúde prioritários; e
5. Reforçar o conhecimento e resposta aos determinantes chave da saúde.

4.6 TORNAR A OMS MAIS EFICAZ A NÍVEL DOS PAÍSES

O resultado da Estratégia de Cooperação da OMS irá variar de país para país, dependendo da especificidade do contexto e desafios sanitários. No entanto, à luz do mandato da OMS e das suas vantagens comparativas, as seis funções essenciais da Organização, sublinhadas na secção 4.2, devem ser ajustadas, de modo a se adaptarem às necessidades individuais de cada país.

¹⁷ Plano Estratégico a Médio Prazo 2008-2013, parágrafo 28

SECÇÃO 5

COOPERAÇÃO ACTUAL DA OMS

O primeiro Acordo de Cooperação entre a OMS e Cabo Verde foi assinado em 1977. Entretanto, foi em 1988 que a OMS teve no país o primeiro representante residente. A essência desta cooperação da OMS tem sido fornecer assistência técnica e promover parcerias para o desenvolvimento sanitário e para a melhoria dos níveis de saúde da população em geral.

A cooperação da OMS com Cabo Verde advém de uma boa colaboração entre a Representação da OMS e o Ministério da Saúde. A OMS tem-se esforçado por responder às prioridades nacionais, reforçando o seu papel de parceiro na assistência técnica em matéria da saúde, baseando-se no seguimento da vigilância sanitária e suas tendências. Igualmente, a OMS tem estabelecido novas parcerias e reforçou a colaboração com as agências irmãs e, de uma maneira geral, com o SNU, no quadro da reforma das NU.

5.1 RECURSOS DA REPRESENTAÇÃO DA OMS

A equipa da Representação da OMS evoluiu comparativamente à situação em 2005. É, actualmente, constituída por:

- Representante da OMS
- Profissionais nacionais (DPC, MPN, HIP) – 3
- Profissionais internacionais (EPI/SIS, HEC, postos de duração limitada) – 2
- Assistente Administrativo – 1
- Secretária – 1
- Condutores – 3 (sendo 1 com duração limitada)
- Pessoais de serviços gerais – 2

Constata-se a necessidade do recrutamento de mais um NPO, para que o escritório possa dar o apoio técnico aos programas prioritários de VIH/SIDA, tuberculose e paludismo. Existe, igualmente, a necessidade de um reforço das competências e capacidades em outros domínios estratégicos, tais como prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, promoção da saúde, medicamentos e tecnologias da saúde e nas áreas administrativas de TIC (competências necessárias para o bom funcionamento do GSM) e compras, através de um apoio técnico acrescido do Escritório Regional, da Equipa IST e da Sede.

A contribuição da OMS para o financiamento (contribuições fixas e voluntárias) das actividades de cooperação no país, por componente da Primeira Estratégia de Cooperação, atingiu quase os 7,5 milhões de dólares nos biénios 2002/2003, 2004/2005 e 2006/2007. Embora haja uma pequena vantagem para os programas de saúde, tem havido um equilíbrio na distribuição dos recursos pelas três componentes. A evolução na atribuição dos recursos deveu-se, sobretudo, a uma maior mobilização dos recursos voluntários, principalmente para os serviços de saúde e programas.

Quadro 5: Recursos afectados à Representação da OMS, em dólares, de 2002 a 2007

Componentes	2002-2003	2004-2005	2006-2007	Total
1. Programas de saúde	448 599	991 191	1 161 125	2 600 915
2. Serviços de saúde	628 000	669 664	1 236 456	2 534 120
3. Presença da OMS	642 500	813 000	852 000	2 307 500
Total	1 719 099	2 473 855	3 249 581	7 442 535

Fonte: Orçamentos-programas (RB) e fundos voluntários (ACE).

