

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

JÚLIO MONTEIRO RODRIGUES

**TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM CABO VERDE
E SEUS DETERMINANTES**

**RECIFE
2010**

JÚLIO MONTEIRO RODRIGUES

TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM CABO VERDE E SEUS DETERMINANTES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eduarda Ângela Pessoa Cesse

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

R696t Rodrigues, Júlio Monteiro.
Transição epidemiológica em cabo verde e seus determinantes/
Júlio Monteiro Rodrigues. — Recife: J. M. Rodrigues, 2010.
179 f.: il., tabs, graf., quadros.

Dissertação (Mestrado acadêmico em saúde pública) - Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
Orientador: Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

1. Transição Epidemiológica. 2. Perfil da Saúde. 3. Fatores
Epidemiológicos. 4. Cabo Verde. I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa.
III. Título.

CDU 614.4

Júlio Monteiro Rodrigues

TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA EM CABO VERDE E SEUS DETERMINANTES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
CPqAM/FIOCRUZ
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Annick Fontbonne
CPqAM/FIOCRUZ
Examiadora titular interno

Prof. Dr. António Carlos Gomes do Espírito Santo
UFPE
Examinador titular externo

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Brito
CPqAM/FIOCRUZ
Examinadora suplente interno

Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Vasconcelos Chaves
CPqAM/FIOCRUZ
Examinadora suplente externo

Aos meus filhos Júlio Júnior e Juliano Joel, vocês são a minha inspiração e meu orgulho pela vida!

Aos meus pais José Rodrigues e Maria Nascimento Monteiro (in memoriam) pela humildade e respeito com que me orientaram na vida.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio e incentivo em todos os momentos e pela compreensão enquanto estive ausente muitas vezes nas horas difíceis, minha eterna gratidão;

Ao professor Doutor Eduardo Freese que na qualidade de diretor do CPqAM/FIOCRUZ ofereceu todo o apoio institucional que permitisse uma verdadeira integração nesse grandioso espaço de pesquisa e conhecimento;

Aos professores Eduardo Freese e Annick Fontbonne pelas reflexões sobre os diversos aspectos da epidemiologia e determinantes da saúde que constituíram no principal suporte teórico conceitual para o desenvolvimento da presente dissertação;

À professora Eduarda Cesse pelo incentivo e pela paciência na orientação do desenvolvimento deste trabalho;

À Professora Giselle Campozana pela colaboração na compreensão desse brilhante campo que é a saúde coletiva e pela amizade demonstrada;

Ao professor Carlos Luna pela orientação nas análises estatísticas e pela forma aberta com que sempre manifestou em contribuir no melhoramento do presente trabalho;

Minha gratidão e reconhecimento ao pessoal da estatística, em nome da Pollyana, pela forma incansável no apoio à construção do banco de dados;

Aos membros da banca examinadora: Annick Fontbonne e Antônio Carlos (titulares), Ana Brito e Vera Vasconcelos (suplentes), por terem aceitado em participar na avaliação deste trabalho;

Atenção especial aos professores Wayner Souza, José Luís Araújo Jr., André Monteiro, Lia Giraldo, Djalma Agripino, Firmin Rolland Schram, Sinval Brandão, Zulma Medeiros, Garibaldi Gurgel, Idê Gurgel, Alice Branco, Ana Brito, Maria Luisa,

Cynthia Braga, Isabella Samico pelas aulas brilhantes e pelos momentos de reflexão que traduziram num contributo ímpar para um olhar mais amplo sobre os diversos aspectos da saúde pública;

Aos senhores Doutores Basílio Ramos, Ildo de Carvalho, Manuel Boal, Luis Leite, Tomás Valdez, Artur Corrêia, Francisco Tavares, Manuel Pinheiro e Yolanda Estrela pelas indispensáveis contribuições na realização dessa pesquisa;

A todos os profissionais do Ministério da Saúde de Cabo Verde, com especial atenção aos senhores António Moreira, Jaqueline Pereira, Margarida Cardoso, Lídia Ferreira, Jorge, José Augusto, Tomás e Ivone da divisão de estatísticas, a todos muito obrigado pelo apoio e pela amizade;

Aos profissionais do Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde, em nome de Carmem Cruz pela amizade e pelo apoio na disponibilização dos dados;

A todos os funcionários do CPqAM/FIOCRUZ pelo carinho e hospitalidade com agradecimento especial a Nalva, Mégine, Márcia Saturnino, Bety, Carolina, Luana, Joselice, Nilda, Demétrius, Wilson e Adagilson;

Aos colegas do curso pelos momentos conjuntos de esforço e dedicação, que o exercício de nossa profissão seja mais uma etapa na busca de conhecimento para fazer mais e melhor em prol daqueles que precisam de nós;

A todos os colegas cabo-verdianos do Recife especialmente a Maria dos Anjos, Romy, Ronyse, Kiki e Andy, que o tempo que passamos na diáspora em busca de conhecimento seja de reflexão com vista ao desenvolvimento global no geral, e da nossa terra, em particular;

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para que este momento importante da minha vida fosse alcançado, meus sinceros agradecimentos!

"[...] Para os vários campos do conhecimento científico e tecnológico, é oportuno e necessário avaliar o realizado e discutir e elaborar novas propostas e estratégias. Estas devem buscar permanentemente a lógica de superar desafios históricos e, ainda, objetivos e metas não cumpridos por diferentes países, sendo que vários destes foram definidos e fixados por consenso pelos organismos internacionais de saúde pública e ambientais"

Freese (2006)

RODRIGUES, Júlio Monteiro. **Transição epidemiológica em Cabo Verde e seus determinantes**. 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

As sociedades vêm passando por profundas transformações no perfil epidemiológico, acompanhadas de outras mudanças demográficas e socioeconômicas. Neste contexto, mudanças importantes ocorrem na sociedade cabo-verdiana, sobretudo nos anos que se seguiram à independência em 1975. Conhecer os determinantes desse processo é fundamental na elaboração de novas propostas e estratégias. O presente estudo analisa o processo de transição epidemiológica em Cabo Verde, com foco nos determinantes sociais da saúde, no período de 1975 a 2005. Para o efeito adotou-se uma abordagem qualitativa baseada em pesquisas bibliográfica e documental e entrevistas semi-estruturadas com atores-chave utilizando análise temática de conteúdo. Adotou-se, ainda, uma abordagem quantitativa através de um estudo epidemiológico descritivo de série temporal das principais causas de óbitos. No estudo de série temporal foram estimados modelos de regressão linear simples permitindo verificar as tendências da mortalidade pelas causas selecionadas. Os resultados revelam que as transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas no país, com melhorias de investimentos em políticas públicas de saúde, educação, entre outros, contribuíram para uma mudança de um perfil "arcaico" para um perfil de "desigualdades", num contexto de desigual distribuição dos fatores de risco à saúde. Em relação à mortalidade, se verifica uma clara supremacia das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e a análise de tendência temporal demonstrou que a transição se dá principalmente pela diminuição da mortalidade por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP). O estudo permitiu identificar vários desafios que se colocam, merecendo destaque a adequação do sistema de saúde ao novo panorama, o investimento em políticas dos cuidados continuados e melhoramento da multissetorialidade e do sistema de informação em saúde.

Palavras-Chaves: Transição Epidemiológica. Perfil de Saúde. Fatores Epidemiológicos. Cabo Verde

RODRIGUES, Júlio Monteiro. **Epidemiological transition in Cape Verde and its determinants**. 2010. Dissertação (Academic Master's Degree in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

Societies are undergoing deep transformations in the epidemiological profile, accompanied by other demographic and socioeconomic changes. In this context, important changes take place in the Cape Verdean society, especially in the years that followed the independence in 1975. For the elaboration of new proposal and strategies is imperative to know this process' determinants. This study analyzes the epidemiologic transition process in Cape Verde focusing on the health's social determinants in the period 1975 to 2005. For this purpose, was adopted a qualitative approach based on bibliographic and documental research as well as semi-structured interviews with key actors by means of the thematic content's analysis. We adopted as well, a quantitative approach through an epidemiologic descriptive and chronological study of the deaths' leading causes. In the chronological studies, kinds of simple linear regression were estimated allowing the verification of the mortality trends by the selected causes. The results demonstrate that the political and socio-economic changes that occurred in the country with the investment advancement in the health's public policies, education, as well as others; contributed to a change of an "archaic" profile to an "inequality" profile, in a context of unequal distribution of the risk factors to health. Regarding mortality, there is a clear supremacy of the Non-Transmissible Chronic Diseases (NTCD) and the chronological tendency analysis revealed that the transition process occurs mainly by the mortality decrease for Infectious and Parasitic Diseases (IPD). The study allowed us to identify many challenges, with emphasis on the health system's adjustment to the new panorama; the investment in the continuing cares' policies; and multi-sectorial improvement and in the health information's system.

Key words: Health Transition. Health Profile. Epidemiologic Factors. Cape Verde.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Quadro 1	Capítulos/Grupos, subgrupos e causas específicas de mortalidade estudadas	45
Quadro 2	Tipo de perfil e definição dos pontos de corte dos indicadores	48
Quadro 3	Matriz de análise dos temas	54
Quadro 4	Grelha de análise frequencial das unidades de registro	54
Quadro 5	Característica do Perfil Epidemiológico por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais, Cabo Verde, 1975	60
Quadro 6	Característica do Perfil Epidemiológico por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais, Cabo Verde, 1985	66
Quadro 7	Característica do Perfil Epidemiológico por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais, Cabo Verde, 1995	71
Quadro 8	Característica do Perfil Epidemiológico por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais, Cabo Verde, 2000	77
Quadro 9	Característica do Perfil Epidemiológico por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais, Cabo Verde, 2005	82
Quadro 10	Matriz de análise do tema Percepção da Transição Epidemiológica como Processo	89
Quadro 11	Grelha de análise frequencial das unidades de registro sobre o tema Percepção da Transição Epidemiológica como Processo	90
Quadro 12	Matriz de análise do tema Temporalidade do Processo de Transição Epidemiológica	94
Quadro 13	Grelha de análise frequencial das unidades de registro sobre o tema Temporalidade do Processo de Transição Epidemiológica	95
Quadro 14	Matriz de análise do tema Determinantes e suas Influências no Processo de Transição Epidemiológica	98
Quadro 15	Grelha de análise frequencial das unidades de registro sobre o tema Determinantes e suas Influências no Processo de Transição Epidemiológica	103
Quadro 16	Matriz de análise do tema Impacto e Desafios do Processo de Transição Epidemiológica	115

Quadro 17	Grelha de análise frequencial das unidades de registro sobre o tema Impacto e Desafios do Processo da Transição Epidemiológica	120
Gráfico 1	Evolução da mortalidade proporcional por DAC, DAR, Neoplasias, Causas Externas e DIP, Cabo Verde, 1981 a 2005	124
Gráfico 2	Evolução da mortalidade proporcional por subgrupos das DAC, Cabo Verde, 1992 a 2005	125
Gráfico 3	Evolução da mortalidade proporcional por subgrupos das DAR, Cabo Verde, 1992 a 2005	125
Gráfico 4	Evolução da mortalidade proporcional por subgrupos das Neoplasias, Cabo Verde, 1992 a 2005	126
Gráfico 5	Evolução da mortalidade proporcional por causas externas (acidentes de transporte e homicídios)	127
Gráfico 6	Evolução da mortalidade proporcional por subgrupos das DIP, Cabo Verde, 1992 a 2005	128
Gráfico 7	Evolução da mortalidade proporcional por causas específicas das Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais, Cabo Verde, 1992 a 2005	128
Gráfico 8	Tendência da mortalidade por DAC, Cabo Verde, 1991 a 2005	129
Gráfico 9	Tendência da mortalidade por DAR, Cabo Verde, 1991 a 2005	130
Gráfico 10	Tendência da mortalidade por DIP, Cabo Verde, 1991 a 2005	131
Gráfico 11	Tendência da mortalidade por Neoplasias, Cabo Verde, 1991 a 2005	132
Gráfico 12	Tendência da mortalidade por Causas Externas, Cabo Verde, 1991 a 2005	133
Gráfico 13	Tendência da mortalidade por Causas Desconhecidas e mal Definidas, Cabo Verde, 1991 a 2005	134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Tendência de mortalidade por subgrupos das DAC, Cabo Verde, 1992 a 2005	137
Tabela 2	Tendência de mortalidade por subgrupos das Neoplasias, Cabo Verde, 1992 a 2005	137
Tabela 3	Tendência de mortalidade por subgrupos das DIP, Cabo Verde, 1992 a 2005	137
Tabela 4	Tendência de mortalidade por subgrupos das DAR, Cabo Verde, 1992 a 2005	137
Tabela 5	Tendência de mortalidade por causas específicas das Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais, Cabo Verde, 1992 a 2005	138
Tabela 6	Tendência de mortalidade por Causas Externas (acidentes de transporte e homicídios), Cabo Verde, 1992 a 2005	138

