

Direção Nacional da Saúde  
Serviço de Prevenção e Controlo de Doenças  
Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra

## **Plano Estratégico Nacional de luta contra a Tuberculose 2022-2026**

Direção Nacional da Saúde  
Serviço de Prevenção e Controlo de Doenças  
Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra

# **Plano Estratégico Nacional de luta contra a Tuberculose 2022-2026**

## FICHA TÉCNICA

### **Título**

Plano Estratégico Nacional de luta contra a Tuberculose 2022-2026

### **Ministério da Saúde**

Filomena Gonçalves – Ministra da Saúde

### **Direção Nacional de Saúde**

Ângela Gomes – Diretora Nacional da Saúde

### **Coordenação técnica**

Carlos Brito – Coordenador do Serviço de Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis

### **Equipa técnica**

Maria Celina Ferreira – Secretária Executiva do CCS-SIDA

Marta Isabel Freire – Médica do Centro de Saúde da Praia

Ullardina Furtado – Delegada de Saúde da Praia

Carolina Leite Gomes – Conselheira da OMS

Orlanda Sanches- Farmacêutica do DCM

Elisa Veiga- Responsável da Rede Nacional de Laboratório

Maria Cesarina Cruz- Técnica Superior de Laboratório Delegacia Saúde de S. Vicente

Nelson Neide Ribeiro – Assistente de Monitorização e Avaliação

Elisabete Mosso Évora – Diretora do Centro de Saúde de Tira Chapéu

Elisângela Tavares – Delegada de Saude de Santa Catarina

Elisio Humberto Silva – Delegado de Saúde de São Vicente

Admilson Ramos de Oliveira – Técnico de Laboratorio da Delegacia da Praia

Irina Barbosa Monteiro Fortes – Farmacêutica

Zuleica Soares de Moraes Lopes – Gestora de Dados

José Augusto de Pina – Gestor de Dados

Cleidir Andrade – Gestor de Dados

### **Equipa técnica de orçamentação**

João Leal Moura – Responsável Financeiro

Jaques Silveira – Contabilista

### **Consultor Técnico de Sistemas Informação e orçamentação**

José Manuel Marques

INDICE .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
ACRONIMOS E SIGLAS .....	5
PREFACIO .....	6
RESUMO EXECUTIVO .....	7
CAPITULO I.....	10
1. Introdução .....	10
2. Contexto .....	10
2.1. Contexto demográfico e socioeconómico .....	10
2.2. Contexto epidemiológico .....	11
2.2.1. A tuberculose em Cabo Verde .....	11
2.2.2. Doenças e estados agravantes associados à tuberculose.....	12
3. A resposta nacional .....	15
3.1. As estruturas de prestação de cuidados .....	15
3.2 Medicamentos .....	16
3.3 Financiamento .....	18
3.4 Sistema de informação .....	19
3.5 O Programa Nacional de luta contra a Tuberculose.....	19
3.5.1 Financiamento do programa.....	20
3.5.2 Forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da luta contra a Tuberculose.....	21
3.6 Desafios.....	23
CAPITULO II .....	23
CAPITULO III.....	24
1. Visão: População de Cabo Verde vivendo livre da tuberculose.....	24
2. Princípios orientadores .....	25
3. Objetivos principais.....	25
4. Orientações estratégicas e principais intervenções.....	25
5. Pressupostos para o êxito da operacionalização do plano .....	27
6. Metas.....	27
7. Questões transversais particularmente em relação com os direitos humanos e equidade e igualdade de género.....	28
8. Implementação .....	29
8.1. Importância das parcerias .....	30
8.2. Liderança do país.....	30
8.3. Doadores multilaterais e bilaterais e agências de desenvolvimento.....	30
8.4. Sociedade civil e comunidades .....	30
8.5. Outros parceiros.....	30
8.6.O Programa Nacional de luta contra a Tuberculose.....	31
8.6.1. Ações a serem desenvolvidas pelo Programa Nacional de luta contra a Tuberculose .....	31
8.6.2. Revisão a meio termo.....	33
8.6.3. Responsabilidade a nível do país.....	33
8.6.4. Responsabilidade do Programa Nacional de luta contra a Tuberculose .....	33

9.	CUSTOS E FINANCIAMENTO .....	33
10.	MONITORIA E AVALIAÇÃO .....	35
11.	Bibliografia .....	37
12.	Anexo.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## ACRONIMOS E SIGLAS

BK	Bacilo de Koch
CTX	Cotrimoxazol
DCM	Depósito Central de Medicamentos
DM	Diabetes Mellitus
DGPOG	Direção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão
DHIS-2	District Health Information System
DOT	Tratamento diretamente observado
DRM	Depósito Regional de Medicamentos
EMPROFAC	Empresa de Produtos Farmacêuticos
GAF	Gabinete para Assuntos Farmacêuticos
IEC	Informação, educação e comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
INH	Isoniazida
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública
LNME	Lista Nacional de Medicamentos Essenciais
LNR	Laboratório Nacional de Referência
MSSS	Ministério da Saúde e da Segurança Social
NOSI	Núcleo Operacional de Sistemas de Informação
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-Governamental
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PMA	Países Menos Avançados
PENLT	Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose
PIB	Produto Interno Bruto
PLDTS	Programa contra as Doenças de Transmissão Sexual, incluindo VIH/SIDA
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNLTL	Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra
PNS	Política Nacional de Saúde
PVVIH	Pessoas vivendo VIH
RGPH	Recenseamento geral da População e habitação
RNL	Rede Nacional de Laboratórios
RSSN	Região Sanitária de Santiago Norte
RSSA	Região Sanitária de Santo Antão
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
SNS	Sistema Nacional da Saúde
SVIR	Serviço de Vigilância Integrada e Resposta
TARV	Tratamento antirretroviral
TB	Tuberculose
WHO	World Health Organization

## **PREFACIO**

## RESUMO EXECUTIVO

Cabo Verde, país insular localizado em um arquipélago consistindo de dez ilhas vulcânicas com uma área de terra combinada de cerca de 4.033 km<sup>2</sup>, conheceu nos últimos 15 anos um desenvolvimento socioeconómico considerável. Contudo, o país enfrenta desafios de uma economia subdesenvolvida e que sofre com uma carência de alternativa de recursos.

O perfil epidemiológico de Cabo Verde é marcado pela convivência de doenças típicas dos países desenvolvidos e doenças próprias dos países subdesenvolvidos, condição que coloca o país num nível de transição característico designado pela OMS (2001) por "duplo fardo" ou "perfil de desigualdade" de Freese e Fontbonne (2006).

Segundo os relatórios estatísticos do Ministério da Saúde, desde 2015 Cabo Verde tem assistido a uma diminuição constante da incidência de tuberculose. Os 208 casos notificados em 2020 representaram uma taxa de incidência de 35/100.000 habitantes. No entanto, é de salientar que segundo as estimativas da OMS a incidência real da tuberculose em Cabo Verde seria de 65 / 100.000 habitantes o que poderá significar a existência de importante subnotificação.

O diagnóstico, tratamento e seguimento da tuberculose nas populações mais vulneráveis socioeconomicamente que vivem com a tuberculose tem constituído um desafio importante para o sistema dificultando um melhor controlo da incidência, melhor taxa de cura e conseqüente diminuição da mortalidade específica por tuberculose.

O nível estratégico da resposta nacional é representado pelo PNLT que propõe medidas de política e é responsável pela harmonização de procedimentos técnicos, a supervisão e avaliação da implementação das atividades a nível nacional, regional e local garantindo que as intervenções sejam realizadas de forma eficiente e de acordo com as necessidades de cada região.

O nível operacional é assegurado pelas Delegacias de Saúde através duma rede de 33 centros de saúde. Na prossecução dos seus objetivos as Delegacias de Saúde trabalham em estreita ligação com as Camaras Municipais, as Organizações de Base Comunitária e com os Hospitais Regionais e Centrais. O trabalho conjunto com as Camaras Municipais, as Organizações de Base Comunitária e os Hospitais Regionais faz-se essencialmente através das Comissões Municipais de Saúde, órgãos de acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde, com ampla participação multissetorial, presididas pelo Delegado de Saúde, que têm como missão assegurar o exercício do direito de participação dos cidadãos, de forma organizada e sistemática, na definição e execução da política nacional de saúde.

A luta contra a Tuberculose é assumida pelo Governo de Cabo Verde através do orçamento geral do estado (salários, infraestruturas, reagentes e medicamentos). O Programa conta com o apoio financeiro e técnico de parceiros multi e bilaterais nomeadamente a OMS e o Fundo Global.

A rede de serviços de prestação de cuidados de saúde suficientemente desconcentrada oferecendo bom acesso geográfico e com recursos essenciais para o seu funcionamento, incluindo tratamento supervisionado e gratuito constitui um ativo importante da resposta nacional na luta contra a tuberculose.

No entanto, persistem limitações, entre as quais o conhecimento insuficiente da incidência da tuberculose em Cabo Verde, a insuficiente integração de cuidados e de serviços e consequente abordagem pouco satisfatória da TB para grupos vulneráveis incluindo reclusos e situações clínicas agravantes associadas à tuberculose e consequente altos índices de abandono e perdidos de vista no seguimento dos doentes Tb e um sistema de informação institucionalmente fraco, sem suporte eletrónico adequado, não regulamentado, com défice em recursos humanos convenientemente formados e financiamento inadequado.

A base legal e institucional que é oferecida pelas Comissões Nacionais de Saúde na abordagem multissetorial e multidisciplinar do diagnóstico, tratamento e seguimento da tuberculose nas populações mais vulneráveis, assim como a criação do Gabinete de Tecnologia, Comunicação e Informação em Saúde constituem oportunidades que poderão ajudar a ultrapassar os desafios mais importantes da luta contra a tuberculose em Cabo Verde.