5.2 LIÇÕES APRENDIDAS COM A IMPLEMENTAÇÃO DA PRIMEIRA ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO

A análise SWOT, feita pela equipa multidisciplinar criada para apoiar a elaboração da estratégia de cooperação, apontou como forças que a Estratégia de Cooperação constituiu um instrumento orientador para a elaboração dos sucessivos planos de acção da OMS. Uma referência ao diálogo com o Governo e os parceiros foi o alinhamento com os documentos nacionais em matéria de saúde, harmonizado com o UNDAF. Entretanto, as fraquezas foram, nomeadamente, a insuficiente divulgação da estratégia junto dos parceiros e, em consequência, oportunidades falhadas de cooperação, e mesmo junto do governo, além do fraco seguimento e inexistência de mecanismos de revisão conjunta OMS, Ministério da Saúde e parceiros. Recomenda-se que na avaliação da CCS estejam implicados os diferentes níveis da Organização.

5.3 APOIO DO ESCRITÓRIO REGIONAL, DA EQUIPA INTERPAÍSES PARA A ÁFRICA OCIDENTAL E DA SEDE DA OMS

A Representação da OMS em Cabo Verde recebeu um apoio significativo dos diferentes níveis da Organização, Sede, Escritório Regional e Equipa de Apoio Interpaíses. Apoiaram a participação das autoridades nacionais nas reuniões dos órgãos da direcção da OMS, dos profissionais da saúde, de outras áreas conexas e os profissionais em conferências e reuniões técnicas. Forneceram apoio técnico à elaboração de documentos de política, estratégias e normas, à realização de inquéritos e estudos, à revisão e avaliação de programas, bem como à elaboração das propostas para a mobilização de fundos e o fornecimento de materiais de advocacia, bibliografias e manuais de formação. Na situação de Cabo Verde, em que a equipa da Representação é reduzida e com insuficiências em algumas áreas técnicas e capacidades gestionárias, incluindo as TIC, o apoio dos outros níveis foi essencial e deverá incrementar em determinados domínios.

SECÇÃO 6

AGENDA ESTRATÉGICA

A cooperação da OMS com Cabo Verde para o período 2008-2013 terá em consideração: a revisão dos desafios da saúde e desenvolvimento do país e as prioridades nacionais; as orientações estratégicas mundiais e regionais da Organização, as suas funções essenciais e vantagens comparativas; e, ainda, os compromissos internacionais, tais como, os ODM até 2015, a Declaração de Ouagadougou sobre os CPS, a Declaração de Paris sobre uma ajuda eficaz até 2010 e a Reforma das Nações Unidas, desenvolvendo-se nos seguintes eixos estratégicos:

Quadro 6: Eixos Estratégicos da Cooperação da OMS 2008 – 2013

EIXOS ESTRATÉGICOS	DOMÍNIOS ESTRATÉGICOS
I. Melhoria da situação sanitária da população, atendendo às questões dos direitos humanos, equidade e género	1. Reforço das capacidades de prevenção e controlo das doenças transmissíveis incluindo o combate ao VIH/TB/Paludismo
II. Reforço das capacidades e desempenho do Serviço Nacional de Saúde	2. Reforço das capacidades de vigilância, prevenção e controlo das doenças não transmissíveis
III. Promoção da saúde e a parceria estratégica	3. Organização e gestão do sistema e serviços de saúde
	4. Promoção do uso racional dos medicamentos e tecnologias da saúde
	5. Promoção da saúde e determinantes sociais da saúde
	6. Coordenação/harmonização das intervenções dos parceiros da saúde

A OMS em Cabo Verde reforçará o seu papel de liderança nos domínios essenciais da saúde e estabelecerá parcerias, logo que uma acção conjunta seja necessária; incentivará a investigação e estimulará a produção, difusão e aplicação dos conhecimentos dignos de interesse; apoiará o Ministério da Saúde na adopção de normas e padrões, bem como na monitorização da sua implementação; apoiará a adopção de políticas com base na ética e em evidências; fornecerá o apoio técnico para catalisar mudanças e construir capacidades institucionais duradouras/sustentáveis; reforçará as capacidades de vigilância sanitária e colaborará na avaliação das tendências em saúde.