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AGNU** – Assembléia Geral das Nações Unidas
- AIDI** – Atenção Integrada às Doenças da Infância
- AN** – Assembléia Nacional
- APD** – Ajuda Pública ao Desenvolvimento
- CCC-Sida** – Comité de Coordenação do Combate à Sida
- CDSS** – Comissão de Determinantes Sociais da Saúde
- CEDEAO** – Comunidade Económica dos Países da África Ocidental
- CEP** – Comité de Ética em Pesquisa
- CID** – Classificação Internacional de Doenças
- CMS** – Conselho do Ministério da saúde
- CNLP** – Comissão Nacional de Luta contra Pobreza
- CNS** – Conselho Nacional de saúde
- CNDS** – Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
- CONEP** – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
- CPS** – Cuidados Primários de Saúde
- CR** – Constituição da República
- CS** – Centros de Saúde
- CS-CV** – Carta Sanitária de Cabo Verde
- DCNT** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- DIP** – Doenças Infecciosas e Parasitárias
- DSS** – Determinantes Sociais da Saúde
- EAID** – Estados Africanos Insulares em Desenvolvimento
- ECRP** – Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza
- EMVDC** – Estratégia Mundial de Vigilância das Doenças Crônicas
- EMPROFAC** – Empresa Nacional de Comercialização de Produtos Farmacêuticos
- ENS** – Estratégia Nacional de Saúde
- FAO** – Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
- GCSP** – Gabinete de Coordenação de Saúde Pública
- GOP** – Grandes Opções do Plano
- GTE** – Governo de Transição do Estado
- HC** – Hospital Central

HR – Hospital Regional

IDSR I e II – Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva I e II

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IDRF – Inquérito Sobre as Despesas e Receitas das Famílias

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INE – Instituto Nacional de Estatística

LOMS – Lei Orgânica do Ministério da Saúde

LOPE – Lei sobre a Organização Política do Estado

MCC – Millennium Challenge Corporation

MPD – Movimento para Democracia

MS – Ministério da Saúde

MSAS – Ministério da Saúde e Assuntos Sociais

MSTAS – Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais

OMD – Objetivos do Milênio para o Desenvolvimento

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNS – Política Nacional de Saúde

PND – Plano Nacional de Desenvolvimento

PAIGC – Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde

PAICV – Partido Africano da Independência de Cabo Verde

PAV – Programa Alargado de Vacinação

PIB – Produto Interno Bruto

PS – Posto de Saúde

PMI/PF – Protecção Materno Infantil e Planeamento Familiar

RS – Região Sanitária

RSSN – Região Sanitária Santiago Norte

SNS – Sistema Nacional de Saúde/Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TPH – Taxa da Pobreza Humana

TCLE – Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido

UIPSE – União Internacional da Promoção da Saúde e Educação

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância

USB – Unidade Sanitária de Base

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 TEORIAS E MODELOS SOBRE A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	20
3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	27
4 PRESSUPOSTOS	33
5 OBJETIVOS	35
5.1 Objetivo geral	35
5.2 Objetivos específicos	35
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	36
6.1 Tipo de estudo	36
6.2 População de estudo, área e período de referência	37
6.2.1 Caracterização da área de estudo	37
6.2.2 População de estudo e período de referência	43
6.3 Tipo, fonte e exploração dos dados	46
6.3.1 Descrição e caracterização do perfil epidemiológico de Cabo Verde	46
6.3.2 Análise dos determinantes do processo de transição epidemiológica em Cabo Verde	50
6.3.3 Análise de tendência de mortalidade	55
6.4 Softwares utilizados	58
7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	59
8 RESULTADOS	60
8.1 Evolução do perfil epidemiológico de Cabo Verde	60
8.2 Os determinantes do processo de transição epidemiológica em Cabo Verde	88
8.3 As tendências do padrão epidemiológico em Cabo Verde	123
9 DISCUSSÃO	139
9.1 Características e determinantes do perfil epidemiológico de Cabo Verde	143
9.2 A evolução das tendências da mortalidade em Cabo Verde	150
10 CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES	157
REFERÊNCIAS	160
APÊNDICES	168
ANEXOS	179

1 INTRODUÇÃO

As profundas transformações no perfil epidemiológico pelas quais as sociedades vêm passando, acompanhadas de outras mudanças demográfica e socioeconômica expressam melhorias significativas nas condições de vida das populações. Por outro lado, as grandes diferenças, sobretudo cronológicas desse processo entre continentes e países, traduzem grandes desigualdades nos seus fatores determinantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

Na publicação do relatório da saúde no mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS), por ocasião da Assembléia Mundial da Saúde em 1997, o tema central era a ameaça crescente que pesa na saúde pública por causa das enfermidades não transmissíveis, em particular, o câncer, as enfermidades cardiovasculares, as enfermidades respiratórias crônicas e a diabetes. Em sua mensagem de introdução, o Doutor Hiroshi Nakajima, diretor geral da Organização Mundial da Saúde (1997), escreveu:

A probabilidade de vida aumentou de modo espetacular no mundo durante as últimas décadas do século 20. Enquanto nos felicitamos nestes anos adicionais que nos é oferecido, nós temos que reconhecer que sem a qualidade de vida, uma longevidade aumentada quase que não apresenta interesse e que a esperança da saúde é mais importante que a expectativa de vida.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) constituem um grande desafio à saúde pública, destacando-se por ser hoje um problema também do “terceiro mundo”. No entanto, em várias regiões do mundo, particularmente no Continente Africano, as Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) continuam sendo as principais causas de morbimortalidade, tendo as questões sociais e econômicas como principais determinantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1997).

Os vários fatores determinantes do complexo saúde doença das populações, sejam eles de natureza econômica, social, demográfica ou nutricional, interferem de forma diferenciada no padrão de morbimortalidade de continentes, países e regiões, fazendo com que cada um experimente processos diferentes de mudanças no seu perfil epidemiológico. Isso decorre da mudança dos níveis de risco e seus efeitos na

saúde da população, que é atribuível, em parte, a alterações ao longo do tempo e às diferenças na intensidade da mudança demográfica, econômica e social, ao nível nacional e global (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Nos países desenvolvidos, as mudanças verificadas no perfil epidemiológico foram consequências de melhorias das condições socioeconômicas e sanitárias e de ampliação do acesso aos serviços de saúde. Nesses países, encontram-se baixas taxas de DIP e elevadas taxas de DCNT, estas em consequência do aumento da expectativa de vida e de fatores de risco como reduzida atividade física, sobrepeso, entre outros. Atualmente em alguns países desenvolvidos está se verificando um ligeiro declínio da idade de acometimento por DCNT e esforços estão sendo direcionados para a redução das taxas de morte prematura por doença arterial coronariana, doença cérebro-vascular e certos tipos de câncer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Uma profunda mudança na distribuição das principais causas de morbidade e mortalidade que ocorreu nos países desenvolvidos está ocorrendo nos países em desenvolvimento. Globalmente, o fardo das doenças não transmissíveis tem aumentado rápido nesses países. A carga de morbidade, mortalidade e incapacidade devido às DCNT continua a crescer, atingindo 66% das mortes em 2002, e as pessoas afetadas são em média mais jovens. No entanto, nesses países, devido às desigualdades que os caracterizam, podem ser encontrados um complexo de situações típicas dos países desenvolvidos e de países subdesenvolvidos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Nos países com renda baixa e média, as DCNT e seus fatores de risco acometem essencialmente os grupos mais ricos. Dados mais recentes mostram, no entanto, com o tempo, os comportamentos que afetam a saúde e as DCNT a eles associados, concentrados em comunidades mais pobres e o agravamento das desigualdades socioeconômicas. Nos países mais pobres, mesmo que as DIP e as ligadas à desnutrição dominem a tabela de morbimortalidade, os fatores de risco para as DCNT vêm se espalhando. Em países subdesenvolvidos geralmente encontram-se taxas elevadas de DIP e baixas taxas de DCNT, decorrentes de vários fatores ligados à pobreza, aos baixos investimentos em políticas públicas, ao

inadequado saneamento do meio, ao analfabetismo, etc. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

No entanto, o que se sabe é que os determinantes das DCNT são praticamente os mesmos em todos os países para os quais existem dados disponíveis, tais como reduzida atividade física, consumo elevado de alimentos ricos em calorias, mas pobres em nutrientes, ricos em gordura, açúcar e sal, e conseqüentemente, a obesidade, a hipertensão arterial, a hiperglicemia, a hiperlipidemia, além de outros fatores como o consumo elevado do álcool e o tabagismo. Para as DIP, os problemas estão associados principalmente às políticas públicas, à pobreza, ao saneamento, etc. Para todas as situações, põe-se hoje a questão das alterações ambientais, os problemas de comportamentos individuais e de grupos tendo em conta a reemergência de antigas e emergência de novas doenças (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005a).

Segundo o relatório do Banco Mundial (2005), o que se verifica ao longo da história, é que enquanto os problemas avançam, o reconhecimento e a resposta mundial não seguem o mesmo ritmo. Por exemplo, os países de baixo e médio rendimento estão preocupados em controlar em primeiro lugar as doenças infecciosas e só depois as doenças crônicas. Isto tem contribuído, por um lado, para o desconhecimento do peso real que representa as doenças crônicas para esses países, e por outro, o grande desequilíbrio social e investimentos insuficientes em políticas públicas fazem com que o peso das doenças transmissíveis continue elevado (BANCO MUNDIAL, 2005).

Há portanto a necessidade de uma abordagem global e integrada. Para isso cada país deve fazer um esforço no sentido de conhecer melhor a sua situação epidemiológica e as modificações verificadas através da identificação dos reais problemas de saúde de sua região para poder estimar as necessidades da população e preconizar a adoção de medidas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005a).

A compreensão nas mudanças do padrão epidemiológico e demográfico tem constituído objeto de estudos em todo mundo. Estes estudos têm permitido conhecer

e classificar os diferentes padrões existentes e os determinantes relacionados, além de contribuir na adoção de medidas mais adequadas no enfrentamento dos novos problemas (CESSE, 2007).

Os estudos de Freese e Fontbonne (2006) permitiram constatar diferentes processos de transição entre continentes, regiões e países e dentro de países. Para os autores, por exemplo, a busca de equidade social no século passado ocorreu de forma gradual em vários países do Hemisfério Norte. Isto permitiu a superação de um "perfil arcaico" para um "perfil moderno", por meio de melhorias das condições socioeconômicas e sanitárias e da ampliação do acesso aos serviços de saúde. Já no Hemisfério Sul na quase totalidade dos países, isto não ocorreu ou ocorreu parcialmente, permitindo situações ou padrões diferentes de transição. Para os autores, dentro desses padrões diferentes de transição, um novo perfil epidemiológico "o perfil de desigualdade" pode ser identificado ao se acoplar a antigas mazelas algumas novas doenças e situações de risco à saúde num contexto de iniquidade social (FRESSE; FONTBONNE, 2006).

Nesse contexto de diferentes perfis, autores como Araújo (1992) já havia colocado que é importante o entendimento de que o modelo de transição verificado em determinados países ou regiões podem não ser aplicados para outros, tendo em conta as diferenças na sua estrutura social (ARAÚJO, 1992).

Dos diferentes perfis encontrados, apesar do aumento progressivo das doenças crônicas, muitos países ainda apresentam um "perfil do atraso". Por outro lado, mesmo em países desenvolvidos as alterações no perfil epidemiológico continuam ocorrendo, pondo em evidência de que a transição não é um fenômeno que se dá de forma linear (FREESE; FONTBONNE, 2006).

Com vista a superar os desafios, Freese (2006) propõe que é oportuno e necessário avaliar o realizado e discutir e elaborar novas propostas de intervenção. Para isso é necessário o conhecimento das características epidemiológicas da população.

2 TEORIAS E MODELOS SOBRE A TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

As mudanças no padrão epidemiológico, demográfico e determinações do processo saúde doença das populações vêm sendo objeto de estudos há várias décadas, buscando compreender cada vez melhor esse fenômeno, permitindo identificar soluções mais adequadas aos desafios impostos por tais mudanças.

Na busca de compreender essas mudanças, diversos estudos têm sido realizados por vários autores em diversas partes do mundo propondo modelos que visem explicar essas transformações. Um dos primeiros autores a desenvolver estudos que contemplem o processo de transição foi Frederiksen (1969). Para esse autor, as transformações demográficas e socioeconômicas são eventos interligados e que os diferentes estágios ou fases por que passam a estrutura demográfica e os padrões de adoecimento dependem das condições sociais da população.

Relativamente à essa relação entre o aspecto demográfico, epidemiológico e o nível de organização social proposto por Frederiksen (1969), é conhecida a troca de opiniões, freqüentemente divergentes, sobre qual Transição se sobrepõe pela respectiva importância, a demográfica ou epidemiológica.

De maneira resumida, se alega do lado epidemiológico que foi a mudança no perfil de incidência das doenças que favoreceu o declínio da mortalidade, e assim seguida pelo declínio da fecundidade possibilitou a transição demográfica. Por exemplo, na Inglaterra do século XIX cerca de 75% da queda da mortalidade é atribuída à redução da incidência da tuberculose e praticamente os restantes 25% correspondem às reduções nas incidências da febre tifóide, do tifo e da cólera. Isto é, toda a grande queda da mortalidade naquela época é devida às reduções nas incidências das doenças transmissíveis (LUNA, 2002).

Esta discussão evolui em épocas mais recentes para uma colocação mais generalista, onde se reconhece que o processo é um só e a abordagem condicionada por circunstâncias específicas de cada campo é que as diferencia. Por exemplo, enquanto a transição demográfica já é reconhecida e analisada no entre

guerras do século passado, a explicitação sistemática da transição epidemiológica só vai ocorrer cerca de 40 anos mais tarde. Portanto, há uma correlação direta entre transição epidemiológica e demográfica. As mudanças nos padrões de morbidade e mortalidade acompanham o processo de transição demográfica. Todas as fases de transição demográfica apresentam padrões predominantes de morbi-mortalidade (LUNA, 2002).

Omram (1971) postulou que a transição epidemiológica compreende algumas fases de características específicas, onde ocorre uma evolução progressiva, de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para outra fase em que predominam a mortalidade por doenças crônicas tais como as cardiovasculares, os tumores e as crônico-degenerativas.