O processo de elaboração do presente documento de Plano Estratégico 2022-2026 foi articulado em várias fases, incluindo preparação, análise da situação, formulação de metas, objetivos, intervenções e atividades, desenvolvimento de métricas e atividades de seguimento, avaliação e revisão do Plano Estratégico Nacional, estimativa de custos e consenso, disseminação e mobilização de recursos.

Este processo permitiu definir uma visão (População de Cabo Verde vivendo livre da tuberculose) os princípios orientadores e os objetivos principais dos investimentos a serem feitos ao longo dos próximos cinco anos na resposta à tuberculose em Cabo Verde:

- Reduzir de 75% na mortalidade por tuberculose até 2025
- Reduzir de 50% na incidência de tuberculose em 2025
- Reduzir a zero famílias afetadas pela tuberculose incorrendo em custos catastróficos devido a esta doença

Estes objetivos deverão ser atingidos através de orientações estratégicas claramente definidas nomeadamente:

- Prevenção, deteção e cuidados integrados centrados na pessoa com tuberculose
- Sistemas de apoio e colaboração institucional
- Intensificação da pesquisa e inovação

A implementação efetiva das orientações estratégicas definidas dependerá de uma liderança forte, parcerias com as Organizações de Base Comunitária e planeamento estratégico no âmbito local, respeito pelos direitos humanos (direito à saúde, direito à informação e direito à não discriminação), igualdade, equidade e não à violência baseada no género, financiamento adequado e prestação de contas.

O custo global do Plano Estratégico Nacional de luta contra TB em Cabo Verde para o período 2022-2026, foi estimado em cerca de 7,3 milhões de euros o equivalente a 800 mil contos. De acordo com as prioridades definidas Plano Estratégico Nacional de luta contra TB, a maior proporção do orçamento dos 5,9 milhões de Euros (81.4%) destina servir para financiar as atividades que têm em vista a expansão e melhoria da estratégia DOT, pois esta continua sendo a grande prioridade do país para estancar a doença.

O seguimento e a avaliação do desempenho do Plano Estratégico de Luta contra TB, deverão ser realizadas, de forma conjunta, entre o setor e os seus parceiros externos, incluindo as famílias e a sociedade civil. Um relatório de progresso trimestral sobre a realização dos objetivos estratégicos, bem como da implementação das ações prioritárias que constam na matriz de resultados, deverá ser produzido com apoio de todos os intervenientes do processo do sector público e da sociedade civil em função dos indicadores comprometidos.

A implementação do PNLTB 2022-2026 deverá ser acompanhada por três avaliações, nomeadamente:

- Avaliação anual, com base nos planos de ação anuais;
- Avaliação a meio percurso, em 2024, possibilitando a revisão do Plano para ajustamento das prioridades;
- Avaliação externa e independente, para verificar o grau da sua implementação e a eficácia das estratégias desenvolvidas, com o objetivo principal de nortear a elaboração do próximo plano estratégico

# CAPITULO I

## 1. Introdução

Trata-se do Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose (PENLT) do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e a Lepra (PNLTL), para o horizonte temporal de 2023-2026. Está organizado em três capítulos e anexos:

- Capítulo 1: apresenta a (i) visão geral do documento, (ii) o contexto demográfico, socioeconómico e epidemiológico; (iii) a resposta nacional; (iv) o papel do planeamento estratégico para orientar os esforços de Cabo Verde para ultrapassar os principais desafios e alcançar as metas definidas na estratégia pelo fim da tuberculose em 2035; (v) as boas práticas a serem consideradas e os principais componentes a serem refletidos no plano; e (vi) as questões transversais particularmente em relação com os direitos humanos e equidade e igualdade de género.
- Capítulo 2: descreve o processo de elaboração do Plano Estratégico desde a preparação, até ao consenso, aprovação e divulgação do plano.
- Capítulo 3: define os eixos estratégicos, os objetivos globais e as ações a serem implementadas tendo em vista as metas para 2025 e 2035.
- Anexos: Plano de Seguimento e avaliação, Plano Orçamental e Plano Operacional de Atividades 2023/2014.

## 2. Contexto

### 2.1. Contexto demográfico e socioeconómico

Cabo Verde é um pequeno país arquipelágico, formado por dez ilhas - Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal, Boa Vista, Maio, Santiago, Fogo e Brava, totalizando uma superfície aproximada de 4.033 km<sup>2</sup>. Do ponto de vista administrativo encontra-se dividido em 22 Concelhos (ver Fig. 1)



Fig 1: Divisão administrativa de Cabo Verde

Segundo os dados do INE (RGPH, 2021), a população residente é de 556.857 habitantes maioritariamente concentrados nas ilhas de S. Vicente e Santiago (72%). No que tange à estrutura da população, por sexo, observa-se que o peso da população masculina é de 50,6%. A idade média da população de Cabo Verde é de 29,5 anos (mediana de 23 anos).

Cabo Verde conheceu nos últimos 15 anos um desenvolvimento socioeconómico considerável. Em 2020 apresentava uma mortalidade infantil de 20/1000 nascimentos vivos, uma esperança de vida à nascença de 76,5 anos (73 M; 80 F), uma taxa de alfabetização de 88,5% (93% M; 84% F) e um PIB *per capita* de 321.945 ecv. Este

desenvolvimento foi reconhecido pela Organização das Nações Unidas e em 2008 deixou de fazer parte do grupo dos Países Menos Avançados (PMA), a que pertencia desde 1977, para passar a ser um País de Desenvolvimento Médio.

Os resultados do censo de 2021 (INE) mostraram 14,5% de taxa de desemprego, 31,7% da população vivendo abaixo da linha da pobreza (13,1% - pobreza extrema) e um aumento de número de barracas onde vivem famílias numerosas.

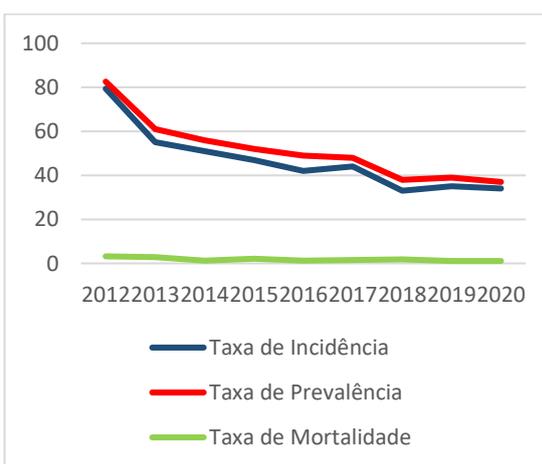
A tuberculose é uma doença que está ligada à pobreza, às pessoas que vivem em condições desfavoráveis, em casas que não tenham condições de habitabilidade, pouco arejadas e com pouca luminosidade, bem como junto das pessoas que vivem confinadas e aglomeradas num mesmo espaço. Em Cabo Verde, a relação entre a incidência da tuberculose com o tipo de habitação, o rendimento e o tamanho do agregado familiar ficou demonstrado no estudo realizado na ilha de Santiago por Moreira dos Santos em abril de 2017 para cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do grau de mestre em saúde tropical pela Universidade Nova de Lisboa/Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa.

## 2.2. Contexto epidemiológico

O perfil epidemiológico de Cabo Verde é marcado pela convivência de doenças típicas dos países desenvolvidos, com as Doenças Crônicas não Transmissíveis a ocuparem um espaço importante no padrão de morbidade e mortalidade, e doenças próprias dos países subdesenvolvidos, com as doenças infecciosas e parasitárias a ter um peso ainda importante, embora com tendência a diminuir. Essa condição coloca o país num nível de transição característico designado pela OMS (2001) por "duplo fardo" ou "perfil de desigualdade" de Freese e Fontbonne (2006).

### 2.2.1. A tuberculose em Cabo Verde

Desde 2015 Cabo Verde assistiu a uma diminuição constante da incidência de tuberculose passando de 45/100.000 hab em 2015 para 35/100.000 hab em 2020, significando uma diminuição de cerca de 23%. Em 2020 foram notificados 208 casos (151 TPBK+) maioritariamente do sexo masculino (68,8%) e 83,4% de idade compreendida entre 15 e 44 anos, verificando-se uma concentração dos casos nas cidades da Praia e Mindelo que representaram 73,5% dos casos notificados (Praia: 46,6% e Mindelo 26,9%).



Evolução da prevalência, incidência e mortalidade da tuberculose em Cabo Verde; Relatório estatístico do Ministério da Saúde - 2020

De salientar que segundo as estimativas da OMS a incidência real da tuberculose em Cabo Verde seria de 65 / 100.000 habitantes o que significa a existência de importante subnotificação. Este fato carece de melhor esclarecimento e foram propostos termos de

referência ao Fundo Global para apoiar o país numa análise epidemiológica aprofundada, que foram aceites para execução ao longo do corrente ano de 2023.

Em 2020 a taxa de cura foi de 43,6% e a taxa de tratamento completo de 46,6%. Alguns doentes (5,1%) apresentaram-se para retratamento, traduzindo falências do tratamento anterior, má adesão ou reinfeção. Por outro lado, os doentes perdidos de vista representaram cerca de 7%.

O seguimento de famílias mais vulneráveis socioeconomicamente que vivem com a tuberculose constitui um desafio importante para o sistema dificultando um melhor controlo da incidência, melhor taxa de cura e conseqüente diminuição da mortalidade específica por tuberculose.

Tem sido detetados 1 a 5 casos de tuberculose com critérios de multirresistência anualmente desde 1915, sendo que em 2020, foram notificados 3 casos de tuberculose multirresistente.

A mortalidade por tuberculose manteve-se sem alterações significativas, mas a níveis sempre inferiores a 1,8%.