Os direitos humanos, o género e a equidade constituem eixos transversais da Estratégia de Cooperação da OMS. As abordagens estratégicas da OMS nesses domínios serão reforçar as parcerias, nomeadamente com as outras agências do SNU, fazer advocacia para uma melhor integração nos planos de acção, incluindo nos sistemas de seguimento e avaliação e contribuir para o reforço das capacidades de resposta nacionais.

6.1 EIXO ESTRATÉGICO – MELHORIA DA SITUAÇÃO SANITÁRIA DA POPULAÇÃO, ATENDENDO ÀS QUESTÕES DOS DIREITOS HUMANOS, EQUIDADE E GÊNERO

Domínio estratégico - Reforço das capacidades de prevenção e controlo das doenças transmissíveis, incluindo o combate ao VIH/TB/Paludismo – A cooperação da OMS continuará a sua acção de promoção e de apoio técnico às actividades para a prevenção e o controlo das doenças, através do reforço do sistema de vigilância epidemiológica integrada e das capacidades técnicas dos serviços, e do seguimento das estratégias de eliminação do tétano neonatal e sarampo, da erradicação da poliomelite e da luta contra as doenças prioritárias, em particular o VIH/SIDA, a tuberculose e o paludismo:

- Reforço da Estratégia de Vigilância e Resposta Integrada às Epidemias;
- Apoio ao plano de acção de erradicação da poliomelite;
- Reforço das capacidades para a implementação do Regulamento Sanitário Internacional;
- Extensão e qualidade da implementação da estratégia DOTS e seguimento e avaliação do plano estratégico nacional de luta contra a tuberculose;
- Reforço das capacidades de implementação do plano estratégico nacional de pré-eliminação do paludismo;
- Revisão de políticas e normas de prevenção, diagnóstico, tratamento e apoio às PVVIH e reforço das parcerias e apoio à mobilização e utilização dos recursos para a extensão de serviços de qualidade, visando o alcance do acesso universal em 2010;
- Reforço das capacidades do sistema de vigilância, seguimento e avaliação do VIH/SIDA, tuberculose e paludismo.

Domínio estratégico - Reforço das capacidades de vigilância, prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, incluindo as doenças mentais e traumatismos – A cooperação da OMS visará a prevenção e controlo das doenças não transmissíveis com a adopção de políticas, normas e guias operacionais e estratégias e intervenções custoeficazes, nomeadamente, a nível das estruturas da atenção primária, em particular:

- Reforço das capacidades na gestão e seguimento do programa nacional das doenças não transmissíveis;
- Formação dos profissionais da saúde, com vista à adopção de políticas, normas e guias operacionais e estratégias e intervenções custo/eficazes na prevenção e controlo das DNT;
- Estudos epidemiológicos sobre traumatismos e outras violências e transtornos mentais;
- Integração das doenças não transmissíveis no sistema de vigilância integrada;
- Sensibilização e mobilização social para a prevenção dos factores de risco e mudança de comportamentos.

Domínio estratégico - Saúde da criança, dos adolescentes e da mulher – a cooperação da OMS prosseguirá no sentido de dotar o país de políticas, estratégias e normas de atenção a grupos populacionais particularmente expostos a factores de risco e vulneráveis, nomeadamente, as crianças, os adolescentes, as mulheres e os idosos, e ainda de reforçar as capacidades nacionais de investigação e de seguimento e avaliação dos programas e serviços, em particular:

- Implementação do mecanismo de controlo dos óbitos maternos e neonatais;
- Revisão do sistema de vigilância epidemiológica, seguimento e avaliação do programa e serviços de saúde reprodutiva e reforço das capacidades para sua implementação;
- Capacitação técnica e extensão da cobertura da Atenção Integrada às Doenças da Infância;
- Capacitação técnica e extensão da cobertura da Atenção Integrada à Saúde da Mulher;
- Elaboração e implementação de uma estratégia nacional da saúde dos adolescentes.