Essas fases de características específicas poderiam, segundo o referido autor, ser agrupadas em três modelos, de acordo com suas durações e intensidades: Clássico (cujos exemplos típicos são os Estados Unidos, o Reino Unido e a Suécia) onde as doenças degenerativas substituem as infecciosas como causa principal de mortalidade já no início do século XX, resultante de fatores socioeconômicos, evolução sanitária do século XIX e tecnologia médica do século XX; O Acelerado (Japão) com processo mais tardio, porém muito mais acelerado, e o Contemporâneo onde a transição é muito recente ou ainda não se completou (OMRAM, 1971).

Na realidade, este autor sistematiza um conjunto de idéias que naquele momento já havia se tornado hegemônicas. Segundo o autor, a teoria da transição se fundamentaria em cinco pressupostos básicos:

- a) a mortalidade seria o fator fundamental na dinâmica das populações;
- b) durante a transição epidemiológica, em longo prazo, existe uma substituição do padrão de morbimortalidade;
- c) durante a transição, as mudanças mais profundas no padrão de morbimortalidade ocorrem entre crianças e mulheres jovens;
- d) as mudanças que caracterizam a transição epidemiológica estão intimamente associadas com a transição demográfica e socioeconômica, constituindo em conjunto o “complexo de modernização”.

- e) as variações no padrão, ritmo, determinantes e conseqüências das mudanças populacionais diferenciariam os três modelos básicos da transição epidemiológica

Em publicação posterior, o autor indica pequenos adendos à teoria, admitindo um quarto modelo de transição, o modelo transitório. Este seria uma variante do terceiro, representado principalmente por países da Ásia, nos quais em anos recentes estaria ocorrendo um movimento muito rápido em direção à superação das diferenças entre eles e os países do “modelo clássico”, tendo como principais exemplos, Coréia do Sul, Singapura e Taiwan (OMRAM, 2001).

O autor admite também já em respostas às críticas que as doenças infecciosas não se desapareceriam totalmente como causas de morte, nem de morbidade. No entanto Omram (2001) justifica que essas constatações não comprometeriam o sentido geral da teoria da transição epidemiológica, enquanto uma seqüência linear e natural de etapas, que pode variar em seu ritmo, mas com uma direção clara e estabelecida da substituição das doenças infecciosas e parasitárias pelas crônico-degenerativas e causas externas como mais importantes causas de mortalidade e morbidade das populações humanas (OMRAM, 2001).

Mais tarde Olshansky e Ault (1986), nos Estados Unidos, propõe uma nova fase, a fase do retardamento das mortes por doenças crônicas e degenerativas, caracterizada pelo declínio da mortalidade em adultos e aumento da longevidade.

Posteriormente Olshansky et al. (1997) introduziram uma nova fase, a fase das doenças emergentes e re-emergentes devida ao reaparecimento de doenças que no passado foram causas de grandes epidemias e surgimento na atualidade de novas doenças.

As diversas teorias e modelos explicativos sobre a transição epidemiológica vêm sendo alvos de críticas há vários anos, tendo em conta a diversidade de padrões encontrados, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Vários autores têm demonstrado que o modelo de transição epidemiológica observado nos países mais desenvolvidos, não podem ser aplicados aos países menos desenvolvidos. Segundo Araújo (1992), a análise dos padrões de mortalidade nos países menos desenvolvidos e nos países em desenvolvimento aponta para diversos padrões, onde podem ser encontrados situações de permanência e até de agravamento das doenças infecciosas, por um lado, e por outro, o aumento das doenças crônico-degenerativas e das causas externas. Nos países desenvolvidos, as transformações sociais que deram origem às mudanças do perfil epidemiológico ocorreram de modo coerente e sustentável, enquanto nos países em desenvolvimento, por exemplo, as transformações sociais se dão de forma diferente e distribuídas de forma desigual, determinando diferentes tipos de padrões epidemiológicos dentro do mesmo país (ARAÚJO, 1992).

A análise da situação na América Latina por exemplo, mostra que um quadro mais complexo do que o habitualmente reconhecido pela teoria da transição epidemiológica emerge na análise dos padrões de mortalidade e morbidade do subcontinente. Observa-se um quadro de grande heterogeneidade entre os países e dentro dos países (LUNA, 2002).

O Brasil e o México são exemplos paradigmáticos de um novo modelo de transição, apresentando características distintas dos demais países do subcontinente. Nesses países podem ser encontrados coexistência de diversos padrões: há uma superposição entre as etapas nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas; a reintrodução de doenças como dengue e cólera ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicando uma natureza não-unidirecional denominada contra-transição; o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbimortalidade persistem elevadas para ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada; as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes, caracterizando “polarização epidemiológica” ou “modelo polarizado prolongado” (SCHRAM et al., 2004).

O Continente Africano também é palco de uma grande diversidade epidemiológica à semelhança dos exemplos anteriores. Quando os países da região Africana

acederam à independência há cerca de 4 décadas, as políticas de saúde eram voltadas para o combate às doenças transmissíveis. Apesar do crescimento rápido das doenças não transmissíveis, ainda os padrões epidemiológicos predominantes continuam sendo aqueles associados às doenças transmissíveis. Segundo documento de Organização Mundial da Saúde (2001), os países da região estão sobrecarregados com a convivência de uma alta prevalência das doenças transmissíveis e as não transmissíveis que estão em rápido aumento. As situações com esse tipo de perfil epidemiológico tem sido caracterizado pela Organização Mundial da Saúde (2001) por "duplo fardo".

O termo "duplo fardo" tem sido usado pela OMS também para caracterizar o perfil epidemiológico dos países em transição, onde as doenças não transmissíveis já são as principais causas de mortalidade, convivendo com alta morbidade por doenças transmissíveis. São exemplos desses países, os Estados Africanos Insulares em Desenvolvimento (EAID), como Cabo Verde, Ilhas Maurícias e Seychelles (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

O termo "duplo fardo" corresponderia em certa medida ao perfil de "desigualdade" proposto por Freese e Fontbonne (2006). Para os referidos autores um perfil de "desigualdade" é aquele caracterizado pela secular heterogeneidade estrutural no interior de várias sociedades, com diferenciação e desigualdades acentuadas entre as diversas classes sociais. Apresenta, por um lado, persistentemente, elevadas taxas de incidência, prevalência e mortalidade para algumas DIP, endêmicas e epidêmicas, passíveis de controle ou erradicação. Por outro lado, apresenta redução acentuada e controle ou erradicação de enfermidades evitáveis por vacinação. É evidente também, nesse perfil, a expansão acentuada das DCNT. Apresenta redução lenta e gradativa da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida, explosão da violência urbana, particularmente nas cidades de grande e médio porte (FREESE; FONTBONNE, 2006).

Diante da diversidade epidemiológica existente e das propostas teóricas que visem explicar tais diversidades, a transição epidemiológica como processo apresenta-se como um fenômeno complexo. O próprio conceito da transição definido por Omram (2001) reflete tal complexidade. O autor define transição epidemiológica como

"mudanças verificadas no padrão de morbidade, mortalidade e incapacidades numa população, em geral relacionadas com outras mudanças demográficas e socioeconômicas". Essa relação entre transição epidemiológica e demográfica já era referida por autores como Frenk et al. (1991) que entendem que com a alteração do predomínio da mortalidade por doenças infecciosas para o predomínio da mortalidade por doenças crônicas, ocorre uma diminuição da mortalidade e aumento da morbidade.

A relação entre a transição epidemiológica e demográfica estabelecida pelos referidos autores remete-nos para o conceito amplo das mudanças básicas que a transição engloba: substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante.

Ainda Frenk et al. (1991) incorporam a questão da transição da saúde, que segundo os autores engloba dois elementos principais: de um lado, a transição das condições de saúde (referindo-se às mudanças na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde, expressas através das mortes, doenças e incapacidades) e de outro, a resposta social organizada a estas condições que se instrumenta por meio dos sistemas de atenção à saúde (transição da atenção sanitária). Esta determinada em grande medida pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico mais amplo.

O papel do desenvolvimento social, econômico e tecnológico proposto pelos autores referidos, demonstra claramente que o processo de transição não depende particularmente de um único aspecto, como o tradicional modelo da transição que destaca o papel da tecnologia médica como condição mais importante na transição. Segundo estes autores, os modelos clássicos dizem respeito a situações semelhantes e não levam em conta outros aspectos como a cultura, por exemplo.

Este aspecto de destaque do papel da tecnologia médica no curso da transição epidemiológica constitui uma das críticas aos modelos de transição, amplamente questionado por vários autores, entre os quais, Barreto e Carmo (1998) que

destacam a dimensão social, a temporalidade e intensidade com que ocorrem esses processos e que estes dependem muito da forma como está organizada a sociedade.

O próprio conceito de “padrão epidemiológico” proposto por Possas (1989), valoriza sobremaneira a dimensão social. Segundo a autora, o conceito de padrão epidemiológico vincula-se à estrutura de causalidade que determina formas específicas de morbidade e mortalidade. Assegura que a partir da discussão teórica sobre causalidade e determinação em epidemiologia, poderia mostrar que a análise fundamentada no conceito de risco constitui a verdadeira base da epidemiologia como ciência, notadamente na sua dimensão social (POSSAS, 1989).

O conceito de Freese e Fontonne (2006) sobre o perfil epidemiológico parece aquele que melhor reúne as várias dimensões que intervêm no processo de transição. Os referidos autores conceituam um determinado perfil epidemiológico e demográfico na atualidade como "Uma expressão dinâmica das relações políticas, econômicas e sociais que ocorrem historicamente e ocorrem permanentemente no interior e entre várias sociedades". Para os autores, o conceito de transição epidemiológica está relacionado processualmente com a forma de organização social das sociedades, determinando importantes transformações ou a substituição ou a superação de um padrão epidemiológico por outro, num determinado tempo (FREESE; FONTBONNE, 2006).

3 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

As desigualdades entre os humanos constituíram-se em objeto de reflexão há centenas de anos, com a transição do mito para o pensamento racional. Dessa discussão o que prevaleceu é que as desigualdades resultam, sobretudo, da maneira como os seres humanos constroem sua história. As desigualdades sociais se originam na ocupação de posições diferentes no que diz respeito à organização social de produção e, conseqüentemente, ao acesso a bens cuja disponibilidade é escassa e condicionam as desigualdades naturais como sexo e raça. Diferentemente, as desigualdades naturais não determinam as desigualdades sociais (SILVA; BARROS, 2002).

No campo da saúde, o conceito de equidade ou a sua falta, a iniquidade, tem sido empregada em análises sobre desigualdades sociais da saúde para qualificar aquelas consideradas como inaceitáveis, por sua elevada magnitude ou por sua já demonstrada vulnerabilidade a ações factíveis. Esse julgamento, contudo, especialmente ao tratar de questões como níveis de saúde, necessariamente exige o estabelecimento, à priori, de uma linha divisória, que será tomada como parâmetro de justo ou injusto, orientada em grande parte, por princípios morais, éticos e políticos, que são historicamente dados. Pode-se então, falar em iniquidades em saúde não enquanto um valor abstrato, mas sim como uma manifestação mensurável da injustiça social, geralmente representada pelos diferenciais no risco de adoecer ou morrer. Esses riscos, por sua vez, se originam das condições heterogêneas de existência e de acesso a bens e serviços, inclusive os de saúde (SILVA; BARROS, 2002).

Ao longo de décadas vários autores têm-se ocupado do estudo das iniquidades da saúde, na busca de construção de modelos que analisam as relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma sociedade e a situação de saúde de sua população (ALMEIDA FILHO, 2003).

Para Whitehead (2000) as iniquidades em saúde entre grupos e indivíduos, além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desiguais. Para a referida

autora, a interação entre os indivíduos, seus comportamentos e estilos de vida, a comunidade, as condições de vida e de trabalho e as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade são fundamentais na produção de mais igualdades ou de iniquidades, dependendo do grau de interação de cada determinante.

Até se chegar ao entendimento que se tem hoje sobre os modelos explicativos que analisam as desigualdades em saúde e seus determinantes, esse entendimento foi construído ao longo da história. Vários paradigmas explicativos para os problemas de saúde foram estabelecidos e superados. Primeiramente a teoria miasmática no século XIX que conseguia responder às importantes mudanças sociais e práticas de saúde observadas no âmbito dos novos processos de urbanização e industrialização ocorridos naquele momento histórico (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Nas últimas décadas do século XIX, com o extraordinário trabalho de bacteriologistas como Koch e Pasteur, afirma-se um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença. Mais tarde surge a saúde pública como campo científico, que inicialmente teve na sua configuração o enfoque médico biológico. Ao longo do século XX observa-se uma permanente tensão entre as abordagens biomédica e sociopolítico e ambiental. A própria definição de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, inserida na Constituição da OMS no momento de sua fundação, em 1948, é uma clara expressão de uma concepção bastante ampla da saúde, para além de um enfoque centrado na doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Segundo os referidos autores (2007), a Conferência de Alma-Ata, no final dos anos 70, e as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000” recolocam em destaque o tema dos determinantes sociais. Na década de 80, o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado desloca novamente o pêndulo para uma concepção centrada na assistência médica individual, a qual, na década seguinte, com o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais.

A ênfase aos Determinantes Sociais da Saúde atingiu seu momento de destaque com a criação da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS – OMS) em Março de 2005. Trata-se de um fórum estratégico mundial formado por lideranças políticas, científicas e de sociedade organizada. A comissão tem como meta global a busca da equidade em saúde e lidera um processo mundial de organização de conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde com vistas a fortalecer as práticas e as políticas voltadas para a diminuição das iniquidades em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005b).

As diversas definições de Determinantes Sociais da Saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. A Comissão Homônima da Organização Mundial da Saúde adota uma definição, segundo a qual, os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2005b).