## **2.2.2. Doenças e estados agravantes associados à tuberculose**

### **Infeção pelo VIH**

Um dos mais expressivos fatores de risco para o desenvolvimento da TB é a infeção pelo VIH, onde uma doença leva à progressão da outra, possibilitando transformações epidemiológicas em ambas as doenças. Em África, a perspectiva para um indivíduo adquirir TB, sem contágio pelo vírus do VIH, varia de 5 a 15% no decorrer de toda a sua vida, enquanto, em pessoas infetadas pelo VIH e pela M. Tuberculosis, o percentual é de 50% no decorrer da vida (WHO, 2009).

A análise da situação da infeção VIH/Sida em Cabo Verde mostra uma epidemia do tipo concentrado, com registo de prevalência à volta de 0,6% (0,7% nas mulheres e 0,4% nos homens); 2,3% nas pessoas com deficiência, 3,1% nos usuários de drogas, 4,6% entre profissionais do sexo e 6,1% entre os homens que fazem sexo com homens.

As estatísticas do sector Saúde mostram que o número acumulado de casos de VIH notificados, ao longo dos últimos 24 anos teve um crescimento contínuo. Estima-se que ao longo deste período cerca de 7000 pessoas tenham contraído a infeção VIH, destes 35,1 % (n=2465) evoluíram para fase mais avançada da doença e 21,5% faleceram. Apesar de grandes progressos, a incidência do VIH continua a aumentar, especialmente entre mulheres adolescentes e mulheres jovens.

Os casos novos de infeção VIH diagnosticados durante os últimos três anos (2017, 2018 e 2019) em adolescentes e adultos totalizam 1282 casos notificados, sendo 51,7% em mulheres, contra 48,3% nos homens, expressando uma razão homem/mulher (H/M) de 0,95. Todavia, importa destacar que estatisticamente não existe diferença a nível de infeção de VIH entre os homens e mulheres.

As notificações apontam para um diagnóstico de 24 casos de tuberculose por ano, no seio das PVVIH parecendo haver uma tendência para diminuição - 40 casos (12%) em 2010 e 24 casos (7,6%) em 2019. A maior parte dos casos são do sexo masculino (59,1%), contra 40,9% sexo feminino, e com predominância nas idades entre os 25 e os 49 anos.

De acordo com os guias nacionais VIH e Tb, a abordagem do tratamento obedece aos seguintes critérios:

- Início precoce do tratamento antirretroviral, de preferência antes do término da fase intensiva do tratamento da tuberculose.
- Profilaxia com cotrimoxazol durante todo o período de tratamento da tuberculose.
- Profilaxia com isoniazida logo após o término do tratamento da tuberculose.

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

As atividades conjuntas Tb/VIH são realizadas em todas as estruturas de saúde mediante um pacote de cuidados prestados (IEC, prevenção, rastreio, quimioprofilaxia e tratamento). O rastreio da infeção VIH é recomendado para ser aplicado sistematicamente em doentes com Tb e vice-versa.

## **Diabetes Mellitus**

Os diabéticos têm o risco três vezes maior de contrair a tuberculose do que a pessoa não diabética. A ligação entre essas doenças sugere que a diabetes deprime a resposta imunológica, facilitando a infeção do *Mycobacterium tuberculosis* que é o agente biológico causador da TB (ZENI 2013). Por outro lado, pacientes insulíndependentes têm um risco vinte vezes maior de desenvolver resistência a drogas durante o tratamento da TB, aumentando assim o risco de óbito (SEISCENTO, 2012).

A diabetes mellitus é um dos maiores problemas de saúde no país com uma prevalência estimada em 12,5%, constituindo importante causa de incapacidade (primeira causa de amputação não traumática) ou morte prematura.

Em 2019 e 2020 estavam registados para seguimento nas estruturas públicas das diferentes Delegacias de Saúde de Cabo Verde 7225 e 11.288 pacientes com Diabetes Mellitus respetivamente (Relatório estatístico MS – 2020). Não são conhecidos os números de doentes com comorbilidade TB e Diabetes Mellitus. Torna-se imprescindível um melhor conhecimento referente a esta dupla epidemia, pois as mesmas influenciam negativamente a obtenção dos objetivos nacionais de controlo da TB e da DM.

## **Doença Mental**

No mundo a incidência da tuberculose em portadores de transtorno mental é maior que na população em geral e os transtornos mentais não psicóticos são frequentes entre as pessoas com tuberculose.

A doença mental constitui uma prioridade de saúde pública em Cabo Verde. No entanto a informação sobre doenças mentais e comportamentais e a sua relação com a TB são muito escassas no nosso país.

### **Tabagismo**

O tabagismo é um importante fator de risco para a tuberculose. Aqueles que fumam tabaco têm quase duas vezes mais risco de terem TB do que não fumadores. Existem evidências suficientes de que o tabagismo atua como um fator de risco para TB latente e TB doença, assim como no aumento da mortalidade por TB (Bates, 2007).

O tabaco é a segunda substância lícita mais consumida em Cabo Verde. A prevalência nacional do tabaco, entre adultos de 25 a 64 anos de idade, segundo o INDT-2007 era de 9.9%. Outro estudo apontou para uma taxa de prevalência ao longo da vida de 17,4% e uma prevalência atual de 8,1%. Segundo o referido estudo, o início do consumo – cerca de 7% ocorre em crianças com idade entre 6 a 12 anos e 53% em jovens com idades inferior ou igual a 18 anos. (Comissão de Coordenação ao Álcool e outras Drogas, 2019). O consumo de tabaco custou o país uma perda de 1.1% do PIB (1,62 mil milhões escudos, por ano) e causou 104 óbitos evitáveis em 2017 (Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde, 2018; RTI Internacional *et al.*, 2019).

### **Alcoolismo**

O alcoolismo crónico, em razão de estar associado à queda da imunidade, desnutrição, fragilidade social, exposições a situações de risco, entre outros, é considerado importante fator de risco para o desenvolvimento da TB. A TB em alcoólicos apresenta-se de forma mais grave, quando comparados a doentes não alcoólicas.

O abandono do tratamento e o risco de desenvolvimento de efeitos colaterais aos medicamentos antituberculosos pelos alcoólicos são maiores quando comparados aos não-alcoólicos.

O consumo abusivo de álcool é uma das principais causas de morte em Cabo Verde e considerado um problema grave para as famílias, afetando mais de 60 por cento da população do arquipélago. Em Cabo Verde o alcoolismo é uma das dez causas mais frequentes de incapacidade no trabalho.

### **Drogas ilícitas**

As drogas não só são um fator de risco para o prognóstico e aumento da incidência da tuberculose, mais também no índice de abandono do tratamento. O abandono do tratamento da TB é relevante nos pacientes que utilizam drogas, em especial as drogas ilícitas onde o consumo é abusivo, tendo a necessidade de intervir, seja brevemente ou um tratamento mais intensivo (CASSIANO, 2014).

O estilo de vida dos usuários, as condições de moradia, o aglomerado de pessoas em ambientes fechados e isolados para o consumo, a partilha de materiais como o cachimbo e a desnutrição ocasionada pela droga favorecem a progressão para a doença ativa.

### **3. A resposta nacional**

Vários documentos oficiais, nomeadamente a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, a Orgânica do Ministério da Saúde, o Estatuto dos Hospitais Centrais e Regionais e as Normas de Estruturação das Delegacias de Saúde regem a organização administrativa e operacional da prestação dos cuidados de saúde em Cabo Verde.

#### **3.1. As estruturas de prestação de cuidados**

A atenção primária é organizada a nível das Delegacias de Saúde<sup>1</sup> sendo assegurada essencialmente por uma rede de 33 centros de saúde dos quais 13 têm pequenas unidades de internamento de curta duração. Os centros de saúde com unidades de internamento também estão dotados de laboratório onde são possíveis exames laboratoriais básicos de sangue, bacteriologia e também de imagiologia incluindo rx do torax e nalguns casos ecografia.

Os centros de saúde estão localizados nos centros urbanos e constituem a porta de entrada no sistema público de saúde para cerca de 86.9% da população. Todos os centros de saúde têm médicos de clinica geral e recebem visitas programadas de especialidades nomeadamente, pediatria, ginecologia/obstetrícia, cirurgia e medicina interna. Os serviços de laboratório e de imagiologia funcionam com técnicos de nível médio. Serviços de atendimento com psicólogo e assistente social estão também disponíveis.

O atendimento de primeiro contato acontece ainda nos serviços de urgência dos centros de saúde com internamento e dos hospitais (centrais e regionais), nos consultórios e clinicas privadas e nas zonas rurais nos Postos Sanitários (40) e as Unidades Sanitárias de Base (98). Estas duas últimas estruturas de saúde tem um nível técnico limitado a consultas de enfermagem e agente sanitário de base respetivamente e representam a porta de entrada no sistema para 13,1% da população.

Na prossecução dos seus objetivos as Delegacias de Saúde trabalham em estreita ligação com as Camaras Municipais, as Organizações de Base Comunitária e com os Hospitais Regionais e Centrais.

O trabalho conjunto com as Camaras Municipais, as Organizações de Base Comunitária e os Hospitais Regionais faz-se essencialmente através das Comissões Municipais de Saúde.

As Comissões Municipais de Saúde são órgãos de acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde, com ampla participação multissetorial, presididas pelo Delegado de Saúde, que têm como missão assegurar o exercício do direito de participação dos cidadãos, de forma organizada e sistemática, na definição e execução da política nacional de saúde. As referidas comissões integram organizações da sociedade civil e estruturas descentralizadas ou desconcentradas de organismos governamentais e outros sedeados em cada município.