6.2 EIXO ESTRATÉGICO - REFORÇO DAS CAPACIDADES E SEGUIMENTO DO DESEMPENHO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Domínio estratégico - Organização e gestão do sistema e serviços de saúde – a cooperação da OMS prosseguirá no reforço das capacidades da administração central e local da saúde, na planificação estratégica da gestão dos programas prioritários e respostas, incluindo as situações de emergência e catástrofes. O Sistema de Informação Sanitária e seu papel no seguimento e avaliação das tendências sanitárias e dos serviços será reforçado, promovendo-se ainda a investigação em saúde, a elaboração de uma estratégia nacional de financiamento da saúde que garanta a sua sustentabilidade e a capacitação dos recursos humanos para a saúde, em particular:

- Melhoria das capacidades de gestão dos recursos humanos para a saúde;
- Melhoria da capacidade de regulação do sector da saúde;
- Apoio ao desenvolvimento do sistema de informação sanitária – planificação, monitorização e avaliação dos serviços;
- Elaboração e implementação de uma estratégia nacional de financiamento da saúde;
- Reforço das capacidades de gestão dos conhecimentos e de investigação em saúde;
- Reforço do SNS, com vista a extensão da cobertura, equidade e qualidade dos serviços, nomeadamente a nível dos cuidados primários de saúde;
- Elaboração de planos e programas de preparação e resposta às emergências

Domínio estratégico - Promoção do uso racional dos medicamentos e tecnologias da saúde – a cooperação da OMS apoiará a regulamentação, a divulgação de boas práticas e o reforço das capacidades dos técnicos, em particular:

- Reforço das capacidades de fármaco-vigilância;
- Continuação da promoção de boas práticas na prescrição e uso de medicamentos;
- Promoção de boas práticas no uso racional das tecnologias da saúde.

6.3 EIXO ESTRATÉGICO – PROMOÇÃO DA SAÚDE E PARCERIA ESTRATÉGICA

Domínio Estratégico – Promoção da saúde – a cooperação da OMS visará ajudar o Ministério da Saúde a implementar a estratégia nacional de promoção da saúde, de vigilância dos principais factores de risco para a saúde e a mudança de comportamentos, num quadro de intervenção multisectorial e pluridisciplinar, bem como a formação e capacitação necessárias para a implementação da referida estratégia, em particular:

- Implementação da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco
- Apoio técnico à implementação da estratégia nacional de promoção da saúde;
- Reforço das capacidades de resposta na luta contra o alcoolismo, drogas e outros estupefacientes; apoio às acções de mudança de comportamento, no que se refere ao sexo sem protecção; promoção de uma alimentação saudável e hábitos de actividade física.

Domínio Estratégico – Determinantes sociais da saúde – a cooperação da OMS visará desenvolver a colaboração intersectorial a nível nacional, abordagens com base na ética e direitos humanos e um trabalho normativo das respostas com base no género. Apoiará o Ministério da Saúde no desenvolvimento de parcerias e alianças com outros sectores públicos, com o sector privado, organizações não governamentais e organismos internacionais e a sociedade civil, com o fim de realizar acções específicas sustentáveis, em particular:

- Colaboração no seguimento da implementação do II DECRP e do plano intersectorial sobre Ambiente e Saúde Pública (PANA II);
- Melhoria de conhecimentos sobre a segurança rodoviária e a integração de matérias de educação sobre esse tema nos currículos e actividades escolares;
- Apoio à ratificação e aplicação da Convenção das Nações Unidas e ao protocolo opcional sobre os direitos das pessoas portadoras de deficiência, no tocante ao acesso à saúde e aos serviços de reabilitação;
- Seguimento da estratégia da OMS para integração da análise das especificidades de cada sexo e de uma abordagem de equidade de género no acesso à saúde.