No campo prático, o que se tem observado no campo da saúde, seja através de relatórios dos sistemas das Nações Unidas e outras organizações intergovernamentais, seja através de produções acadêmicas, é que de fato os determinantes do processo saúde doença dependem fundamentalmente da forma da organização social. Segundo Almeida Filho (1998), muitos estudos demonstram que apesar das transformações, mais ou menos radicais, dos modelos de atenção à saúde em todo mundo e os avanços na economia de muitos países, as reais condições de saúde das populações não têm melhorado na mesma proporção. Isto está relacionado principalmente com a distribuição desigual dos recursos e a forma como está organizada a sociedade (ALMEIDA FILHO, 1998).

Na realidade o volume de riqueza gerado por uma sociedade é um elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde. Mas estudos sobre as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento têm permitido entender por que existem países com um PIB total ou PIB per capita muito superior a outros e, no entanto, não possuem indicadores de saúde muito mais satisfatórios. Estes estudos permitem

constatar que uma vez superado um determinado limite de crescimento econômico de um país, um crescimento adicional da riqueza não se traduz em melhorias significativas das condições de saúde. A partir desse nível, o fator para explicar a situação geral da saúde de um país não é sua riqueza total, mas a maneira como ela se distribui (INIQUIDADE..., 2006).

Alguns exemplos ilustram claramente a relação entre as desigualdades em saúde e seus determinantes sociais. Segundo Organização Mundial de Saúde (2007), nas Américas, por exemplo, as desigualdades em saúde são amplas e profundas. Segundo o referido documento, nas Américas, a maior proporção de mortalidade materna ocorre nos países mais pobres da América Latina e do Caribe; em 2005, a expectativa de vida ao nascer varia de um mínimo de 68,8 anos na América Central a um máximo de 77,9 anos na América do Norte; as diferenças quanto à expectativa de vida entre os países são ainda mais notáveis, em particular a diferença entre os mais ricos e os mais pobres, que aumentou para quase 20 anos.

Destacam-se ainda que as mulheres embora tenham, em média, uma expectativa de vida ao nascer seis anos superior à dos homens, a situação social de muitas mulheres coloca em risco a qualidade de suas vidas; a distribuição diferenciada de ameaças à saúde recentemente emergentes e seus fatores de risco exacerbaram ainda mais as desigualdades em saúde nos países; cerca de 218 milhões de pessoas não contam com proteção contra o risco de doenças porque carecem de cobertura de saúde da seguridade social e 100 milhões não tem acesso aos serviços de saúde devido a sua localização geográfica, barreiras econômicas ou à ausência de centros de saúde próximos de seus lares ou locais de trabalho (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007).

Outro documento sobre as desigualdades e seus determinantes é o relatório final da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (2008). No referido relatório, foram ilustrados vários exemplos de situações de desigualdades, demonstrando que a África enfrenta sérios problemas de saúde pública. Na região Africana por exemplo, em 2005, a expectativa de vida era de 48 anos para homens e 50 anos para as mulheres, a mortalidade infantil era de 99 por 1000 crianças nascidas vivas. A situação é mais grave na África a sul do Sahara. O Continente Africano possui 11%

da população mundial, no entanto 60% dos infectados pelo HIV vive na África e 90% dos infectados por malária são em menores de 5 anos. Dos 20 países com maior taxa de mortalidade materna, 19 se encontra em África. O que se nota na grande maioria dos países Africanos é uma grande precariedade social e econômica e uma má distribuição de recursos. O mesmo relatório afirma que se conhece os desafios e as formas de combater essas desigualdades, mas também se conhece as limitações e fragilidades do sistema de saúde na África, que não beneficia as classes maioritariamente desfavorecidas (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

O referido relatório trouxe também análises importantes a nível mundial, inclusive as desigualdades nos países mais desenvolvidos. Segundo o relatório, por exemplo, uma menina nascida na Suécia vai viver 48 anos mais do que outra que nasce na Serra Leoa. Um trabalhador não qualificado terá uma vida útil 28 anos a menos do que um empresário, na Escócia. Em East Baltimore nos Estados Unidos, um negro desempregado tem um tempo de vida 32 anos menor do que um advogado branco. Um jovem Afro-Americano tem 1,8 vezes mais probabilidade de morrer de uma doença cardiovascular do que um jovem Americano branco. Esses aspectos põem em evidência de que a saúde e a qualidade de vida são socialmente determinadas e que a identificação e intervenções sobre estes determinantes sociais poderão diminuir as desigualdades sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

No entanto, estudos sobre os determinantes da saúde têm trazido novos conceitos. Na 8ª Conferência Europeia da União Internacional da Promoção da Saúde e Educação (UIPSE), Navarro (2009) trouxe à discussão a questão das relações de poder como importante elemento na produção das desigualdades. Segundo o autor, nos últimos 30 anos, houve muitas mudanças no contexto político, social e econômica em que os eventos da saúde são produzidos e reproduzidos. A política neoliberal, iniciado por Reagan nos Estados Unidos e Thatcher na Grã – Bretanha, nos finais dos anos 70 e 80, com a crescente liberalização do mercado, tem fomentado uma diminuição da responsabilidade pública e contribuído para o crescimento da privatização dos cuidados médicos. Tem havido também, segundo o autor, mudanças na distribuição de poder e estas mudanças têm sistematicamente beneficiado alguns grupos em detrimento de outros (NAVARRO, 2009).

O mesmo autor mostra que o que tem acontecido não é uma redução das intervenções do Estado, mas uma mudança na natureza e caráter das intervenções, resultante de alterações nas relações de poder em cada país, com o estabelecimento de uma aliança entre as classes dominantes dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Essa aliança de classes é responsável pela promoção da sua ideologia neoliberal e esta é, segundo o autor, a causa das enormes desigualdades em saúde no mundo de hoje. O autor reconhece os avanços conseguidos sobre os DSS, principalmente após a criação da CDSS e a maioria das recomendações contidas no seu relatório. No entanto, critica os relatórios da CDSS por ignorarem as relações de poder que moldam estes determinantes sociais e recomenda que uma política nacional de saúde deve incidir sobre os determinantes estruturais da saúde e deve ter como principais componentes, os aspectos políticos, sociais, económicos e culturais (NAVARRO, 2009).

4 PRESSUPOSTOS

Estudar um fenômeno tão complexo como a transição epidemiológica pressupõe que se recorra a abordagens que dêem conta sobretudo dos contextos das mudanças no padrão de adoecimento e morte da população.

A transição epidemiológica em Cabo Verde vem sendo descrito há vários anos, tanto em documentos de Política Nacional de Saúde (PNS), Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND), Relatórios estatísticos do Ministério da Saúde (MS), como em alguns estudos epidemiológicos e produções acadêmicas. Desses estudos e produções merecem destaque o estudo sobre a "saúde das crianças menores de cinco anos em Cabo Verde", realizado pela UNICEF (1996), em parceria com o Ministério da Saúde de Cabo Verde, que analisa vários aspectos, inclusive a situação nutricional. Outro estudo foi feito por Correia (2004) intitulado "o padrão de mortalidade em Cabo Verde". Este estudo, além de outros objetivos, segundo o autor, analisa o estado de transição epidemiológica em Cabo Verde. Nobre Leite (2008) fez um estudo intitulado "transição epidemiológica e transição de formação em Cabo Verde" onde faz referências importantes sobre os determinantes sociais da saúde.

Entretanto, é unânime o entendimento de que o processo de transição epidemiológica em Cabo Verde carece de mais estudos que possam contribuir para o conhecimento das suas características e seus determinantes, sua natureza e conseqüências, fundamentais para o entendimento das características sanitárias da população Caboverdiana.

Colocamos como pressupostos do presente estudo:

- a) As transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas no país, com aumento de investimentos nas políticas públicas de saúde, educação, saneamento, entre outros, contribuíram para o melhoramento da qualidade de vida;

- b) A melhoria das condições de vida, com a diminuição do peso das doenças transmissíveis, diminuição da fecundidade e da mortalidade contribuíram para o aumento da expectativa de vida;
- c) O aumento da expectativa de vida, a urbanização crescente da população e aquisição de novos hábitos e estilos de vida vêm contribuindo para o aumento das Doenças Crônicas não Transmissíveis;
- d) O insuficiente investimento em políticas públicas com baixa cobertura em recursos da saúde e do saneamento básico, a proximidade das regiões de risco tornam o país vulnerável, e conseqüentemente a persistência ainda elevada, sobretudo da morbidade por doenças transmissíveis;
- e) O modelo de informação sanitária existente carece de instrumentos que contribuam nos estudos que analisam as mudanças do padrão de morbimortalidade em Cabo Verde;
- f) A transição epidemiológica, em curso, no país, ocorre num contexto de desigualdade social e econômica, conseqüentemente num contexto de desigual distribuição dos fatores de risco à saúde.

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Analisar a transição epidemiológica e seus determinantes em Cabo Verde, tendo em conta as mudanças ocorridas no país, de 1975 a 2005.

5.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever e caracterizar a evolução do perfil epidemiológico de Cabo Verde, no período de 1975 a 2005;
- b) Analisar os determinantes que influenciaram o processo de Transição epidemiológica em Cabo Verde;
- c) Verificar as tendências do padrão epidemiológico de Cabo Verde.

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Tipo de Estudo

Como forma de atingir os objetivos traçados, recorreremos a um estudo complementar entre o método quantitativo e qualitativo.

Na abordagem qualitativa foram feitas pesquisas documental e bibliográfica com objetivo de reunir as informações que permitissem compreender as transformações verificadas no país, nos diversos contextos. Remetemo-nos também a entrevistas semi-estruturadas com atores chaves, utilizando análise temática de conteúdo, com intuito de obter opiniões sobre os determinantes do processo de transição epidemiológica em Cabo Verde.

Segundo Bardin (2004):

A análise temática de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. A investigação destas variáveis inferidas (as causas que se procura determinar no processo heurístico) a partir dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores; referências no texto), confere à Análise de Conteúdo o carácter de ser um bom instrumento de indução. Numa palavra, a indução é a essência do método.

Na abordagem quantitativa recorreremos a um estudo epidemiológico descritivo de série temporal da mortalidade pelos principais grupos, subgrupos e causas específicas de óbitos, para melhor compreender o peso relativo das causas de óbitos seleccionadas e as tendências do padrão epidemiológico em Cabo Verde.

Os estudos de série temporal são estudos em que uma mesma área ou população é investigada em momentos distintos do tempo e apresentam um desenho agregado, observacional e longitudinal e a sua principal característica é, geralmente, trabalhar com dados secundários (ROUQUAYROL, 2003).

Para Souza (1989), é denominada série temporal a classe de fenômenos cujo processo observacional e conseqüente quantificação numérica gera uma seqüência de dados distribuídos no tempo.

6.2 População de Estudo, área e período de referência

6.2.1 Caracterização da área de estudo

Cabo Verde é um arquipélago de origem vulcânica situado a 450 km da costa ocidental africana, a oeste de Dacar, Senegal. O arquipélago ocupa uma superfície de 4.033 km² e uma zona econômica exclusiva de 700.000km². É constituído por dez ilhas, das quais nove são habitadas e vários ilhéus, divididos em dois grupos denominados de Barlavento, ao norte e Sotavento, ao sul, de acordo com a posição que ocupam em relação ao vento dominante do nordeste. O clima é árido ou semi-árido e as ilhas são relativamente dispersas e o relevo é bastante acidentado na sua maioria, tendo apenas cerca de 10% do seu solo como área propícia para agricultura.

Descoberto pelos Portugueses em 1460, as ilhas começaram a ser colonizadas dois anos mais tarde. Durante cerca de 500 anos de colonização, foram criadas as condições para Cabo Verde de hoje: a formação de um povo com características próprias, resultante da união simbiótica entre europeus e africanos. Não se trata de um somatório de duas culturas convivendo lado a lado, mas sim, um terceiro produto, totalmente novo, resultante de um intercâmbio que começou desde o início do povoamento das ilhas. A língua oficial é o Português. A língua nacional, a língua do povo, o crioulo caboverdiano com sua variação nas nove ilhas habitadas está em processo de sua implementação como segunda língua oficial.

Quanto à religião, os caboverdianos são de maioria Católica Romana (mais de 90%), mas outras denominações religiosas estão implantadas em cabo verde, existindo

boas relações entre elas e a liberdade religiosa é garantida pela constituição e respeitada pelo governo.

Sobre a divisão administrativa, Cabo Verde é dividido em Concelhos (Municípios). Esta divisão remonta o período colonial, havendo algumas ilhas-municípios e outras com vários municípios. De 1975 a 1990, o país era composto por 14 Concelhos. A partir de 1991, com a mudança do regime até então em vigor, foram criadas mais três municípios e no primeiro semestre de 2005, foi aprovada pela Assembleia Nacional (AN), a constituição de cinco novos municípios, resultando nos actuais 22 municípios do país. A capital do país é a cidade da Praia, situada na ilha de Santiago, onde se encontram sedeadas as principais instituições dos órgãos do poder do Estado.

No aspecto político, Cabo Verde viveu sob o regime colonial até 1974, quando foi empossado o Governo de Transição do Estado (GTE), cuja incumbência era de governar o país e criar as bases para as eleições da Assembleia Nacional (AN), num contexto de descolonização. No dia 5 de julho de 1975, foi proclamada a independência de Cabo Verde. Mesmo com a formação de um estado independente, o regime político não era plural e democrático. A organização do poder político seguia os ideais do partido único (antes o PAIGC-Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde e mais tarde o PAICV-Partido Africano da Independência de Cabo Verde) que suportava o governo. Esta condição encontra sua base na Lei Sobre a Organização Política do Estado (LOPE), documento criado antes da primeira Constituição da República (CR) de Cabo Verde de 1980 que conferiu ao partido da independência uma posição hegemónica, isto é passou a ser "força política e dirigente da sociedade". Essa lei orgânica jurídico-política seria o primeiro instrumento indispensável à governação e administração do país. No contexto sociológico, o regime de partido único instalado na sequência da independência, logo à partida começou a dar sinais de crise (NASCIMENTO, 2004).