---

<sup>1</sup> Unidade de planificação, definido por território, estruturas de saúde e população; 22 Delegacias de Saúde no país

O nível hospitalar encontra-se representado pelos 4 hospitais regionais e 2 hospitais centrais os quais gozam de autonomia administrativa. Os hospitais regionais são hospitais gerais com serviços de medicina, ginecologia/obstetrícia, cirurgia, laboratório de análises clínicas, serviço de imagiologia incluindo radiologia e ecografia e serviços de transfusão sanguínea. Os hospitais centrais oferecem prestação mais diferenciada nas mais variadas especialidades médico-cirúrgicas.

Trabalham no sistema nacional de saúde 356 médicos, entre os quais 156 na atenção primária (1/3570 hab) e 191 na atenção hospitalar e 928 enfermeiros.

O atendimento privado é constituído por vários consultórios médicos, clínicas, laboratórios de análise clínicas e gabinetes de imagiologia que não tem uma ligação funcional formal com as estruturas públicas de prestação de cuidados, embora na maioria dos casos partilhem os mesmos recursos humanos que trabalham em simultâneo nos setores público e privado.

### **3.2 Medicamentos**

O país adotou a Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (LNME) aprovada a 19 de junho de 2018, com o papel de direcionar e racionalizar a utilização dos medicamentos no setor público, a produção local de medicamentos e melhorar a disponibilidade e o acesso destes medicamentos à população. A seleção dos medicamentos que constam da LNME é feita pela Comissão Nacional de Medicamentos, órgão consultivo do Ministério da Saúde, segundo critérios definidos.

O Gabinete para os Assuntos Farmacêuticos (GAF) é responsável por assegurar o aprovisionamento de medicamentos, dispositivos médicos e outros produtos de saúde às estruturas públicas de saúde. O GAF faz a gestão dos dois Depósitos de Medicamentos existentes, entre eles, o Depósito Central de Medicamentos (DCM) sediado na ilha de Santiago e o Depósito Regional de Medicamentos (DRM) sediado na ilha de São Vicente.

O DCM é responsável pela distribuição de medicamentos às farmácias públicas afetas as estruturas de saúde das ilhas de Santiago, Maio, Fogo, Brava, Boa Vista e DRM. O DRM é responsável pela distribuição de medicamentos às farmácias públicas afetas as estruturas de saúde das ilhas de São Vicente, Santo Antão, São Nicolau e Sal.

O controlo e a gestão de stock é feita recorrendo-se ao uso de fichas de prateleira e folhas de Excel, tendo iniciado em 2019 a implementação do software Primavera, estando de momento a sua implementação na fase piloto, o que permitirá a uma gestão de stock informatizada.

Tendo em conta a insularidade do país, o sistema de controlo de stock em curso é um sistema de ordem forçada com um período de aprovisionamento mensal ou trimestral. O sistema de controlo de stock adotado visa fornecer informações sobre a quantidade a requisitar, assim como, informações sobre quando fazer a requisição, de forma a manter um nível de estoque equilibrado e evitar ruturas ou excesso de stock.

Os depósitos de medicamentos, DCM e DRM, sob a gestão do GAF, regem-se por um conjunto de normas de acordo com as Boas Práticas de Distribuição (BPD) que permitem garantir a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos desde a sua receção, armazenamento até a sua distribuição propriamente dita às farmácias públicas e aos serviços hospitalares farmacêuticos.

As farmácias públicas estão afetas às estruturas de saúde de atenção primária e secundária, cuja missão é assegurar a dispensação do medicamento e o seu uso racional. Estas farmácias são abastecidas pelos Depósitos de Medicamentos que estão sob a gestão do GAF. Os medicamentos por elas dispensados são medicamentos que constam da lista nacional dos medicamentos essenciais (LNME) de 2018 (Decreto-Lei nº33/2018, de 19 de junho).

As farmácias públicas desempenham um papel essencial na dispensa e uso racional dos medicamentos e outros produtos de saúde inseridos nos programas de saúde pública, nomeadamente o programa de luta contra as doenças de transmissão sexual incluindo VIH/SIDA e o programa de controlo da tuberculose e lepra, sendo os únicos estabelecimentos que asseguram a nível ambulatório o acesso destes medicamentos aos utentes em tratamento e seguimento destas patologias.

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

O abastecimento dos medicamentos e produtos de saúde no país está a cargo das seguintes estruturas:

- A EMPROFAC – A importação e a distribuição por grosso de medicamentos são realizadas exclusivamente pela empresa nacional de produtos farmacêuticos (EMPROFAC), sendo a grande maioria das aquisições provenientes da importação e através da indústria farmacêutica nacional (INPHARMA). A EMPROFAC faz a distribuição de medicamentos para as farmácias privadas, GAF, hospitais centrais e regionais
- SODIFARM – nova Empresa de importação e distribuição de medicamentos e produtos de saúde;
- Os Laboratórios INPHARMA, que se dedica à produção nacional de medicamentos - distribuídos pela EMPROFAC - a partir de matéria-prima importada e exportada; o único fabricante local de medicamentos, com licença para venda de medicamentos à Emprofac, GAF, Hospitais Centrais e alguns Hospitais Regionais.
- O GAF abastece os Depósitos Central e Regional de Medicamentos, através de importação ou compra no mercado nacional, que por sua vez fornecem às estruturas de saúde.

No País existem:

- 2 Depósitos de medicamentos (central e regional);
- 33 Farmácias públicas (Centros de Saúde, Delegacias e 1 em Plateau)
- 6 Serviços Farmacêuticos Hospitalares;
- 34 Farmácias privadas;
- 1 Laboratório de controlo de qualidade (Privado).

Existe em Cabo Verde, uma Entidade Reguladora Independente da Saúde (ERIS), que garante a qualidade dos medicamentos e produtos de saúde que entram no território nacional.

Sempre que necessário, os produtos farmacêuticos são enviados a um laboratório de Controle de medicamentos certificado pela OMS ou indicado pela "autoridade de regulamentação" para controle de qualidade.

Existe no país um laboratório de controlo de qualidade (Inlab) da INPHARMA que habitualmente não faz controlo de qualidade dos produtos para a TB, carecendo de estabelecimento de parceria/acordo entre este e o Ministério da Saúde.

### 3.3 Financiamento

Orçamento do Estado para o setor saúde tem aumentado progressivamente nos últimos anos significando 9% em 2015 e 13% em 2023.

O financiamento das prestações de cuidados de saúde assegurado através de diferentes regimes de participação.

Os trabalhadores do Estado e das Empresas públicas ou privadas (aproximadamente 43% da população) participam através dum regime forfetário. Os portadores de declaração de cadastro social, um instrumento específico de registo e caracterização socioeconómica dos agregados familiares e indivíduos socialmente vulneráveis, emitido pelas Camaras Municipais (25% da população) recebem cuidados de saúde incluindo medicamentos gratuitamente nos serviços públicos. (Fig. 2)



Fig 2: Financiamento da prestação de cuidados de saúde em Cabo Verde

Uma parte significativa da população (32%) paga os cuidados de saúde no momento da prestação ou com recurso a sistemas de saúde privados.

De referir que a prestação de cuidados de saúde dos problemas considerados prioritários, nomeadamente, cuidados pré-natais, vacinação, VIH/Sida, tuberculose, diabetes mellitus entre outros, é oferecida nas estruturas públicas gratuitamente.

Este sistema de financiamento descrito diz respeito exclusivamente às estruturas públicas. Os vários consultórios e clínicas privadas funcionam num sistema de financiamento de pagamento no momento da prestação.

### **3.4 Sistema de informação**

Atualmente, a informação é um dos motores da atividade humana e qualquer organização necessita dela para executar a sua missão e cumprir os objetivos a que se propõe. Para isso, na organização devem existir infraestruturas que permitam a recolha, o armazenamento, o processamento e a distribuição da informação de forma adequada.

Centrando as atenções para o setor da saúde, em Cabo Verde, verifica-se que apesar de esforços para implementação de aplicações informáticas (equipamentos, software, formação) que deveriam integrar e agilizar a recolha e o tratamento dos dados assim como a produção dos relatórios, para auxiliar na gestão da informação clínica e administrativa do sector, a sua utilização ainda é ineficiente nos vários níveis de intervenção (Centro de Saúde, Hospital Central e Regional; Delegacias e os serviços centrais do Ministério de Saúde), fazendo com que estes recorram a soluções que funcionam de forma fragmentada, e desenhados de forma que não permite a interoperabilidade, tornando a utilização e partilha de informação pouco funcional e conseqüentemente faz aumentar a existência de dados replicados ou contraditórios, com baixos níveis de fiabilidade e nem sempre apresentado com a oportunidade que se requer para a implementação de monitorização das política públicas, o estado de saúde da população e o desempenho do Sistema Nacional de Saúde.

Para garantir um sistema de informação que se adegue às necessidades do sector foi implementado o Gabinete de Tecnologia, Comunicação e Informação em Saúde.

### **3.5 O Programa Nacional de luta contra a Tuberculose**

O PNLT está integrado no Serviço de Prevenção e Controlo de Doenças da Direção Nacional da Saúde. O Coordenador Nacional propõe medidas de política e é responsável pela harmonização de procedimentos técnicos, a supervisão e avaliação da implementação das atividades a nível nacional, regional e local garantindo que a assistência à saúde da população seja realizada de forma eficiente e de acordo com as necessidades de cada região.

A nível concelhio o Delegado de Saúde é o responsável pela implementação de atividades promocionais, preventivas, curativas e de reabilitação em matéria de luta contra a tuberculose a nível do seu Concelho. Neste sentido organiza o atendimento, tratamento e seguimento dos doentes, a formação do pessoal da saúde, o abastecimento em medicamentos antituberculosos e em reagentes de laboratório, a recolha e a análise dos dados sobre a despistagem os resultados do tratamento e assegura a supervisão e a gestão do programa no concelho.