Domínio Estratégico – Coordenação/harmonização das intervenções dos parceiros da saúde – a cooperação da OMS visará apoiar o Ministério da Saúde na coordenação das intervenções dos doadores e na mobilização de recursos para a implementação do PNDS, através do estabelecimento de mecanismos eficientes de coordenação das parcerias, no seguimento e avaliação dos compromissos internacionais relacionados com a saúde e no reforço da parceria público-privado e com as ONG, em particular:

- Reforço das capacidades institucionais nos domínios de mobilização e coordenação dos parceiros;
- Seguimento e avaliação dos compromissos assumidos pelas autoridades do país, relacionados com a saúde, no quadro das instâncias regionais e mundiais;
- Colaboração na elaboração e seguimento das propostas a submeter aos fundos e alianças mundiais para a saúde.

Alinhamento da agenda estratégica com as prioridades nacionais, com o plano estratégico a médio prazo da OMS e com o UNDAF

A presente Estratégia de Cooperação inscreve-se nas orientações políticas e estratégias da OMS a nível mundial e regional, estando alinhada com as prioridades nacionais inscritas na PNS e no PNDS 2008-2011, mas também em outros documentos estratégicos tais como o II DECRP 2008-2011, o II Plano Estratégico de Luta contra o SIDA 2006-2010, o PANA II 2006-2014; a CCS foi harmonizada com os programas das Nações Unidas, nomeadamente o UNDAF 2006-2010, “One Programme” 2008-2010, e com os princípios da Declaração de Paris, à qual a OMS aderiu, sobre uma ajuda externa mais eficaz em 2010. Nos quadros a seguir mostra-se a ligação das orientações estratégicas específicas da OMS em Cabo Verde com os programas do PNDS e com os objectivos estratégicos do MTSP.

Quadro 7: Alinhamento das Orientações Estratégicas da CCS 2008-2013 com as prioridades do PNDS 2008-2011

Prioridades nacionais		Orientações Estratégicas do CCS			
Programas do PNDS 2008-2011	1. Melhoria da situação sanitária da população, atendendo às questões dos direitos humanos, equidade e género	2. Reforço das capacidades e desempenho do Serviço Nacional de Saúde	3. Promoção da saúde e dos determinantes sociais da saúde	4. Parceria estratégica para a saúde	
1 Programa de Prestação de Cuidados de Saúde	+++	+++	++	++	
2 Programa de Promoção da Saúde	+++	++	+++	++	
3 Programa de Desenvolvimento dos Recursos Humanos	+++	+++	++	++	
4 Programa de Intervenção na Rede de Estruturas Sanitárias	++	++	+	++	
5 Programa de Sustentabilidade Financeira do Sector da Saúde	++	+++	+++	++	
6 Programa de Desenvolvimento do Sector Farmacêutico	++	+++	++		
7 Programa de Reforço do Sistema de Informação Sanitária e da Investigação em Saúde	+++	+++	++	++	
8 Programa de Desenvolvimento do Quadro Institucional	++	+++	++	+	

Quadro 8 : Plano Estratégico a Médio Prazo da OMS 2008-2013 e o CCS da OMS e Cabo Verde 2008-2013

MTSP 2008-2013		Orientações estratégicas do CCS 2008-2013			
OS	Objectivos estratégicos	1. Melhoria da situação sanitária da população, atendendo às questões dos direitos humanos, equidade e género	2. Reforço das capacidades e desempenho do Serviço Nacional de Saúde	3. Promoção da saúde e dos determinantes sociais da saúde	4. Parceria estratégica para a saúde
1	Reduzir a carga sanitária, social e económica das doenças transmissíveis	+++	+++	+++	++
2	Combater o VIH/SIDA, tuberculose e paludismo	+++	+++	+++	+++
3	Prevenir e reduzir a morbilidade, a incapacidade e a morte prematura causadas pelas doenças não transmissíveis, perturbações mentais, violências e outros traumatismos	+++	+++	+++	++
4	Reduzir a morbilidade e mortalidade e melhorar a saúde durante as fases chave do ciclo da vida (gravidez, parto, neonatal e infância, incluindo adolescência), melhorando a saúde sexual e a geriatria para que todos envelheçam activos e de boa saúde	+++	+++	+++	++
5	Reduzir as consequências sobre a saúde das situações de emergência, catástrofes crises e conflitos, e minimizar o seu impacto social e económico	++	+++	++	+++
6	Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir os factores de risco para a saúde associados ao tabaco, álcool, drogas e o uso de substâncias psicoactivas, à alimentação desequilibrada, ao sedentarismo e às relações sexuais de risco	+++	+++	+++	+++
7	Tratar os determinantes sociais e económicos da saúde, através de políticas e programas que aumentem a equidade na saúde e	++	++	+++	+++