A primeira Constituição de 1980 era bastante influenciada pelos modelos dos ordenamentos políticos dos Estados Socialistas, nomeadamente da ex – RDA (República Democrática Alemã), bastante contestados nas últimas duas décadas do século XX e superado pelos modelos de Estado liberal (NASCIMENTO, 2004).

Em Janeiro de 1991 ocorreram as primeiras eleições legislativas após criadas as condições institucionais e necessárias às eleições onde vários partidos poderiam concorrer. Estava assim fechado um ciclo de um regime monopartidário para um novo regime político da história de Cabo Verde como país independente e soberano. Em 1992 foi aprovada uma nova constituição (CABO VERDE, 1992).

Pela Constituição da República de 1980, o Governo, órgão executivo e administrativo do país era composto por Ministros e Secretários de Estado e liderado pelo Primeiro-Ministro. De 1975 a 1990, no nível local, os Concelhos (Municípios) eram dirigidos por Delegados do Governo, nomeados pelo chefe do governo e directamente dependentes do Ministro da Administração Local e Urbanismo.

A partir de 1991, um novo modelo de gestão despontava com o reforço do poder local. O estatuto dos Municípios aprovado pela Assembleia Nacional em 1995 tornava lei as perspectivas da descentralização. A organização política e administrativa local é, a partir de então, composta pelos órgãos legislativos – Assembleias Municipais (Câmaras de vereadores no Brasil), órgãos deliberativos dos municípios e constituídos por um presidente e deputados municipais (Vereadores, no Brasil). Em representação do executivo, as Câmaras Municipais (Prefeituras no Brasil), constituído por um presidente (Prefeito no Brasil) e por vereadores. Todos os órgãos são eleitos por sufrágio direto, universal, livre e secreto (GOMES, 2006).

Relativamente aos aspectos socioeconômicos, a República de Cabo Verde é um país pobre em recursos naturais, com uma produção agrícola insuficiente para satisfazer as necessidades alimentares da população. O país importa mais de 80% dos alimentos de que necessita e não se vislumbra uma auto-suficiência alimentar para Cabo Verde. As importações são equivalentes a 60% do Produto Interno Bruto (PIB). Dentre várias vulnerabilidades do país, destaca-se a sua dependência das remessas e da ajuda pública ao desenvolvimento, que conjuntamente representam 34% do PIB. A contribuição mais importante para o PIB vem do setor terciário ou de serviços com 70% em 2005, dos quais 40% proveniente do setor turístico. A pobreza ocupa um lugar importante entre os fatores condicionantes e determinantes do nível de saúde, tendo em conta as suas múltiplas causas e manifestações ligadas à

alimentação, habitação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2002, 2006).

Partindo duma base de dificuldades, o esforço para a Reconstrução Nacional e a busca constante da independência econômica traduziram em avanços importantes dos indicadores socioeconômicos (Apêndice G).

Sobre o aspecto demográfico, nos últimos 60 anos, a população cabo-verdiana conheceu uma evolução cíclica. Assim, uma vez controlados os efeitos negativos das fomes e epidemias sobre a população, a taxa média de crescimento conheceu um aumento fulgurante no período 1950-1970, passando de -2% na década 1940-1950 para 3% entre 1950 e 1970. No entanto, na década 1970-1980, com a forte corrente de emigração ocorrida no país, houve uma redução da taxa de crescimento. Na década de 1980, a taxa retomou a sua ascensão, mas a um ritmo menor que a década anterior. A partir da década de 90, o ritmo de crescimento médio esteve à volta de 2,4% (CABO VERDE, 1983; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2000).

As modificações sofridas na dinâmica populacional caboverdiana fez com que em poucas décadas, a população se tornasse maioritariamente urbana, com aumento da proporção de idosos, embora seja ainda uma população predominantemente jovem (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2000).

A distribuição da população por ilhas e municípios mostram um crescimento da população com contornos diferentes, apresentando grande variabilidade, com concentração da população nos centros urbanos da Praia, São Vicente e Sal (Apêndice F).

Sobre o sistema de saúde, quando o país acede à independência, o sistema de saúde existente concentrava-se nas zonas urbanas e atendia a um número reduzido da população. As ações de saúde pública existiam desde o período colonial, mas refletiam geralmente medidas pontuais de higiene e sem uma perspectiva de saúde coletiva articulada com a cobertura universal pelos serviços (CARVALHO, 2008).

Desde a independência, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Cabo Verde é baseado no modelo dito "Regionalizado", modelo de organização do Sistema de Saúde que se encontra mais generalizado e que melhor se adapta aos países em desenvolvimento, com grande parte da população residente em zonas rurais e aonde o SNS se fundamenta nos cuidados primários de saúde (CPS) escalonados em níveis hierarquizados de atendimento. A partir de 1989, inseriu-se ao sistema, um sector privado de saúde, onde clínicos gerais e especialistas nos diversos domínios oferecem a possibilidade de escolha, previsto no modelo dito "Díspero" (CABO VERDE, 2006).

O Serviço Nacional de Saúde está sob tutela do Ministro da Saúde. No nível local ou municipal, o SNS está sob responsabilidade do Delegado de Saúde que é a autoridade sanitária e representante do Ministro da saúde. Compõem o SNS no nível central os serviços e organismos que assistem o Ministro na formulação de política de saúde, no exercício da função de regulação e gestão do SNS e na avaliação de desempenho (as Direções Gerais). Existem os órgãos consultivos como o Conselho do Ministério da Saúde (CMS), O Conselho Nacional de Saúde (CNS), este criado em 1990, e Instituições dependentes como Hospitais Centrais e O Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS). Este último criado em 1993, coordena as áreas de comunicação, informação e educação em saúde.

A organização do SNS segue o princípio da organização político-territorial do país. O país está dividido administrativamente em concelhos ou municípios, onde estão implantados os órgãos desconcentrados do Sistema Nacional de Saúde. Os cuidados de saúde são prestados por níveis hierarquizados de atenção. As Unidades Sanitárias de Base (USB), Postos de Saúde (PS) e Centros de Saúde (CS), constituem o nível de atenção primária. Nos Hospitais Regionais (HR) funcionam cuidados especializados de menor complexidade (nível secundário). Nos Hospitais Centrais (HC) são prestados cuidados mais especializados de nível secundário e terciário (CABO VERDE, 2007a).

Para uma melhor organização dos serviços de saúde e adequar as respostas de acordo com as necessidades da população, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº 25/2003 de 25 de Agosto) prevê a criação de Regiões Sanitárias

(RS) "aonde e quando possível" como entidades descentralizadas de administração de saúde (CABO VERDE, 2003). A Regionalização dos serviços de saúde já constituía uma das grandes propostas da Carta Sanitária (CS) de 1999 e veio a se concretizar com a criação da primeira Região Sanitária de Cabo Verde – Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), Decreto-Lei nº58/2006 de 26 de Dezembro.

No campo da informação em saúde, a análise da situação de saúde em Cabo Verde muitas vezes foi baseada em dados limitados havendo problemas desde o diagnóstico correto, passando por problemas de registro, notificação, entre outros. Essa forma de apresentação de dados, alguns traduzidos em informações, que prevaleceu nos sucessivos documentos do Ministério da Saúde e relatórios sectoriais que contemplam dados e informações do sector da saúde. Atualmente são realizados relatórios estatísticos anuais que contemplem dados mais organizados (CABOVERDE, 1984, 2006).

Sobre os indicadores, priorizando a cobertura com infra-estruturas e recursos humanos, em 1975, Cabo Verde contava com um número limitado de recursos de saúde, sejam eles de infra-estruturas, materiais e humanos. Além dos dois Hospitais Centrais existentes na cidade da Praia e Mindelo, haviam apenas 27 postos de saúde, muitos deles instalados em casas alugadas e em péssimo estado de conservação e com carência de equipamentos. Quanto aos recursos humanos, o país contava com 13 médicos, dos quais onze nacionais, 140 enfermeiros de nível geral e auxiliares e alguns agentes sanitários vinculados à Brigada de Luta Contra o Paludismo. Com o passar dos anos, os indicadores melhoraram significativamente, atingindo, por exemplo, um rácio de 1 médico por 2067 e um enfermeiro por 996 habitantes, respectivamente (CABO VERDE, 2006; GOMES, 2006).

Em consequência das transformações ocorridas, particularmente no campo da saúde, o país é referenciado por entidades que estaria em fase de transição epidemiológica, processo que OMS (2001) caracterizou de "duplo fardo" epidemiológico e Valdez (2007) chamou de "acumulação epidemiológica" devido à convivência de DCNT em crescimento e ainda uma elevada prevalência de DIP.

6.2.2 População de estudo e período de referência

Na abordagem qualitativa os atores-chaves entrevistados constituíram a população de estudos.

Na análise quantitativa a população de estudo foi constituída dos óbitos por capítulos, grupos, subgrupos e causas isoladas, ocorridos em Cabo Verde no período de 1975 a 2005. Para o efeito, foram seleccionados os grupos de causas de óbitos de acordo com a Classificação Internacional de Doenças na sua décima revisão (CID – 10) e utilizamos as categorias de três caracteres dessa classificação.

Os capítulos para o estudo foram seleccionados dentre as 10 causas de óbitos (os grandes grupos de causas) mais frequentes ocorridos no país, no período considerado. Foram escolhidos cinco capítulos mais frequentes de óbitos: Doenças do Aparelho Circulatório (DAC); Doenças do Aparelho Respiratório (DAR); Neoplasias; Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) e Causas Externas. Por razões que se prendem com o registo de óbitos, as Causas Externas aqui representam dois capítulos: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas e Causas externas de morbidade e mortalidade. Foi considerado também o capítulo dos Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte. Nesse capítulo seleccionamos as Causas Desconhecidas e mal Definidas por representar uma elevada percentagem de óbito. O capítulo das Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais figura entre as 10 causas de óbitos e nesse capítulo escolhemos para análise Diabetes mellitus e Marasmo nutricional.

Os dados de mortalidade pelos grandes grupos de causas no período considerado, encontram-se disponíveis no período de 1971 a 1975; nos anos de 1981, 1983, 1989 e no período de 1991 a 2005. Com isso, não foi possível construir séries completas no período considerado para o estudo.

Considerando o aspecto referido, a análise da mortalidade pelos grandes grupos ou capítulos foram feitas, considerando o período de 1981 a 2005 para mortalidade

proporcional e 1991 a 2005 para análise de tendência. Isto porque existem dados de mortalidade referentes ao ano de 1981, 1983, 1989 e no período de 1991 a 2005. Para análise da série por grupos, subgrupos e causas específicas, consideramos o período de 1992 a 2005, em que os dados de mortalidade estão mais completos. Para melhor compreender a evolução da mortalidade de acordo com os dados disponíveis, apresentamos a mortalidade proporcional e os coeficientes de mortalidade por períodos quinquenais no período de 1975 a 2005, já que não dispomos de séries completas no período.

No quadro 1 são apresentados os capítulos, grupos, subgrupos e causas isoladas estudados. Salientamos que nem todos os capítulos apresentados no quadro foram estudados. No entanto, foram introduzidos por serem as 10 causas de óbitos mais frequentes no período de estudo. Os capítulos XIX e XX representam as Causas Externas, o capítulo XVIII representa o grupo das Desconhecidas e mal Definidas, isto porque o registro dos óbitos foi feito, misturando óbitos por capítulos com óbitos por grupos e subgrupos.

Capítulo	Grupos	Subgrupos	Causas específicas
I (A00-B99) Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias		<ul style="list-style-type: none"> •Doenças infecciosas intestinais (A00-A09) •Tuberculose (A15-A19) •Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana (B20-B24) 	<ul style="list-style-type: none"> •Todas as formas de tuberculose •Todos os óbitos por HIV-aids
IX (I00-I99) Doenças do Aparelho Circulatório		<ul style="list-style-type: none"> •Doenças cérebro-vasculares (I60-I69) •Doenças hipertensivas (I10-I69) •Doença Cardíaca pulmonar e da circulação pulmonar (I20-I25) •Outrs Formas de Doença do Coração (I30-I52) 	
X (J00-J99) Doenças do Aparelho Respiratório		<ul style="list-style-type: none"> •Infecção por influenza e Pneumonia (J10-J21) •Doenças crónicas das vias aéreas inferiores (J40-J47) 	
II (C00-D48) Neoplasias	•Neoplasias Malignas (C00-C97)	<ul style="list-style-type: none"> •Neoplasias malignas dos órgãos digestivos (C15-C26) •Neoplasias do aparelho respiratório e órgãos intratorácicos (C30-C39) •Neoplasias malignas do trato urinário (C64-C68) •Neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos (C51-C58) •Neoplasia maligna da mama (C50) 	•Neoplasia maligna do estômago (C16)
IV (E00-E90) Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais		<ul style="list-style-type: none"> •Diabetes mellitus (E10-E14) •Desnutrição (E40-E46) 	<ul style="list-style-type: none"> •Todas as formas de diabetes •Marasmo nutricional (E41)
XIX (S, T) Lesões, Envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas			
XX (V, W, X, Y) Causas externas de morbidade e mortalidade		<ul style="list-style-type: none"> •Acidente de transporte (V01-V99) •Agressões (X86-Y09) 	•Homicídios
XVIII (R00-R99) Sintomas, Sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte		•Causas desconhecidas e mal definidas de morbidade e mortalidade (R95-R99)	
VI (G00-G99) Doenças do sistema nervoso			
XI (K00-K93) Doenças do aparelho digestivo			
XVI (P00-P96) Algumas afecções originadas do período perinatal			

Quadro 1: Capítulos/Grupos, subgrupos e causas específicas estudadas

Fonte: Adaptado da Organização Mundial da Saúde (1993).