Os hospitais regionais e centrais, enquanto estruturas de referência, participam também nas atividades de rastreio, tratamento e hospitalização dos casos graves de tuberculose.

Em 2015, Cabo Verde aprovou o Plano Estratégico Nacional de Luta contra a Tuberculose tendo como principais referências a Política Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário – 2012/2016 e a estratégia “End TB” aprovada pela Assembleia da OMS em 2014.

Este Plano orientou o controlo da tuberculose em Cabo Verde no período de 2015 a 2019 baseado em princípios de prestação de contas; forte coligação com organizações e comunidades da sociedade civil; proteção e promoção dos direitos humanos, ética e equidade; e adaptação da estratégia e metas propostas pela OMS a nível de país.

Tendo como ano de referência 2015 propunha-se alcançar em 2020 uma redução em 35% da mortalidade por tuberculose, uma redução em 20% a incidência da tuberculose e anular os efeitos económicos da tuberculose a nível das famílias afetadas. Neste sentido foram levadas a cabo várias intervenções, nomeadamente:

- Facilitação de diagnóstico precoce de tuberculose incluindo teste universal de suscetibilidade a fármacos assim como rastreio sistemático de contactos e grupos de alto risco;
- Tratamento e seguimento de todas as pessoas com tuberculose incluindo TB resistente a medicamentos incluindo medidas de apoio social e económico aos doentes e famílias;
- Tratamento preventivo de pessoas em alto risco e vacinação BCG nos recém-nascidos;
- Colaboração e gestão da coinfeção VIH/Tb;
- Compromisso político expresso na disponibilização de recursos nacionais;
- Engajamento das comunidades, organizações da sociedade civil e de todos os prestadores de cuidados privados;
- Proteção social, redução da pobreza e ações em outros determinantes da tuberculose;
- Regulamentação em matéria de notificação de casos, de qualidade e uso racional de medicamentos e de controlo de infeção.

### **3.5.1 Financiamento do programa**

A luta contra a Tuberculose é assumida pelo Governo de Cabo Verde através do OGE (salários, infraestruturas, reagentes e medicamentos). O Programa conta com o apoio financeiro e técnico de parceiros multi e bilaterais nomeadamente a OMS e o Fundo Global.

### 3.5.2 Forças, fraquezas, oportunidades e ameaças da luta contra a Tuberculose

Forças
<p>Compromisso político forte expresso na existência de legislação que favorece o ambiente de não discriminação e participação financeira do Ministério da Saúde nas atividades de diagnóstico e tratamento da Tuberculose incluindo compra de medicamentos e insumos de laboratório. Ausência de rutura de stock de medicamentos e principais insumos de laboratório.</p>
<p>Existência de um programa nacional de luta contra a TB e um guia com as orientações técnicas.</p>
<p>Disponibilidade manifesta dos diferentes setores, incluindo privados e sociedade civil organizada, para participar em ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e seguimento da tuberculose.</p>
<p>Rede de serviços de prestação de cuidados de saúde suficientemente desconcentrados oferecendo bom acesso geográfico e com recursos essenciais para o seu funcionamento.</p>
<p>Facilidades para o diagnóstico bacteriológico, incluindo tecnologia <i>near</i>-POC (Xpert MTB/RIF Ultra) e imagiológico para diagnóstico da tuberculose em todas as Delegacias de Saúde.</p>
<p>Tratamento supervisionado e gratuito assegurado em todas as unidades de saúde (hospitais, centros de saúde e, se for o caso, nos postos sanitários).</p>
<p>Existência de mecanismos e procedimentos de coordenação multissetorial (Comissão Municipal de Saúde) bem definidos permitindo abordar com êxito o seguimento e o tratamento dos casos mais complexos do ponto de vista familiar e socioeconómico.</p>
Fraquezas
<p>A sociedade civil, a comunidade e o setor privado envolvido em poucas atividades para a abordagem da TB.</p>
<p>Não participação do setor privado e dos médicos que trabalham nas organizações de base comunitária no tratamento e seguimento</p>
<p>Conhecimento insuficiente da incidência da tuberculose em Cabo Verde e de vários aspetos operacionais importantes na luta contra a tuberculose.</p>
<p>Insuficiente integração de cuidados e de serviços e conseqüente abordagem pouco satisfatória da TB para grupos vulneráveis incluindo reclusos e situações clínicas agravantes associadas à tuberculose.</p>
<p>Existência de mecanismos e procedimentos de coordenação multissetorial (Comissão Municipal de Saúde) bem definidos permitindo abordar com êxito o seguimento e o tratamento dos casos mais complexos do ponto de vista familiar e socioeconómico.</p>

O controlo interno da qualidade da baciloscopia não está implementado.

Deficientes condições de biossegurança nos laboratórios do país.

Altos índices de abandono e perdidos de vista no seguimento dos doentes Tb

Condições pouco satisfatórias para o controlo de infeção nas estruturas de saúde.

Deficiente habilitação dos prestadores de cuidados em questões de direitos humanos, equidade e igualdade de género

Grande mobilidade dos recursos humanos e atração dos quadros do setor saúde para as atividades hospitalares melhor remuneradas

Sistema de informação institucionalmente fraco, sem suporte eletrónico adequado, não regulamentado, com défice em recursos humanos convenientemente formados e financiamento inadequado.

Supervisão das atividades de diagnóstico, tratamento e seguimento insuficiente e mais concentrada em questões logísticas e administrativas

Atraso na produção e submissão de relatórios

### **Oportunidades**

O compromisso do país para atingir os compromissos assumidos no quadro dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e da Estratégia “End TB”.

Projetos municipais de melhoria progressiva das condições urbanas de vida incluindo habitação.

Criação do Gabinete de Tecnologia, Comunicação e Informação em Saúde, dotado de recursos humanos e financeiros, sob supervisão direta do Ministro da Saúde, com o objetivo de identificar políticas, estratégias e soluções para reforço do sistema de informação sanitária.

O projeto TB-Lab da Região Oeste Africana, ligado ao Laboratório Supranacional de TB de Cotonou.

A possibilidade de submeter uma proposta conjunta TB/VIH para financiamento pelo Fundo Global.

### **Ameaças**

A ocorrência de emergências de saúde pública (epidemias/pandemias), que podem por em causa a situação socioeconómica da população e a disponibilização de financiamentos para a luta contra a tuberculose.

O alcoolismo, que é uma oportunidade para facilitar a propagação da TB por causa da

aglomeração dos consumidores em ambientes fechados e pouco ventilados e, até agora, não foram tomadas medidas concretas para reduzir efetivamente o alto índice do uso abusivo do álcool.

A mobilidade frequente de recursos humanos das estruturas de saúde constitui uma perda de pessoal com experiência na luta contra a TB, para além da desmotivação dos profissionais de saúde por vários fatores que pode fazer com que haja fuga de cérebros para o setor privado e para o exterior.

### **3.6 Desafios**

- Melhorar o conhecimento da epidemiologia da tuberculose em Cabo Verde.
- Melhorar a qualidade da notificação em tuberculose.
- Reduzir o atraso até ao diagnóstico e a proporção de doentes bacilíferos.
- Melhorar a taxa de confirmação da doença.
- Melhorar a taxa de sucesso terapêutico.
- Identificar estratégias que permitam melhorar a adesão ao rastreio e tratamento preventivo de populações vulneráveis.
- Melhorar a colaboração com programas dirigidos a grupos de risco de tuberculose e a cooperação multisectorial.
- Garantir a sustentabilidade da estratégia de desenvolvimento de recursos humanos na área da tuberculose.

## **CAPITULO II**

### **O planeamento estratégico na orientação dos esforços de Cabo Verde para ultrapassar os principais desafios e alcançar as metas definidas na estratégia pelo fim da tuberculose em 2035**

O processo de elaboração do presente documento de Plano Estratégico foi articulado em várias fases, nomeadamente:

A - Preparação envolvendo:

- Estabelecimento de uma equipa organizadora principal.
- Desenvolvimento de um roteiro detalhado
- Mobilização e confirmação de recursos para o processo de planificação estratégica.

B - Análise da situação incluindo

- Revisão epidemiológica da TB e revisão dos determinantes sociais da TB.
- Revisão do programa de tuberculose e análise das componentes relevantes do sistema de saúde.
- Consolidação de dados e evidências.
- Síntese da análise da situação pelos parceiros.

### C- Formulação de metas, objetivos, intervenções e atividades

Esta fase incluiu os seguintes passos:

- Definição da estratégia – formulação das metas e objetivos.
- Identificação e priorização de intervenções estratégicas.
- Definição de atividades e sub atividades
- Identificação das principais ameaças e oportunidades

### D – Desenvolvimento de métricas e atividades de seguimento, avaliação e revisão do Plano Estratégico Nacional

Esta fase envolveu a elaboração dos aspetos de seguimento, avaliação e revisão do Plano Estratégico Nacional para:

- Acompanhar o progresso da implementação das atividades no plano estratégico.
- Acompanhar o progresso e o desempenho para atingir as metas, objetivos e alvos do Plano Estratégico Nacional.
- Identificar desafios e informar atempadamente ações de correção.
- Seguir e abordar as desigualdades na disponibilidade e acesso a serviços de TB de qualidade.
- Facilitar a transparência e a responsabilização de todos os parceiros envolvidos na implementação do Plano Estratégico Nacional.
- Manter, fortalecer e adaptar o sistema de vigilância, para poder fornecer dados relevantes para seguir todos os aspetos do Plano Estratégico Nacional.
- Facilitar a disponibilidade de dados de qualidade e evidências para a tomada de decisão e uso em processos de melhoria da qualidade em diferentes níveis.
- Fornecer uma plataforma para revisar coletivamente a implementação, documentar e usar as lições aprendidas e propor melhorias na implementação e planos subsequentes.