	integrem abordagens favoráveis aos pobres, que respeitem as diferenças entre os géneros e se baseiem nos direitos humanos				
8	Promover um ambiente saudável, desenvolver a prevenção primária e políticas públicas em todos os sectores, de modo a atacar as causas subjacentes e as ameaças para a saúde ligadas ao ambiente	++	++	+++	++
9	Melhorar a nutrição, a segurança sanitária dos alimentos e a segurança alimentar em todos os ciclos de vida e apoio à saúde pública e ao desenvolvimento sustentável	+++	++	++	++
10	Melhorar os serviços de saúde através de um incremento na governação, financiamento, recrutamento e gestão dos RH, apoiando-se em dados factuais e em pesquisas viáveis e acessíveis	+++	+++	++	++
11	Alargar o acesso às tecnologias e produtos médicos e melhorar sua qualidade e utilização		++		+++
12	Assegurar a liderança, reforçar a governação e encorajar parcerias e colaboração com os países, o sistema das Nações Unidas e outros parceiros para uma apropriação plena da tarefa incumbida à OMS pelo 11.º Programa Geral de Trabalho	+	++	+	+++
13	Fazer com que a OMS continue a ser uma organização flexível, em constante aprendizagem, que realize o seu mandato de forma mais eficaz e eficiente	+	+	+	+

SECÇÃO 7

IMPLEMENTAÇÃO DA AGENDA ESTRATÉGICA

A agenda estratégica apontou as orientações estratégicas e os domínios prioritários nos quais a Cooperação da OMS com Cabo Verde irá assentar no período 2008-2013. A sua implementação implicará o envolvimento dos diferentes níveis da OMS, através de uma abordagem baseada em resultados. A agenda estratégica orientará a elaboração dos planos de trabalho bienais e a atribuição dos orçamentos à Representação da OMS no país.

7.1 IMPLICAÇÕES PARA A REPRESENTAÇÃO DA OMS EM CABO VERDE

A nível da Representação da OMS no país, as implicações da CCS 2008-2013 prendem-se com: a) maior divulgação e utilização da CCS como instrumento da cooperação da OMS no país; b) reforço das competências e capacidades essenciais da equipa da Representação da OMS; c) condições para um funcionamento mais eficiente da Representação no país; d) reforço das capacidades, visando a implementação da reforma das Nações Unidas e o trabalho com os parceiros de desenvolvimento; e) melhoria da gestão dos conhecimentos e da informação, estreitando, particularmente neste domínio, a colaboração com as Representações nos países de língua oficial portuguesa.

- a) **Maior divulgação e utilização da CCS como instrumento de cooperação da OMS.** Considerando o princípio que orienta a cooperação da OMS com os países, ou seja, “uma estratégia da cooperação da OMS, um plano e um orçamento”, a Representação da OMS assegurará que a CCS seja, de forma acrescida, o instrumento estratégico na identificação do apoio técnico, na elaboração dos planos de trabalho e na atribuição do orçamento ao país, mantendo, contudo, a capacidade de reagir atempadamente a eventuais mudanças nas prioridades nacionais ou das orientações estratégicas da própria OMS; promoverá a divulgação da CCS junto das autoridades nacionais do Governo, poder local e sociedade civil; melhorará a sua divulgação para fomentar o diálogo, mobilizar recursos e harmonizar as intervenções com os parceiros de desenvolvimento no país.
- b) **Reforço das competências e capacidades essenciais da Representação da OMS no país.** A equipa, salvaguardando as devidas proporções, deverá ser reconfigurada, para fazer face aos novos desafios e prioridades da saúde, e reforçada nas suas competências e capacidades, visando um desempenho eficaz das funções essenciais da OMS. O exercício⁸ de “reconfiguração” conduzido em 2005, por orientação do Escritório Regional Africano, apontou as áreas a serem reforçadas, em termos de novos postos e de novas competências para a equipa. Uma das fraquezas apontadas era a reduzida dimensão da equipa e daí se ter recomendado o recrutamento de mais um NPO.