6.3 Tipo, fonte e exploração dos dados

6.3.1 Descrição e caracterização do perfil epidemiológico de Cabo Verde

Para descrever e caracterizar o perfil epidemiológico de Cabo Verde, foi realizada pesquisa bibliográfica e documental em documentos sob forma de textos, como livros, artigos científicos e relatórios. Realizamos também pesquisas em bases informatizadas como a Página Oficial do Governo, Estatísticas de Mortalidade do Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Estatísticas de Cabo Verde (INE - CV). A escolha dos documentos e base de dados para pesquisa seguiu as regras de Exaustividade, incorporando elementos de varias áreas; regras da Representatividade por serem fidedignas fontes de informação; regras da Homogeneidade por seguir um critério único e preciso; e regra de Pertinência, significando adequadas fontes de informação, conforme proposto por Bardin (2004).

A pesquisa foi realizada considerando tudo que esteja relacionado com os aspectos políticos, socioeconômico, demográficos e epidemiológicos, permitindo uma caracterização mais exaustiva possível de Cabo Verde.

Analizamos cinco momentos, 1975, 1985, 1995, 2000 e 2005, que nos permite conhecer três periodos importantes do ponto de vista político, social e econômico para Cabo Verde com suas implicações no campo da saúde: o período que antecede à independência, em 1975; o período pós-independência, de 1975 a 1990; e a partir da instauração da democracia em 1991.

Para o efeito, utilizamos a classificação de Freese e Fontbonne (2006) que classificam três tipos de Perfis (Arcaico, Moderno e de Desigualdade), de acordo com os seus Indicadores de Saúde, Determinantes e indicadores políticos e socioeconômicos.

Segundo os autores,

Perfil “Arcaico” é aquele determinado pela “Precariedade e Exclusão Social” e caracterizado historicamente pela elevada mortalidade infantil, baixa expectativa de vida e persistência secular das chamadas “doenças negligenciadas”. Esse abrangente perfil está constituído por várias doenças transmissíveis endêmicas/epidêmicas, que são passíveis de serem prevenidas, controladas, erradicadas/eliminadas.

Perfil “Moderno” é aquele caracterizado pelo “Bem-Estar Social”, sendo determinado historicamente pelo adequado emprego de políticas econômicas e sociais e, particularmente, através de políticas públicas, com a construção de uma rede de proteção social. Apresenta baixa mortalidade Infantil, elevada expectativa de vida e predomínio absoluto das DCNT sobre as DIP.

Perfil de “Desigualdades” é aquele caracterizado pela secular heterogeneidade estrutural no interior de várias sociedades, com diferenciação e desigualdades acentuadas entre as diversas classes sociais. Apresenta, por um lado, persistentemente, elevadas taxas de incidência, prevalência e mortalidade para algumas DIP, endêmicas e epidêmicas, passíveis de controle ou erradicação como esquistossomose, malária, hanseníase, tuberculose etc. Por outro lado, apresenta redução acentuada e controle ou erradicação de enfermidades evitáveis por vacinação. É evidente também, nesse perfil, a expansão acentuada das DCNT. Apresenta redução lenta e gradativa da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida, explosão da violência urbana, particularmente nas cidades de grande e médio porte.

Usamos a definição dos pontos de corte dos indicadores de acordo com os tipos de perfis, proposto pelos autores Freese e Fontbonne (2006) apresentado no quadro 2. A legenda correspondente aos indicadores encontram-se em nota abaixo.

PERFIS	Mortalidade Infantil ¹	Expectativa de vida (anos) ²	Taxa de Natalidade ³	Taxa de Fecundidade ⁴	Renda Percapta ⁵	Índice de Desenvolvimento Humano ⁶	Posição na Classificação por IDH
Moderno	Abaixo de 10/mil	Acima de 75 anos	Até 15/mil	Até 2,1	Acima de 10,000	Entre 0,956 – 0,800	Até 50
Desigualdades	Entre 11 – 40/mil	Entre 74 – 65 anos	Entre 16 – 25/mil	Entre 2,2 – 3,0	Entre 5 – 10 mil	Entre 0,500 – 0,800	Entre 50 e 100
Arcaico	Acima de 40/mil	Abaixo de 65 anos	Acima de 25/mil	Acima de 3,0	Abaixo de 5 mil	Abaixo de 0,500	Acima de 100

Quadro 2 -Tipo de perfis e definição dos pontos de corte dos indicadores

Fonte: Adaptado de Freese e Fontbonne (2006) e Central Intelligency Agency (2005)

Nota:

¹Taxa de mortalidade infantil = Nº óbitos em Crianças menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico.

²Expectativa de vida = Nº médio de anos que um indivíduo pode esperar viver, se submetido, desde o nascimento, às taxas de mortalidade observadas no ano observado (nascimento).

³Taxa de Natalidade = Nº de Crianças nascidas vivas por cada mil habitantes, numa determinada área

⁴Taxa de Fecundidade = Nº médio de filhos por mulher em idade fértil (15 – 49 anos).

⁵Renda per capita = É a soma em valores monetários de todos os bens e serviços finais produzidos por uma região, durante um período, dividido pela população total da referida região. É o PIB por habitante/ano em dólares americanos.

⁶IDH = É uma maneira padronizada de avaliação e medida de bem-estar de uma população e engloba três dimensões: Riqueza, educação e esperança de vida. O seu valor vai de 0 a 1, onde 0 significa nenhum desenvolvimento humano e 1 significa máximo desenvolvimento humano. IDH dos países de desenvolvimento humano muito alto (acima de 0,900); IDH dos países com desenvolvimento humano alto (de 0,800 a 0,899); IDH dos países com desenvolvimento humano médio (de 0,500 a 0,799) e dos países com desenvolvimento humano baixo (abaixo de 0,500).

Para melhor compreensão dos diferentes momentos estudados, utilizamos também a proposta de Cesse (2007) que ao estudar os determinantes da ocorrência das DCNT, no Brasil, no século XX, considerou três níveis de determinação (Macro-determinantes, Micro-determinantes e Determinantes individuais ou de grupo) nos seus diferentes contextos, político, econômico e de ocupação de espaços.

Entendendo, segundo a autora que:

Macro-determinantes se referem às macropolíticas e ações próprias do desenvolvimento do país.

Micro-determinantes se referem às ações específicas do campo da saúde.

Determinantes individuais ou de grupo se referem à forma como os indivíduos/grupos vivem em sociedade, seus hábitos e estilos de vida.

Para a caracterização do perfil demográfico, utilizamos a atual classificação Central Intelligency Agency (2005) que inclui uma quinta fase ou estágio de transição demográfica, além da classificação original proposta por Warren Thompson em 1929 que incluía 4 fases.

Segundo a atual classificação, uma sociedade passa pelas seguintes fases ou estágios de transição demográfica:

Fase 1: A natalidade se dá de forma descontrolada porém, ao mesmo tempo, a taxa de mortalidade, por fatores ligados às baixas condições sanitárias básicas, epidemias, entre outros, também apresenta índices altíssimos, resultando num crescimento populacional muito pequeno. Há que assinalar, no entanto, que na atualidade não há nenhum país que se encontre ainda na fase 1, com taxas de natalidade e de mortalidade entre 40 e 50 por mil habitantes.

Fase 2: Os índices de mortalidade iniciam uma importante descida motivada pela melhoria nas condições sanitárias, entre outros fatores, aumentando a expectativa de vida, mas os índices de natalidade não acompanham essa tendência, se mantendo em níveis altos, causando um rápido crescimento populacional. Em muitos países, essa fase teve início com a revolução industrial. Hoje em dia, muitos países subdesenvolvidos como Níger, Mali e Haiti vivem essa fase.

Fase 3: A taxa de natalidade experimenta uma queda importante devido à melhoria, sobretudo do acesso aos serviços preventivos e de controle de natalidade e à educação (fazendo com que o planejamento familiar fique mais difundido), mas a taxa de mortalidade continua baixando. O resultado é um crescimento vegetativo reduzido em relação à fase 2, mas ainda marcadamente positivo. Países como Honduras, Índia e Marrocos passam por essa fase.

Fase 4: Os índices de natalidade e mortalidade reduzem-se atingindo valores muito próximos, se estabilizando a níveis muito baixos, resultando num crescimento populacional pequeno, típico dos países como Espanha, Japão e Reino Unido.

Fase 5: Nessa fase a mortalidade superará a natalidade em consequência das famílias que optam por ter um número muito reduzido (entre 1 e nenhum) de filhos para manter o padrão de vida. Esse fenômeno ocorre principalmente nos países desenvolvidos como a Alemanha e Itália onde o processo já iniciou. Esse efeito é muito temido por analistas, pois com crescimento populacional negativo, a população terá mais velhos que jovens, o que pode acarretar num rombo para a previdência social desses países.

6.3.2 Análise dos determinantes do processo de transição epidemiológica

Para analisar os determinantes do processo de Transição, foram colhidas experiências e opiniões de atores importantes do cenário Político/Social e Sanitário do país através de entrevistas, tendo em conta a importância da entrevista na coleta de informações.

Segundo Minayo (2004, p. 109), o que torna a entrevista um instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, e ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturas específicas. A entrevista nos permite obter informações pertinentes relativas ao objeto de pesquisa.

A entrevista como instrumento de pesquisa é amplamente destacado por vários autores como Kvale (1996, p. 84) que definiu entrevista como sendo “Uma atividade que está mais próxima da arte do que dos métodos sociais padronizados.”

É este sentido da arte definido por Kvale (1996) que buscamos nas entrevistas com o objetivo de fazer uma análise de profundidade, permitindo obter uma melhor compreensão do fenômeno estudado.

Optamos por entrevista Semi-estruturada que, segundo Honnigmann (1954 apud MINAYO, 2004, p. 108-109) é aquela que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de percorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

A entrevista foi feita seguindo um roteiro (Apêndice H) que foi aplicado aos entrevistados: Governantes e Formuladores de Políticas, Responsáveis de Serviços Concentrados e Desconcentrados do Estado, Diretores de Serviços e Programas do Ministério da Saúde, Representantes de Instituições não Governamentais e Organizações Internacionais sediadas no país.

Quanto à escolha dos atores-chave ou sujeitos de investigação, foram construídos teoricamente enquanto componentes do objeto de estudo. Foram seleccionadas personalidades representativas na compreensão do fenómeno que se coloca neste estudo.

O número dos atores-chave entrevistados seguiu o **critério de saturação**, ou seja, quando os dados coletados não oferecem novas categorias ou representações. Assim, foram suficientes para a análise, a entrevista com oito atores-chave.

Antes da aplicação da entrevista foi realizado um pré-teste com três personalidades com perfil semelhante aos atores seleccionados para entrevistas. Para todos os participantes, as questões eram claras, porém, na primeira questão sobre a Percepção da Transição Epidemiológica em Cabo Verde houve a necessidade de se acrescentar a questão relacionada com a Temporalidade do Processo de Transição. Quanto à segunda questão referente aos Determinantes do Processo de Transição, além da identificação dos determinantes, acrescentou-se o como esses determinantes influenciaram o processo de transição.

Para análise, trabalhamos tendo em conta as categorias **transição epidemiológica** como processo e os **determinantes do processo de transição**.

Segundo Bardin (2004), as categorias de análise "são rúbricas ou classes que reúnem um conjunto de elementos sob um título genérico".

As subcategorias ou temas definidos foram:

- a) a percepção do processo de transição epidemiológica;
- b) os determinantes do processo de transição epidemiológica;
- c) os desafios colocados pelo processo de transição.

Durante a aplicação das entrevistas aos atores selecionados para pesquisa, todas as questões se mostraram claras e com o mesmo entendimento encontrado no pré-teste. A questão sobre temporalidade do processo de Transição Epidemiológica não foi aplicada aos entrevistados que de certa forma negam a transição como processo efetivo, salvo os mesmos referirem algo relacionado com essa questão. A última questão sobre o que os entrevistados tinham mais a acrescentar, todos se limitaram a fazer um resumo do que falaram durante a entrevista e da importância da realização de estudos sobre o tema em questão.

Após aplicação das entrevistas foram identificadas as seguintes subcategorias ou temas para análise:

- a) Percepção da transição epidemiológica como processo;
- b) A temporalidade do processo de transição epidemiológica;
- c) Os determinantes e suas influências no processo de transição epidemiológica;
- d) Impacto e desafios do processo de transição epidemiológica.

Importante destacar que o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente.

d'Unrug (1974 apud BARDIN, 2004) define o tema como sendo:

Uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; a sua validade não é de ordem linguística, mas sim de ordem psicológica: podem constituir um tema tanto uma afirmação como uma alusão; inversamente um tema pode ser desenvolvido em várias afirmações (ou proposições). Enfim, qualquer fragmento pode remeter (e remete geralmente) para vários temas [...].

As respostas a questões abertas e entrevistas podem ser, e são, frequentemente analisados, tendo o tema como base. E fazer uma análise temática consiste em descobrir os "núcleos de sentido" que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência nas comunicações podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. Isto permite fazer a indução, sendo esta a essência do método (BARDIN, 2004).

No nosso caso, a técnica de análise utilizada é do tipo temático e por frequência. Não foi utilizada a frequência ponderada, que segundo Bardin (2004) é utilizada quando se verificar um maior peso da unidade de registro na expressão do entrevistado.