### E – Estimativa dos custos

- Estimativa dos recursos necessários para implementar as intervenções do Plano Estratégico Nacional
- Evidências credíveis para a mobilização de fundos de fontes nacionais e doadores externos

### F – Consenso, disseminação e mobilização de recursos

O presente Plano Estratégico Nacional foi formalmente endossado pela autoridade nacional competente, após realização de *atelier* de consenso nacional

## CAPITULO III

### 1. **Visão:** População de Cabo Verde vivendo livre da tuberculose

## **2. Princípios orientadores**

- Respeito pelos Direitos Humanos Universais.
- Acesso gratuito para todos os serviços abrangentes de tuberculose.
- Enfoque em estratégias, custo-efetivas e sustentáveis.
- Integração dos cuidados, serviços e demais intervenções de tuberculose nos Cuidados de Saúde Primários.
- Participação efetiva conjunta de todos os prestadores da rede pública e privada.
- Participação ativa das Comissões Municipais de Saúde e das organizações de base comunitária na detecção, tratamento e seguimento da tuberculose.
- Orientação para resultados.
- Foco no alcance de metas ambiciosas mas realistas num ambiente de mudança dos mecanismos de ajuda internacional incluindo a eventual redução na disponibilidade de fundos externos.

## **3. Objetivos principais**

Os objetivos principais dos investimentos a serem feitos ao longo dos próximos cinco anos na resposta à tuberculose em Cabo Verde, sob orientação do presente Plano Estratégico Nacional são:

- Reduzir de 75% na mortalidade por tuberculose até 2025
- Reduzir de 50% na incidência de tuberculose em 2025
- Reduzir a zero famílias afetadas pela tuberculose incorrendo em custos catastróficos devido a esta doença

## **4. Orientações estratégicas e principais intervenções**

### **Orientação estratégica 1 – Prevenção, detecção e cuidados integrados centrados na pessoa com tuberculose**

#### **Principais intervenções**

- Fornecer equipamento Xpert/R para as Delegacias de Saúde (Praia, S. Vicente e Santa Catarina – Santiago).
- Reforçar a capacidade dos técnicos dos laboratórios que servem as estruturas de atenção primária.
- Intensificar a avaliação de contatos.
- Oferecer o rastreio VIH a todas as pessoas com tuberculose.
- Reforçar o controlo de qualidade do diagnóstico bacteriológico (controlo interno e externo)
- Garantir o abastecimento em medicamentos
- Adotar estratégias de acompanhamento do tratamento incluindo estratégia DOT com integração efetiva das Comissões Municipais de Saúde e das organizações de base comunitária
- Reforçar a capacidade dos prestadores de cuidados de todas as disciplinas do setor saúde em matéria de direitos humanos e género
- Reforçar a capacidade dos técnicos em matéria de manutenção de equipamentos

- Atualizar as diretrizes nacionais de prevenção, detecção, tratamento e seguimento da tuberculose.
- Assegurar a supervisão (2xano) em todas as Delegacias de Saúde
- Realizar análise epidemiológica da tuberculose em Cabo Verde
- Integrar sistemas de informação de saúde para tuberculose com sistemas de informação de saúde mais amplos do Gabinete de Tecnologias de Comunicação e Informação
- Melhorar a utilização e divulgação de informação estratégica para orientar decisões políticas e de programação
- Elaborar a Estratégia Nacional de Informação/Educação/Comunicação em matéria de tuberculose.
- Reforçar as ações de vigilância, seguimento e avaliação das ações de luta contra a tuberculose.

## **Orientação estratégica 2 – Sistemas de apoio e colaboração institucional**

### **Principais intervenções**

- Apoiar os parceiros na integração da estratégia nacional assegurando:
  - ⇒ A estratégia nacional seja aprovada pelas autoridades setoriais competentes
  - ⇒ Os Planos Estratégicos de cada parceiro são desenvolvidos ou atualizados em conformidade e têm dotações orçamentais específicas e mecanismos estabelecidos para o financiamento interno relacionado com a tuberculose.
- Envolver as organizações de base comunitária parceiras para aumentar suas contribuições na prestação de serviços de promoção, prevenção, rastreio e seguimento da tuberculose.
- Reforçar a colaboração entre as Delegacias de Saúde, as Comissões Municipais de Saúde e as Organizações de Base Comunitária para fazer face aos determinantes sociais da tuberculose.
- Reforçar as capacidades de todas as partes envolvidas em matéria de direitos fundamentais da população, incluindo a violência baseada no género.
- Apoiar social e economicamente as famílias vulneráveis que vivem com a tuberculose.

## **Orientação estratégica 3 – Intensificação da pesquisa e inovação**

### **Principais intervenções**

- Estabelecer parcerias (INSP, UniCV) para fomentar a realização de pesquisas no País em temas de interesse para a saúde pública em relação com a tuberculose
- Promover a incorporação de tecnologias e iniciativas inovadoras para aprimorar o diagnóstico, tratamento e seguimento da tuberculose.

## **5. Pressupostos para o êxito da operacionalização do plano**

A implementação bem-sucedida destas orientações estratégicas deve basear-se em motores de progresso a saber:

- Direitos humanos, igualdade, equidade e não à violência baseada no género.

A visão e as orientações estratégicas definidas anteriormente não poderão permitir a obtenção de resultados tangíveis sem abordar as desigualdades que impulsionam as epidemias e impedem as pessoas de aceder os serviços de saúde e de serem ativas na melhoria de sua própria saúde.

- Financiamento

Para uma resposta sustentável, as estratégias globais do setor de saúde devem ser totalmente financiadas como parte de esforços mais amplos para aumentar os investimentos gerais em saúde. As respostas à tuberculose enfrentam diferentes desafios de financiamento, que devem ser tratados pelos sistemas de financiamento nacionais de forma a se garantir financiamento contínuo e previsível, redução de gastos catastróficos com saúde e acesso acessível a produtos de saúde.

- Liderança e parcerias

A implementação efetiva requer uma forte liderança política e comunitária e parcerias nomeadamente com as Organizações de Base Comunitária e planeamento estratégico, no âmbito local: Delegacias de Saúde e participação efetiva das Comissões Municipais de Saúde.

## **6. Metas**

Os programas traduzem as principais linhas de intervenção de acordo com as prioridades identificadas no quadro da análise diagnóstica e das opções em matéria de políticas de redução de TB a curto, médio e longo prazo. Assim, cada programa comporta os seus objetivos estratégicos gerais e específicos, operacionalizados através de programas, projetos e ações, aferíveis com base em indicadores de resultado e mensuráveis através das metas: (para cada atividade será estabelecido um indicador, para além dos indicadores clássicos e que permitirão seguir a implementação da estratégia para eliminação da TB em Cabo Verde)

	Indicador	Baseline	Projeção indicadores TB		
			2022	2024	2026
<b>Impacto</b>	Mortalidade específica (TB)	1,7	1,6	1,4	1,2
	Casos de TB a diagnóstico e tratar	185	175	160	150
	Incidência da tuberculose	37%	35%	35%	32%
	Casos de TB MDR	2	5	5	5
<b>Cobertura</b>	Cobertura tratamento	100%	100%	100%	100%
	Taxa de cura	90,3%	92%	95%	95%
	Cobertura de investigação de contatos	100%	100%	100%	100%
	Rastreio VIH entre casos novos de TB	100%	100%	100%	100%
	% de famílias afetadas por custos catastróficos devidos à tuberculose	-	100%	100%	100%

## 7. Questões transversais particularmente em relação com os direitos humanos e equidade e igualdade de género.

Os direitos humanos são direitos inerentes a todas as pessoas, independentemente de sua raça, religião, nacionalidade, género ou orientação sexual. Eles são aplicados em questões de equidade de género porque garantem que todas as pessoas, incluindo os doentes de TB, tenham acesso igualitário aos mesmos direitos e oportunidades. Os direitos humanos são reconhecidos internacionalmente em tratados e convenções, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Os direitos humanos e a equidade e igualdade de género são fundamentais para garantir o bem-estar e o tratamento adequado dos doentes de tuberculose. Alguns dos principais direitos humanos que devem ser respeitados incluem:

- **Direito à saúde:** toda pessoa tem o direito de desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental, o que implica do o sector da saúde deve garantir que os doentes de tuberculose tenham acesso ao tratamento adequado, bem como serviços de prevenção e cuidados de saúde em geral.
- **Direito à informação:** toda pessoa tem o direito de receber informações claras e precisas sobre a sua saúde e o tratamento disponível. Os doentes de tuberculose devem ser informados sobre a sua condição, o tratamento necessário, bem como os efeitos colaterais e as medidas de prevenção.
- **Direito à não-discriminação:** nenhum indivíduo deve ser discriminado com base em raça, género, religião, orientação sexual ou qualquer outra característica pessoal. Os doentes de tuberculose devem ser tratados com dignidade e respeito, sem discriminação ou estigma.

Além disso, a equidade e igualdade de género devem ser consideradas na prestação dos cuidados de saúde aos doentes de tuberculose. As mulheres, em particular, enfrentam desafios adicionais na prevenção e tratamento desta doença.

Neste sentido, eis algumas das medidas necessárias incluem:

- Abordar as desigualdades de género no acesso aos cuidados de saúde e na prevenção da tuberculose.
- Garantir que as grávidas recebam tratamento adequado e seguro para tuberculose, sem prejudicar o feto.
- Assegurar que as populações chave ao risco de infecção recebam tratamento adequado e seguro para tuberculose, sem prejudicar o feto.
- Informar e sensibilizar a sociedade em geral sobre a importância de promover a equidade e igualdade de género nos cuidados de saúde em geral e, especificamente, na prevenção e tratamento da tuberculose.
- Abordar os desafios específicos que as mulheres enfrentam no acesso aos cuidados de saúde e no tratamento da tuberculose, como cuidados infantis e responsabilidades familiares que podem afetar as opções de tratamento.