⁸ Rapport sur l'exercice de reconfiguration du Bureau OMS/Cap Vert 2005.

- c) **Condições para um funcionamento mais eficiente do Escritório do país.** A OMS está instalada no edifício das Nações Unidas conjuntamente com o escritório da Coordenação, o Escritório dos Fundos e Programas (UNICEF, FNUAP, PNUD, PAM), e antenas de algumas agências não residentes. Há necessidade de ampliar o espaço físico que o escritório ocupa e melhorar o equipamento, nomeadamente de comunicação, facultando melhores condições e maior eficiência de trabalho.
- d) **Reforço das capacidades, visando a implementação da reforma das Nações Unidas e o trabalho com os parceiros de desenvolvimento.** Tratando-se de uma das funções essenciais da OMS, a Representação deverá ser reforçada com competências nesse domínio, nomeadamente através de um apoio técnico do Escritório Regional e da Sede. A implementação do “One Programme” irá também exigir uma maior capacidade de resposta, não só nas áreas técnicas, mas também na esfera administrativa.
- e) **Melhoria da gestão dos conhecimentos e da informação, estreitando, particularmente neste domínio, a colaboração com as Representações dos países de língua oficial portuguesa.** A Representação da OMS deverá constituir um catalisador de conhecimentos para a melhoria da saúde da população, divulgando as publicações da Organização e dos parceiros, procurando cooperação, nomeadamente a nível dos outros países de expressão portuguesa, para, em colaboração com o *eportuguês*, tornar a informação e os conhecimentos em saúde mais acessíveis. Será também reforçado o acesso às novas tecnologias de aprendizagem para a equipa da OMS e aos profissionais de saúde.

7.2 IMPLICAÇÕES PARA A SEDE DA OMS, O ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO E A EAI

O Escritório Regional e a Equipa de Apoio Interpaíses para a África Ocidental, baseada em Ouagadougou, continuarão a fornecer apoio técnico à Representação da OMS para a implementação da agenda estratégica de cooperação com Cabo Verde. Continuaremos a melhorar a planificação das necessidades de apoio técnico e a integrá-las nos planos de trabalho bienais.

A sede da OMS, de acordo com a sua missão, continuará a fornecer orientações políticas globais, directrizes sobre o desenvolvimento do sistema de saúde, assim como orientações normativas e padrões globais. Para além disso, continuará a lutar pela melhoria da saúde e a mobilizar recursos a nível mundial para o país.

Através das redes de países e com os centros colaboradores da OMS, a Sede, o Escritório Regional e a EAI continuarão a facilitar a colaboração entre os países para transferência de conhecimentos, tecnologia, boas práticas e estratégias eficazes no desenvolvimento sanitário.

Haverá necessidade de um apoio reforçado na mobilização de recursos adicionais, tanto da Sede como da OMS/AFRO, mas também da Representação da OMS, para a implementação da CCS que estabeleceu metas ambiciosas no apoio técnico ao país.

SECÇÃO 8

SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO DA OMS COM A REPÚBLICA DE CABO VERDE

A CCS 2008-2013 será implementada através de três orçamentos-programas e planos de trabalho bienais consecutivos, cuja elaboração será assegurada pela Representação da OMS no país, e que congregará a contribuição dos diferentes níveis da Organização: Sede, Escritório Regional e Equipa de Apoio Interpaíses para a África Ocidental.