A análise foi desenvolvida em três pólos cronológicos, segundo Bardin (2004, p. 89):

- 1) a pré-análise;
- 2) a exploração do material;
- 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase da organização propriamente dita. Nessa fase faz-se a leitura flutuante de forma a se deixar invadir por impressões e orientações. A pré-análise tem por objetivo a organização, embora ela própria seja composta por atividades não estruturadas, "abertas", por oposição à exploração sistemática dos documentos. É a fase da organização do *corpus* definido pela referida autora como o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos. Nesse caso, os documentos são as informações fornecidas pelos entrevistados.

A exploração do material é a administração das técnicas sobre o *corpus*. Esta fase consiste essencialmente de operações de codificação, em função de regras previamente formuladas e é facilitada se as diferentes operações da pré-análise forem convenientemente concluídas.

O tratamento e interpretação é a fase onde se tornam significativos ("falantes") e válidos os resultados obtidos.

Procedemos também à codificação dos dados brutos dos textos produzidos nas entrevistas. A codificação corresponde a uma transformação que por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo. Segundo a autora "A codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo."

A organização da codificação compreende três escolhas: a escolha das unidades, escolha das regras de contagem e escolha das categorias.

Adotamos uma matriz conforme apresentado no quadro 3 onde estão representados os "núcleos de sentido" identificados na análise das falas dos entrevistados de um lado, e do outro, as unidades de registros correspondentes a cada tema ou subcategoria de análise.

Temas ou subcategorias de análise		
Sujeitos de pesquisa ou entrevistado	Núcleos de sentido	Unidades de registro ou de classificação

Quadro 3- Matriz de análise dos temas.

Fonte: Elaboração própria a partir de Bardin (2004)

Adotamos também uma grelha de análise frequencial das unidades de registro conforme apresentado no quadro 4, entendendo que as unidades de registro são unidades de significação a codificar e corresponde ao seguimento do conteúdo a codificar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial.

Tema ou subcategoria	Unidades de registro	Frequência das unidades de registro

Quadro 4 - Grelha da análise frequencial das unidades de registro.

Fonte: Elaboração própria a partir de Bardin (2004)

Para análise frequencial das unidades de registro, cada unidade identificada foi atribuído um código (uma letra) e a frequência, o número de vezes que a unidade aparece nas falas dos entrevistados ou sujeitos de pesquisa. Cada unidade de

registro recebeu o peso 1 que representa a força do fenômeno. Como não utilizamos a frequência ponderada, nenhuma unidade recebeu maior peso que a outra na expressão do sujeito de pesquisa.

Foi atribuído um código a cada entrevistado (entrevistado I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII), por (EPI, DRN, GEP, DHC, BOM, DGP, MS, ROM, respectivamente), permitindo a identificação dos sujeitos de pesquisa, sem no entanto, comprometer o respeito pela confidencialidade, anonimato e uso ético das informações fornecidas pelos mesmos.

O resultado foi apresentado sob forma de percentagem, aplicando o quantitativo no qualitativo, e em profundidade, aplicando o qualitativo aos resultados quantitativos.

6.3.3 Análise de Tendência de Mortalidade

Para análise de tendência da mortalidade, utilizamos o total dos óbitos pelas causas estudadas no período considerado e registradas pela Divisão de Estatísticas do Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Estatísticas, além de documentos texto que contêm esses dados.

Os dados sobre a população são provenientes da Direcção de Recenseamento e Inquéritos (censos de 1970 e 1980) e do Instituto Nacional de Estatísticas (censos de 1990 e 2000), com as respectivas projecções.

É necessário destacar que até 1991, os dados da mortalidade por causas se encontram dispersos em vários documentos textos, havendo séries incompletas de 1976 a 1980, do ano de 1982, de 1984 a 1988 e do ano de 1990. Entre 1971 e 1975 os óbitos não se encontram agrupados por ano e sim no período.

Para análise procedemos os seguintes passos:

Primeiro passo: Somamos todos os óbitos no período de 1971-1975 a 2005 pelas 10 principais causas (por capitupo)/ano: Infecciosas e Parasitárias; DAC, Neoplasias,

Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças do Aparelho Digestivo, Doenças do Sistema Nervoso; Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais; Afecções Perinatais, Causas Externas e Causas Desconhecidas e mal Definidas de Morbidade e Mortalidade;

Segundo passo: Somamos todos os óbitos no período de 1992 a 2005 por grupos, subgrupos e causas específicas/ano: Doenças Cérebro-vasculares; Doenças hipertensivas; Doenças isquêmicas do Coração; Outras Doenças próprias do Coração; Neoplasias Malignas dos Órgãos Digestivos; Neoplasias do Aparelho Respiratório e Órgãos Intra-torácicos; Neoplasias Malignas do Trato Urinário; Neoplasias Malignas dos Órgãos Genitais Femininos; Neoplasias Malignas da Mama; Doenças Infeciosas Intestinais; Tuberculose; Doenças pelo HIV; Influenza (Gripe) e Pneumonia, Doenças Crônicas das Vias Respiratórias; Neoplasias do Estômago; Diabetes Mellitus; Marasmo Nutricional; Acidente de Transporte e Agressões representadas pelos Homicídios;

Terceiro passo: Procedemos ao cálculo da Mortalidade Proporcional (MP) por capítulos, grupos, subgrupos e causas específicas de todos os anos referidos, sendo o cálculo obtido pela equação: $MP = (\text{Óbito pela causa} / \text{Total de óbitos}) \times 100$, no período (Apêndice A);

Quarto passo: Procedemos ao cálculo do Coeficiente de Mortalidade (CM) por capítulos, grupos, subgrupos e causas específicas de todos os anos referidos, obtido pela equação $CM = (\text{Óbito pela causa} / \text{população do período}) \times 100 \text{ mil}$ (Apêndice B);

Quinto passo: Procedemos a apresentação da evolução da mortalidade proporcional por capítulos: Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças Infeciosas e Parasitárias, Neoplasias e Causas Externas, de 1981 a 2005, sendo que de 1981 a 1990 só temos óbitos de 1981, 1983 e 1989 (Gráfico 1). Apresentamos também a evolução da mortalidade proporcional por subgrupos das DAC, das DAR, das Neoplasias Malignas, Causas Externas, DIP e Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais (Gráficos 2, 3, 4, 5, 6 e 7, respectivamente);

Sexto passo: Analisamos tendência de mortalidade por capítulos no período de 1991 a 2005 por Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Neoplasias, Causas Externas e Causas Desconhecidas e mal Definidas (Gráficos 8, 9, 10, 11, 12 e 13, respectivamente);

Sétimo passo: Analisamos tendência de mortalidade por subgrupos e causas específicas de 1992 a 2005: Doenças Cérebro-vasculares, Doenças hipertensivas, Doenças Isquêmicas do Coração, Outras Doenças Próprias do Coração; Neoplasias Malignas dos Órgãos Digestivos, Neoplasias Malignas do Estômago, Neoplasias Malignas do Aparelho Respiratório e Órgãos Intra-torácicos, Neoplasias Malignas do Trato Urinário, Neoplasias Malignas dos Órgãos Genitais Femininos, Neoplasias Malignas da Mama; Doenças Infecciosas Intestinais, Tuberculose, Doenças pelo HIV; Influenza (Gripe) e Pneumonias, Doenças Crônicas das Vias Respiratórias; Diabetes Mellitus, Marasmo Nutricional; Acidente de Transporte e Agressões representadas pelos Homicídios (Tabelas 1, 2, 3, 4, 5 e 6, respectivamente);

Oitavo passo: Para analisar a tendência da mortalidade por capítulos, grupos, subgrupos e causas específicas de óbitos no período de estudo, foi realizada análise de tendência linear nos anos da série histórica do estudo. Foram estimados modelos de regressão linear simples, definidos como: $Y = \alpha + \beta \text{ ANO}$, sendo α o coeficiente médio no período analisado e β o incremento (acréscimo ou decréscimo) médio no período. A regressão linear é explicada pelo valor de β , pelo $p < 0,05$ e por R^2 (Coeficiente de Correlação) que corresponde a força de relação linear, ou seja, quanto maior o valor de R^2 , maior é a relação. As conclusões são tomadas ao nível de significância de 95%.

Nono passo: Utilizamos períodos de cinco anos, 1971-1975; 1981-1985; 1986-1990; 1991-1995; 1996-2000 e 2001-2005 para apresentarmos a mortalidade proporcional e coeficiente de mortalidade por capítulos, visto que não dispomos de dados de mortalidade de todos os anos no período considerado para o estudo. Para o efeito, como nos períodos de 1981 a 1985 e de 1986 a 1990 só temos registro de óbitos no anos de 1981, 1983 e 1989, a MP foi calculada com o óbito dos anos 1981 e 1983 para o período de 1981 a 1985 e para o período de 1986 a 1990, foram

considerados os óbitos de 1989. Apresentamos mortalidade proporcional em relação as 10 principais causas de óbitos (Apêndice C) e em relação ao total de óbitos ocorridos no período (Apêndice D). Os coeficientes de mortalidade nos períodos quinquenais foram obtidos com a média dos óbitos no período e a população do meio do período (Apêndice E). Para o período de 1981 a 1985, foi utilizada a média dos óbitos dos anos 1981 e 1983 e a população no meio do período que corresponde ao ano de 1983. Para o período de 1986 a 1990 foram utilizados óbitos de 1989 e a população do mesmo ano.

6.4 Softwares utilizados

Para o tratamento dos dados, foi necessário o recurso aos softwares:

- Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 8.0
- Excel 2000

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fiocruz e encaminhado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para apreciação das normas e diretrizes reguladoras sobre este tipo de pesquisas. O projeto foi registrado no CONEP com o nº 15621 e depois de avaliado foi aprovado sob o parecer nº 786/2009. No CEP/CPqAM/FIOCRUZ, o projeto encontra-se registrado com o nº 29/2009 e aprovado sob o parecer nº 09/2010. A aprovação do projeto foi feita de acordo com as atribuições definidas na resolução CNS 196/96 (Anexo A).

Para realização de entrevistas com os sujeitos de pesquisa foi entregue previamente a cada entrevistado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) e foram fornecidos todos os esclarecimentos necessários do que se pretende com o estudo, os riscos a ele relacionados e a garantia do respeito pela confidencialidade, anonimato e uso ético das informações.

Importante salientar que os dados de mortalidade utilizados neste estudo foram dados secundários de domínio público, encontrados no Ministério da Saúde de Cabo Verde, Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde, em vários outros relatórios e documentos programáticos de outros setores e em estudos e produções acadêmicas.

8 RESULTADOS

8.1 A evolução do perfil epidemiológico de Cabo Verde

Caracterização do perfil epidemiológico de Cabo Verde em 1975

No quadro 5 é apresentado o tipo de perfil epidemiológico de Cabo Verde por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais no ano de 1975. Considerando os indicadores de saúde, determinantes e indicadores políticos e socioeconômicos, verificamos que até 1975, o perfil epidemiológico predominante em Cabo Verde era, de acordo com a classificação de Freese e Fontbonne (2006), um perfil "Tradicional" ou "Arcaico".

Indicadores/ País	Mortalidade Infantil (por mil)	Expectativa De vida total (anos)	Taxa de Natalidade (por mil)	Taxa de fecundidade (criança por mulher)	População (milhares de habitantes)	Renda per capita (PIB por Habitante/ Ano em US\$)	IDH	Posição no IDH	Perfil epidemiológico
Cabo Verde	108,6 Acima de 40/mil	55,4 Abaixo de 65 anos	36,1 Acima de 25/mil	7,5 Acima de 3,0	284,331	US\$190 Abaixo de US\$5 mil	Abaixo de 0,500	Acima de 100	Arcaico

Quadro 5- Característica do Perfil Epidemiológico por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais, Cabo Verde, 1975.

Fonte: Elaboração própria a partir de Cabo Verde (1970, 1983a, 1989, 2006).

Quanto aos indicadores de saúde: Segundo Vieira (1999), o perfil epidemiológico de Cabo Verde caracterizou-se ao longo dos anos que antecederam à independência por taxas elevadas de morbimortalidade, sobretudo àquelas ligadas às doenças transmissíveis, consequências das precárias condições sanitárias existentes. Vários fatores contribuíam para o estado de saúde da população, de entre as quais a fraca cobertura com os recursos da saúde, as deficientes condições de saneamento e de moradia, as secas constantes, a fome e as frequentes epidemias, resultantes do abandono que estava votada a população.

Dados indicam que em 1975 o país apresentava alta taxa mortalidade infantil (108,6/mil nados vivos), baixa expectativa de vida (esperança de vida total de 55,4 anos), alta natalidade (36,1/mil) e alta fecundidade (7,5 filhos/mulher em idade fértil). As DIP erradicáveis por vacinação, como sarampo, poliomielite e tétano tinham um peso importante, tanto no capítulo da morbidade como da mortalidade. Nesse ano a prevalência do sarampo foi de 131/100 mil e do tétano de 5/100 mil. Apesar da baixa prevalência da poliomielite, nesse ano, era comum registrar casos de epidemia por essa doença, demonstrando a fragilidade do país relativamente à ocorrência de epidemias. Apresentava uma elevada prevalência de doenças negligenciadas endêmicas como a malária (294/100 mil), tuberculose (64/100 mil) e lepra (83,3/100 mil). No período de 1971 a 1975, as doenças infecciosas intestinais constituíam as principais causas de doença e de óbito, de entre as doenças infecciosas e parasitárias, representando 69,5% dos óbitos por DIP. Em termos de mortalidade por DIP, a tuberculose ocupava a segunda posição com 9,5%, seguido da meningite meningocócica com 9,3% (CABO VERDE, 1976, 1983a, 2006).