Em resumo, considerar os direitos humanos e a equidade e igualdade de género são fundamentais para garantir o tratamento adequado e bem-estar dos doentes de tuberculose. É importante que os governos, profissionais de saúde e a sociedade em geral trabalhem juntos para garantir o acesso aos cuidados de saúde adequados e combater a discriminação e desigualdades.

## **8. Implementação**

Implementação efetiva da estratégia de luta contra a tuberculose depende de uma liderança forte, parcerias, solidariedade e prestação de contas. Apresentamos aqui as principais considerações operacionais para implementação da estratégia.

A estratégia apresenta globalmente um conjunto abrangente de ações integradas que consideram a cobertura universal de serviços e cuidados de saúde centrada nas pessoas. Com base no contexto cabo-verdiano, as necessidades de saúde da população, os pontos fortes e fraquezas do sistema de saúde, o objetivo é implementar de forma equitativa e com maior impacto intervenções por meio de modelos de prestação de serviços que respondem às necessidades de diferentes populações e ambientes.

O alinhamento e integração entre a tuberculose e outras áreas da saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária deve ser a norma, adaptada às condições locais de cada Delegacia de Saúde, de modo que todas as pessoas possam receber um *continuum* de serviços de saúde de forma coordenada em diferentes pontos de prestação de serviços, incluindo aqueles fora dos ambientes formais de saúde.

Será garantido através de protocolos de acordo que permitam reconhecer as Organizações de Base Comunitária como partes integrantes do sistema de saúde para a prestação de cuidados totais incluindo promoção, prevenção, tratamento e seguimento.

### **8.1.Importância das parcerias**

As metas propostas por esta estratégia não serão alcançadas a menos que todos os parceiros estejam engajados em torno de uma agenda comum apoiada pelo Programa Nacional com colaboração reforçada entre sistemas e setores.

### **8.2.Liderança do país**

A estratégia fornece uma visão abrangente e orientação para desenvolver as estratégias setoriais e para fazer avançar a cobertura universal de saúde e acabar com a tuberculose enquanto problema de saúde pública até 2035.

O sucesso da sua implementação a nível nacional requer liderança nacional (Direção Nacional de Saúde/Ministério da Saúde) para definir prioridades, assegurar recursos sustentáveis e garantir ação alinhada por formuladores de políticas, fornecedores de serviços de saúde, comunidades e outras partes interessadas dentro de um ambiente legal e social favorável.

### **8.3.Doadores multilaterais e bilaterais e agências de desenvolvimento**

A implementação bem-sucedida também requer uma abordagem coordenada para parcerias. Os principais parceiros que contribuem para as respostas à tuberculose em Cabo Verde incluem o Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária e a OMS.

Mobilizar as parcerias para um maior esforço no reforço do sistema de saúde será particularmente importante para acelerar o progresso em direção às metas de 2030. Acabar com as epidemias também exigirá abordagens multissetoriais e alinhamento com esforços mais amplos de parceiros para abordar os principais desafios inter-relacionados de saúde e desenvolvimento.

### **8.4.Sociedade civil e comunidades**

A sociedade civil e as organizações de base comunitárias têm jogado um papel de liderança na advocacia relacionada à tuberculose. A pandemia do Covid-19 estimulou organizações de base comunitárias a intensificar seus esforços inovadores para aproximar os serviços das pessoas necessitadas em um ambiente de confiança. Contribuições da sociedade civil e as comunidades devem ser estimuladas e alavancadas de maneira mais eficaz para atingir as metas preconizadas na luta contra a tuberculose.

### **8.5.Outros parceiros**

Instituições académicas e de pesquisa, organismos profissionais e setor privado entidades também desempenham papéis importantes na inovação, prestação de serviços e defesa da evolução do panorama global da saúde. Mecanismos de coordenação são necessários para promover o alinhamento entre suas prioridades e as de outras partes interessadas.

## **8.6.O Programa Nacional de luta contra a Tuberculose**

O Programa Nacional de luta contra a Tuberculose tem funções centrais no apoio à administração global, na promulgação de normas e padrões baseados em evidências e fornecimento de assistência técnica aos parceiros, é bem posicionado para catalisar o progresso para acabar com a tuberculose enquanto problema de saúde pública.

### **8.6.1. Ações a serem desenvolvidas pelo Programa Nacional de luta contra a Tuberculose**

#### **Ação A: Liderança estratégica e parcerias**

Fornece direção estratégica global para o esforço visando acabar com a tuberculose enquanto problema de saúde pública, inclusive por meio de liderança, parcerias multissetoriais e diplomacia da saúde nos mais altos níveis políticos.

Esta estratégia assume compromissos importantes que obrigará o Programa Nacional de luta contra a Tuberculose a trabalhar em estreita colaboração com todos os parceiros incluindo o NOSI no reforço do sistema de informação, as Organizações de Base Comunitária que desenvolvem atividades de atendimento e tratamento, a Comissão dos Direitos Humanos e Cidadania e o Instituto para a Igualdade e Equidade de Género para assegurar um melhor acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento das populações mais vulneráveis.

Com todos os parceiros o Programa Nacional de luta contra a Tuberculose deverá trabalhar no sentido de serem estabelecidos planos anuais de trabalho indicando com clareza atividade a ser desenvolvida, calendário, responsável pela execução e custos.

O Programa Nacional de luta contra a Tuberculose defenderá o pleno financiamento das respostas como parte dos pacotes de benefícios essenciais de cobertura universal de saúde, e buscará estratégias abrangentes para a sustentabilidade.

#### **Ação B: Defesa e comunicação em saúde pública**

Alavancar parcerias com a sociedade civil e *mídias* para aumentar e manter a consciência global e compromisso quanto à necessidade de ação urgente para acabar com a tuberculose enquanto problema de saúde pública, incluindo medidas para colmatar as lacunas na resposta à tuberculose nomeadamente o combate ao estigma e discriminação associados à doença inclusive no setor de saúde.

#### **Ação C: Normas e padrões**

Desenvolver/atualizar normas e padrões baseados em evidências e outros bens de saúde pública nas áreas temáticas relacionadas com a tuberculose e orientar para abordagens integradas promovendo abordagens que são centradas nas pessoas e podem ser adaptadas às necessidades de locais e populações específicas nomeadamente populações em situação de vulnerabilidade socio económica.

#### Ação D: Inovação

Fornecer liderança para moldar as agendas globais de pesquisa-operacional e pesquisa-ação para a tuberculose, e apoiar a disponibilidade e expansão de inovações e boas práticas eficazes em saúde para capitalizar sobre os resultados nomeadamente em matéria de locais de atendimento, estratégias de adesão ao tratamento e abordagens de entrega de serviço digital e descentralizado para acelerar o progresso para a eliminação da doença enquanto problema de saúde pública.

#### Ação E: Suporte técnico

Facilitar apoio técnico aos parceiros para revisar, adaptar e implementar suas respostas à tuberculose para o desenvolvimento de estratégias, planeamento e implementação de programas com envolvimento efetivo das comunidades na tomada de decisões. O apoio do Programa Nacional de luta contra a Tuberculose será adaptado aos contextos de cada parceiro e será focado em a equidade e a sustentabilidade das respostas setoriais.

#### Ação F: Seguimento e relatórios

Seguir e relatar (relatórios regulares) sobre o progresso em direção aos objetivos globais a fim de promover tomada de decisão baseada em evidências e garantir a responsabilização.

Para tal apoiará os parceiros a desenvolver capacidades na matéria incluindo uso de plataformas. Facilitará a padronização para coleta, análise, uso e divulgação de dados relacionados com a tuberculose desagregados por sexo, idade, populações-chave, localização geográfica e outras variáveis relevantes, a fim de avaliar lacunas e promover a equidade.

### **8.7. Delegacias de Saúde**

As Delegacias de Saúde são encarregadas, a nível dos concelhos, da promoção e da proteção da saúde das populações e da prevenção, tratamento e reabilitação da doença. Trabalham em estreita parceria com as Câmaras Municipais nomeadamente através das Comissões Municipais de Saúde que coordenam e as Organizações de Base Comunitária

Exercer a vigilância sanitária no concelho, e enviar regularmente, ao departamento central competente, os dados referentes à vigilância epidemiológica.

### **8.8. Seguimento e relatórios**

Acabar com a tuberculose enquanto problema de saúde pública requer responsabilidade coletiva e mecanismos de responsabilidade transparentes em todos os níveis. A responsabilidade dos parceiros será assegurada por meio de seguimento regular e relatórios em relação aos indicadores e marcos prioritários que representam os focos dessas ações.

### **8.8.1. Responsabilidade global**

O seguimento da implementação das estratégias e atividades são baseadas em indicadores e metas compartilhados e específicos da doença, que será usado para seguir o impacto, a cobertura, a equidade e a qualidade da resposta global.

O seguimento é baseado em dados recolhidos dos parceiros de implementação através de mecanismos estabelecidos, com atenção para harmonizar os processos de coleta de dados em todas as áreas. Em todas as atividades de seguimento e relatórios, o Programa Nacional de luta contra a Tuberculose garantirá que os dados são suficientemente desagregados para identificar lacunas e priorizar esforços para salvaguardar a equidade.

### **8.8.2. Revisão a meio termo**

Em 2023 será realizada uma análise epidemiológica da situação da tuberculose em Cabo Verde que fornecerá a base para uma revisão de médio prazo robusta apoiada pelo realinhamento das estratégias e a identificação de ações de atualização, conforme necessário.