Os planos de trabalho bienais dispõem de um quadro de planificação que integra resultados específicos a nível do país (derivados dos resultados regionais e mundiais), produtos, actividades, cronograma, recursos e indicadores, conforme a abordagem de gestão baseada em resultados adoptada pela Organização.

Os mecanismos de seguimento e avaliação serão, sobretudo, os relatórios de seguimento semestral, a meio percurso e de avaliação no final do biénio, elaborados com a implicação dos parceiros nacionais e internacionais. Basear-se-ão, nomeadamente, nos relatórios do Sistema de Informação Sanitária.

Para além disso, serão feitas as revisões dos programas ou a avaliação dos progressos nos domínios de interesse ao desenvolvimento sanitário do país.

A Representação da OMS continuará a colaborar com o país no seguimento dos progressos dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, o UNGASS, a Declaração de Paris sobre a eficácia da Ajuda, entre outros compromissos internacionais.

BIBLIOGRAFIA

1. II Documento de Crescimento e Redução da Pobreza 2008-2011, Ministério das Finanças e Administração Pública, República de Cabo Verde.
2. Política Farmacêutica de Cabo Verde, BO nº 23, I série, 28 de Julho de 2003.
3. Política Nacional de Saúde 2007, Ministério da Saúde, República de Cabo Verde.
4. Relatório Estatístico 2007, Ministério da Saúde, República de Cabo Verde.
5. Relatório de Seguimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2004, República de Cabo Verde.
6. Orientações Estratégicas para as Actividades OMS na Região Africana 2005-2009, Escritório Regional Africano da OMS, Brazzaville.
7. Directrizes para actualização das Estratégias de Cooperação com os Países na Região Africana da OMS, Escritório Regional Africano da OMS, Brazzaville.
8. Medium Term Strategic Plan 2008-2013 2008-2013, OMS, Genebra.
9. 11th General Programme of Work 2006-2015 OMS, Genebra.
10. 'ONE Programme' 2008-2011, República de Cabo Verde e Nações Unidas.
11. Relatório preliminar do inquérito 2008, sobre o seguimento da implementação da Declaração de Paris, vol.2.

ANEXO 1

Quadro 1: Casos de afecções e doenças sob vigilância integrada de 2000 a 2007

Doenças	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cólera	0	0	0	0	0	0	0	0
Diarreia < 5 anos	14.362	12.942	11.547	10.485	11.414	8.741	13.364	12.028
Diarreia 5 anos +	12.844	9.029	8.240	8.771	...	6.849	7.058	9.609
Diarreias com sangue	10.026	1.725	1.399	1.741	1.248	1.329	1.433	2.018
Meningite inespecífica	250	397	118	217	111	194	141	131
Hepatite	253	201	200	167	161	125	145	167
Paludismo Autóctone	128	100	11	48	32	54	62	2
Paludismo Importado	10	15	8	20	13	14	18	16
SIDA	75	85	98	90	123	122	97	80
Tuberculose	217	171	191	209	237	228	213	223
Lepra	8	6	6	4	2	9
Tétano Neonatal	1	0	1	0	0	0	0	0
Sarampo	2	0	0	0	1	0	0	0
Poliomielite (*)	56	0	0	0	0	0	0	0
Paralisias Flácidas Ag. <15 anos	...	13	4	4	3	1	5	3

Fonte: Serviço de Vigilância Epidemiológica, DGS.

(*) 13 casos confirmados por Poliovírus Selvagem (12 Poliovírus 1 e Poliovírus 3)

ANEXO 2

Quadro 2: Prevalência de combinação dos factores de risco, por sexo e faixa etária

faixa etária	Homens			
	n	0 factor de risco	1-2 factores de risco	3-5 factores de risco
25-44	394	14,1	84,8	1,1
45-64	219	8,6	90,3	1

faixa etária	Mulheres			
	n	0 factor de risco	1-2 factores de risco	3-5 factores de risco
25-44	600	10,5	88,4	1
45-64	424	7,9	89,3	2,7

Fonte: Inquérito STEP em Cabo Verde 2007, Ministério da Saúde.