### **8.8.3. Responsabilidade a nível do país**

As estratégias nacionais para a luta contra a tuberculose, devem ser acompanhadas por estruturas de responsabilidade nacional, incluindo indicadores e metas que estão alinhados com a orientação global padronizada. Mecanismos de responsabilização que funcionam bem, com forte participação da sociedade civil e transparentes avaliação e relatórios, são vitais a nível de país para uma implementação eficaz. Os parceiros são encorajados a realizar revisões regulares de implementação de suas estratégias.

### **8.8.4. Responsabilidade do Programa Nacional de luta contra a Tuberculose**

O Programa Nacional de luta contra a Tuberculose seguirá o desempenho e contribuições por meio de indicadores prioritários selecionados e marcos relacionados ao seu núcleo de áreas funcionais incluindo liderança, advocacia e comunicação, normas e padrões, suporte técnico e relatórios. O seguimento do Programa Nacional de luta contra a Tuberculose será alinhado com os resultados do plano de trabalho da Direção Nacional da Saúde.

## **9. CUSTOS E FINANCIAMENTO**

O Plano Estratégico Nacional de luta contra TB para o período 2022-2026 comporta três pilares de intervenção a saber:

- O primeiro está voltado para o reforço da Prevenção, deteção e cuidados integrados centrados na pessoa com tuberculose, com enfoque na expansão e extensão dos serviços da DOTS de qualidade e reforçar a parceria para o controlo da TB;
- O segundo, para o reforço do Sistemas de apoio e colaboração institucional, Através de um maior envolvimento dos diferentes atores que intervêm na cadeia

de prevenção e tratamento, dando espaço para a colaboração comunitária e assim aumentar a contribuição na prestação de serviços de promoção, prevenção, rastreio e seguimento da tuberculose;

- O terceiro pilar tem como foco o reforço da intensificação da pesquisa e inovação, mediante envolvimento das principais instituições de investigação do país, com vista o fomento de investigação em temáticas de interesse para a saúde pública em relação à tuberculose e promover a incorporação de tecnologias e iniciativas inovadoras para aprimorar o diagnóstico, tratamento e seguimento da tuberculose;

Como indicado no quadro abaixo o orçamento global do Plano Estratégico Nacional de luta contra TB em Cabo Verde para o período 2022-2026, foi estimado em cerca de 7,3 milhões de euros o equivalente a 800 mil contos.

Quadro: Estimativa de custo do Plano Estratégico Nacional para o Controlo da TB entre 2022 à 2026

EIXO ESTRATÉGICO	Anos (Valores em Escudos CV)												%
	2022		2023		2024		2025		2026		Total		
	ECV	EURO	ECV	EURO	ECV	EURO	ECV	EURO	ECV	EURO	ECV	EURO	
Orientação estratégica 1 – Prevenção, deteção e cuidados integrados centrados na pessoa com tuberculose	29 625 830	602 299	84 947 489	770 394	104 657 643	949 147	82 017 489	743 822	82 017 489	730 218	651 707 911	5 910 379	81,4%
Orientação estratégica 2 – Sistemas de apoio e colaboração institucional	23 329 966	211 581	25 939 136	233 430	25 687 636	166 759	25 758 386	167 401	25 768 048	231 878	125 683 171	1 139 828	15,7%
Orientação estratégica 3 – Intensificação da pesquisa e inovação	0	0	2 310 000	20 950	7 025 000	63 710	6 775 000	61 443	6 775 000	61 443	22 885 000	207 545	2,9%
<i>Total Geral</i>	52 955 796	813 880	113 196 625	1 024 773	137 370 279	1 179 616	114 550 876	972 665	114 560 537	1 023 539	800 276 082	7 257 753	

De acordo com as prioridades definidas Plano Estratégico Nacional de luta contra TB, a maior proporção do orçamento dos 5,9 milhões de Euros (81.4%) destina servir para financiar as atividades que têm em vista a expansão e melhoria da estratégia DOTS, pois esta continua sendo a grande prioridade do país para estancar a doença. Cabe destacar que a TB/VIH & TB-MRD assume-se como uma componente importante e prevê-se garantir o tratamento e apoio psicossocial para todos os doentes nestas condições.

Um outro aspecto digno de realce, é o facto de a estratégia acreditar que o envolvimento de pessoas com Tuberculose assim como das comunidades representa uma inovação, que irá contribuir para acelerar a expansão do DOTs com qualidade desejada.

Igualmente, o ministério durante a implementação deste plano irá se concentrar mais dentro do seu sector e paulatinamente irá encontrar formas de coordenação com outros sectores, garantindo um maior engajamento dos diferentes parceiros no apoio na redução da doença em Cabo Verde. Assim, neste plano vai dar maior ênfase às atividades de diagnóstico, tratamento de TB; e para o efeito serão alocados cerca de 3,95 milhões de euros durante dos próximos 4 anos.

**Quadro : Estimativa de custo do Plano Estratégico Nacional para o Controlo da TB entre 2022 à 2026**

EIXO ESTRATÉGICO	Anos (Valores em Escudos CV)												%
	2022		2023		2024		2025		2026		Total		
	ECV	EURO	ECV	EURO	ECV	EURO	ECV	EURO	ECV	EURO	ECV	EURO	
Gestão de Programa	8 836 730	80 141	11 281 730	102 315	23 421 730	212 413	11 471 730	104 038	11 471 730	104 038	239 565 869	2 172 637	29,9%
Diagnóstico, tratamento e tratamento da tuberculose	64 250 759	582 694	72 300 759	655 700	85 985 913	779 811	75 570 759	698 959	75 570 759	685 356	435 252 042	3 947 327	54,4%
Prevenção de TB / MDR	25 000	227	25 000	227	25 000	227	0	0	0	0	75 000	680	0,0%
Remover os direitos humanos e as barreiras de género que impedem o acesso aos serviços de TB	5 200 000	47 159	8 950 000	81 168	8 950 000	81 168	8 950 000	81 168	8 950 000	81 168	41 000 000	371 831	5,1%
Colaboração com outros provedores e setores	9 029 966	81 893	12 089 136	109 637	8 287 670	75 161	15 468 048	75 803	15 468 048	140 281	67 433 171	611 556	8,4%
Monitoramento e avaliação	2 400 000	21 766	8 350 000	75 727	3 400 000	30 835	1 400 000	12 697	1 400 000	12 697	16 950 000	153 721	2,1%
<i>Total Geral</i>	<i>89 742 455</i>	<i>813 880</i>	<i>112 996 625</i>	<i>1 024 773</i>	<i>130 070 313</i>	<i>1 179 616</i>	<i>112 860 537</i>	<i>972 665</i>	<i>112 860 537</i>	<i>1 023 539</i>	<i>800 276 082</i>	<i>7 257 753</i>	

Para o financiamento deste Plano Estratégico Nacional de luta contra TB o sector da saúde irá contar com o apoio do Fundo Global, que se espera venha a contribuir com cerca de 5% do valor global, pois neste momento está a ocorrer em simultâneo o processo de formulação da Proposta para o Fundo Global e que está estimada em 377 mil euros. A parte restante será financiada através do Orçamento do Estado e de fundos a serem mobilizados junto de parceiros técnicos e financeiros ao longo do período de execução.

## 10. MONITORIA E AVALIAÇÃO

A monitoria e a avaliação do desempenho do Plano Estratégico de Luta contra TB, deverão ser realizadas, de forma conjunta, entre o Sector e os seus parceiros externos, incluindo as famílias e a sociedade civil. Este processo é feito com base na matriz de resultados que apresenta indicadores e metas para cada um dos objetivos estratégicos, por programa sectorial. Através desta matriz, o Setor monitorará regularmente, a implementação das ações prioritárias e o seu impacto em termos do alcance dos principais objetivos.

Um relatório de progresso trimestral sobre a realização dos objetivos estratégicos, bem como da implementação das ações prioritárias que constam na matriz de resultados, deverá ser produzido com apoio de todos os intervenientes do processo do sector público e da sociedade civil em função dos indicadores comprometidos.

O relatório servirá como base para o diálogo entre a Direção Nacional da Saúde, o programa e os diversos parceiros, através da discussão dos progressos alcançados e os desafios. Devem ser criados grupos de trabalho temáticos, onde se discutem as áreas específicas, para alcançar consensos sobre as estratégias principais para a melhoria do desempenho, e aumentar a capacidade estratégica do sector em matéria de combate ao TB. Também deve ser criado um grupo de coordenação, com o objetivo de facilitar a coordenação entre o sector e os parceiros de cooperação e assegurar o acompanhamento das recomendações produzidas na reunião anual de seguimento e avaliação interna. Deverão igualmente ser realizadas visitas periódicas conjunta de monitoria, com o objetivo de verificar a situação no terreno, em termos da implementação e o impacto das decisões.

A implementação do PNLTB 2022-2026 deverá ser acompanhada por três avaliações, nomeadamente:

- i. Avaliação anual, com base nos planos de ação anuais;
- ii. Avaliação a meio percurso, em 2024, possibilitando a revisão do Plano para ajustamento das prioridades;
- iii. Avaliação externa e independente, para verificar o grau da sua implementação e a eficácia das estratégias desenvolvidas, com o objetivo principal de nortear a elaboração do próximo plano estratégico

O sistema de seguimento & avaliação, constitui um fator crítico de sucesso e pode também representar um enorme risco caso não se acautele um seguimento concomitante das medidas implementadas e uma avaliação periódica dos impactos das políticas públicas que foram implementadas.

Para tal é necessário que no planeamento sejam claramente definidos os objetivos, os indicadores e as metas e as responsabilidades para que se possa montar um sistema de seguimento das medidas, e que na definição das políticas públicas para a Saúde, em particular para a Tuberculose, seja definido claramente os indicadores de impacto, bem como os prazos e os responsáveis por cada dimensão do Programa.

## **11. Bibliografia**