Relativamente às DCNT, não se encontram registros que representem o panorama da morbidade por esse grupo de doenças. No capítulo da mortalidade, encontramos uma percentagem relativamente elevada da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no período de 1971 a 1975, ocupando a terceira posição de entre as 10 principais causas de óbito, com 9,10% do total, seguida pelas doenças do aparelho respiratório com 8,7%. A mortalidade proporcional por causas externas ocupavam a sétima posição de entre as principais causas de morte, com 2,9% do total de óbitos, sem especificação das causas (CABO VERDE, 1976, 2006).

No aspecto nutricional, segundo Carvalho (2008), era comum registrar casos de anemia, marasmo nutricional, kwashiokor, desnutrição proteico-calórico e outras deficiências nutricionais como pelagra (deficiência de Niacina) e de vitamina A, entre outras. A mortalidade por avitaminose e outras deficiências nutricionais eram elevadas, principalmente no grupo etário de menos de 1 ano.

Quanto aos determinantes e indicadores políticos e socioeconômicos: Até Dezembro de 1974, Cabo Verde viveu sob o regime colonial Português. A partir dessa data, o país foi governado por um governo de transição até 5 de Julho de

1975, quando o país se tornou independente. Portanto o regime político vigente no ano de 1975 seria de um regime semi-totalitário com uma democracia frágil e instável pós-período colonial (NASCIMENTO, 2004).

Em termos socioeconômicos, na altura da independência, Cabo Verde vivia uma situação de precariedade estrutural com pobreza secular. Relativamente à situação alimentar, havia uma elevada percentagem da população com deficiência nutricional. O Produto Interno Bruto (PIB) e a renda percapita eram extremamente insuficientes, sendo que a primeira era de 54,02 milhões de dólares e a segunda de US\$190/pessoa/ano. Os investimentos em políticas públicas eram muito baixos. O analfabetismo atingia perto de 60% da população. Os dados encontrados indicam que 66% da população ativa vivia no desemprego. No domínio do acesso à água potável, o consumo médio por pessoa/dia era de menos de 10 litros. No domínio do saneamento, a situação era marcada pela quase total ausência do sistema de eliminação de lixos, dejetos e águas residuais, com exceção da Praia e Mindelo onde 11% da população tinha ligação ao sistema de esgoto. Em termos de cobertura, tanto os serviços de saúde preventivos como curativos tinham baixa cobertura. Além dos dois hospitais centrais existentes na cidade da Praia e Mindelo, haviam apenas 27 postos de saúde, muitos deles em casas alugadas e em péssimo estado de conservação e com carência de equipamentos. Quanto aos recursos humanos, o país contava com 13 médicos (1 médico/21.851 habitantes), dos quais onze nacionais, 140 enfermeiros de nível geral e auxiliares e alguns agentes sanitários vinculados à Brigada de Luta Contra o Paludismo (BLCP), esta com finalidade de tentar erradicar essa doença e controlar a entrada da dengue e febre-amarela no país. Neste sentido, a protecção da doença era escassa, sobretudo nas zonas rurais, onde não havia ou havia muito pouca acessibilidade da população aos serviços. Havia alguns programas verticais de controle das doenças endêmicas, mas as ações eram mais de carácter assistencialista com predomínio em zonas urbanas. Havia uma fraca organização da sociedade civil (CABO VERDE, 1983b, 1989; GOMES, 2006).

Quanto ao nível das macro-determinações: No contexto político e económico, o país sai de um regime colonial e passa para um regime semi-totalitário e monopartidário. Sendo independente, o país assumiu-se como um país aberto ao

mundo e aberta às influências e às idéias favoráveis ao desenvolvimento. Soube se posicionar diante dos grandes blocos de desenvolvimento, de idéias e correntes políticas ou de organização societária entre o bloco comunista e o bloco capitalista. O modelo de governação era voltado pela reciclagem da ajuda pública ao desenvolvimento e pela boa gestão que conseqüentemente passa pela boa governação e pela melhor utilização dos recursos postos à disposição de Cabo Verde. Havia um fraco nível de desenvolvimento das forças produtivas e uma forte dependência do exterior. Inicia-se a elaboração de planos de acção anuais como instrumentos de gestão, devido à escassez de recursos humanos qualificados e à falta de um sistema de informação, elemento indispensável à planificação (CABO VERDE, 1983b; DELGADO 2009).

Quanto à ocupação do espaço, segundo o Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento de Cabo Verde 1982-1985 (1983) a seca, a fome, as epidemias, a emigração foram fatores dominantes da evolução da nossa população no tempo colonial. A ação desses fatores traduz-se por uma adaptação constante da massa populacional às condições ecológicas, provocando rupturas de tendência, com períodos de crescimento e redução da população. Em 1972 o saldo migratório teve o seu pico máximo devido à emigração de 8.500 cabo-verdianos. É importante destacar-se que a análise sobre a emigração legal mostrou que o grupo etário mais afetado pela emigração era o grupo de 15 a 29 anos. Em 1975, a população cabo-verdiana era predominantemente rural, representando 68% da população total e boa parte vivia em zonas de difícil acesso. Já nessa altura se verificava um crescimento da população nos principais centros urbanos, nomeadamente Praia, Sal e S. Vicente, em consequência do êxodo rural em que entre 1960 e 1980 a população do Sal e São Vicente cresceu mais de 100% e a população da Praia cresceu mais de 140%. As ações de saneamento do meio eram praticamente resumidas a medidas pontuais e nos centros urbanos. Os centros de maior concentração populacional eram pequenas e a urbanização se dava sem um ordenamento territorial planificado (CABO VERDE, 1983b).

No nível dos micro-determinantes: No contexto político, quando o país acede à independência, a política do então Ministério da Saúde e Assuntos Sociais baseava-se nos objetivos definidos no programa do governo e apresentava um carácter

centralizador. Segundo Carvalho (2008) o sistema de saúde existente concentrava-se nas zonas urbanas e atendia a um número reduzido da população. As ações de saúde pública existiam desde o período colonial, mas refletiam geralmente medidas pontuais de higiene e sem uma perspectiva de saúde coletiva articulada com a cobertura universal pelos serviços. As ações de alguns programas verticais existentes de controle das doenças endêmicas eram mais de carácter assistencialista, com predominando em zonas urbanas. Os meios de diagnóstico e tratamento eram deficientes, tanto para as doenças transmissíveis como para as crônicas não transmissíveis.

Gomes (2006) destaca algumas medidas importantes tomadas no Governo de Transição com impacto no setor da saúde, tais como: a nomeação das comissões de saneamento em Abril de 1975 e o estabelecimento de medidas legislativas tendentes à reorganização dos serviços de saúde em Maio do mesmo ano. Ainda em 1975, a partir da independência, destaca-se a reestruturação da Direcção Nacional de Saúde (DNS) e definição de competências dos departamentos que a integram e a criação de lugares de gestão nos hospitais centrais. Os princípios que nortearam a formulação da política de saúde a ser implementada em Cabo Verde a partir de 1975 encontram-se explicadas na legislação. Assim, a Lei da Organização Política do Estado (LOPE), instrumento da Gestão do Estado de 1975 a 1980, já trazia as grandes orientações da política de saúde, que viriam a ser reafirmadas na Primeira Constituição da República de 1980. No contexto económico, os investimentos em políticas públicas, particularmente de saúde eram muito baixos, na medida em que o país vivia da reciclagem das ajudas externas.

No nível dos determinantes individuais e de grupos: Apesar da falta de dados relativamente aos hábitos, particularmente ao consumo do álcool e do tabaco nessa altura, vários documentos fazem referência à aquisição de hábitos e estilos de vida urbanos em consequência da migração interna, sobretudo em direcção aos principais centros urbanos do país e das influências externas devida à emigração.

No Aspecto Demográfico: Até o ano de 1975, o perfil demográfico de Cabo Verde era caracterizado por um crescimento irregular da população. Os dados existentes mostram que até 1950, o crescimento da população cabo-verdiana era baixo e até

negativo devido às altas taxas de mortalidade provocadas por períodos de seca prolongada, fome e epidemias. Entre 1950 até início da década de 70, a população cresceu muito à volta dos 3% ao ano. Isto porque a mortalidade experimenta uma queda, enquanto a natalidade e fecundidade mantêm-se altas. No ano de 1975, o país apresentava altas taxas de natalidade (29,3/mil), altas taxas de fecundidade (7,6 filhos por mulher em idade fértil) e altas taxas de mortalidade geral (10,5/mil). A taxa de natalidade mantêm-se alta, mas a taxa de mortalidade, apesar de alta, experimenta uma queda em relação aos anos anteriores que se traduz num forte aumento da população. Podemos destacar ainda uma predominância da população jovem, com a população de zero a 25 anos a representar 63,9%. A população com mais de 60 anos representava 9,7% da população. O crescimento natural da população era à volta dos 1,88%. Observando a evolução dos indicadores e com base no modelo de classificação das diferentes fases da transição demográfica Central Intelligence Agency (2005), podemos constatar que até 1975, Cabo Verde encontrava-se na fase 2 da transição demográfica. É importante destacar que alguns países como o Níger, o Mali, a Uganda, a Somália e o Haiti ainda se encontram na fase 2 da transição demográfica (CABO VERDE, 1983a; CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, 2005; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2000).

Caracterização do perfil epidemiológico de Cabo Verde em 1985

No quadro 6 é apresentado o tipo de perfil epidemiológico de Cabo Verde por indicadores demográficos, econômicos e sociais no ano de 1985. Considerando os indicadores de saúde, determinantes e indicadores políticos e socioeconômicos, verificamos que até 1985, o perfil epidemiológico predominante em Cabo Verde era, de acordo com a classificação de Freese e Fontbonne (2006), um perfil "Tradicional" ou "Arcaico".

Indicadores/ País	Mortalidade Infantil (por mil)	Expectativa De vida total (anos)	Taxa de Natalidade (por mil)	Taxa de fecundidade (criança por mulher)	População (milhares de habitantes)	Renda per capita (PIB por Habitante/ Ano em US\$)	IDH	Posição no IDH	Perfil epidemiológico
Cabo Verde	70 Acima de 40/mil	64,125 Abaixo de 65 anos	27,24 Acima de 25/mil	6,1 Acima de 3,0	326,087	US\$690,4 Abaixo de US\$5 mil	Abaixo de 0,500	Acima de 100	Arcaico

Quadro 6: Característica do Perfil Epidemiológico por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais, Cabo Verde, 1985.

Fonte: Elaboração própria a partir de Cabo Verde (1980, 1983a, 1989, 2006).

Quanto aos indicadores de saúde: Apesar de alguma melhoria, até o ano de 1985 os indicadores de saúde de Cabo Verde eram reflexo de um fraco desenvolvimento do setor. O perfil epidemiológico era caracterizado por baixa expectativa de vida (64,125 anos), alta taxa de natalidade (27,24/mil), alta taxa de fecundidade (6,1 filhos/mulher em idade fértil) e alta taxa de mortalidade infantil (70 por mil nascidos vivos). No período de 1981 a 1985, as principais causas de mortalidade infantil eram as doenças infecciosas e parasitárias com 41% dos óbitos (destes 74% por doenças infecciosas intestinais, 11,6% por tétano, 8% por Meningite e 5,2% por Sarampo), seguidos das desconhecidas e afecções perinatais, com 24% e 17% respectivamente. A mortalidade materna era elevada, com 197 óbitos/100 mil nados vivos em 1979, baixando para 40,8 em 1981, sendo as principais causas de óbitos, as causas obstétricas diretas. Apresentava uma elevada prevalência de doenças negligenciadas endêmicas como a malária, tuberculose e Lepra. Em 1979 a prevalência da malária era de 113,3 casos por 100 mil e foram registrados 6 óbitos. Em 1980 essa prevalência diminuiu para 72,6 por 100 mil e foi registrado apenas 1 óbito. Em 1983 foram diagnosticados 503 casos de tuberculose, representando uma incidência de 160,3 casos por 100 mil habitantes. A prevalência da lepra em 1983 era de 300 por 100 mil habitantes, apresentando um aumento em relação a 1975. As DIP erradicáveis por vacinação, como Sarampo, Poliomielite e Tétano tinham um peso importante, tanto no capítulo da morbidade como da mortalidade. A epidemia de poliomielite em 1986 mostra a nossa vulnerabilidade no que diz respeito às doenças preveníveis por vacinação (CABO VERDE, 1983a, 1984, 2006).

No domínio nutricional houve alguns progressos, podendo nessa altura considerar-se o estado nutricional global da população como razoavelmente satisfatório. O problema da subnutrição era de dimensão moderada. Em 1981 por exemplo, 18,1% das crianças de 0-7 anos de idade apresentavam malnutrição calórico-proteica moderada e 0,9% apresentava malnutrição calórico-proteica grave (CABO VERDE, 1983a).

Sobre as DCNT, no período de 1981 a 1985 as doenças do aparelho circulatório ocupavam a terceira posição de entre as principais causas de óbitos, com 9,9%, seguido das doenças do aparelho respiratório com 5,6% e causas externas com 3,8%, sem especificação das causas (CABO VERDE, 1983a, 1984).

Quanto aos determinantes e indicadores políticos e socioeconômicos: Em 1985, o país completava 10 anos de independência, mas o regime político vigente era de uma democracia instável pós-período colonial. Em termos socioeconômicos, a partir de 1975, o país conheceu ganhos consideráveis. O Produto Interno Bruto passou de 54,02 milhões de dólares em 1975 para 225,15 milhões em 1985. A renda percapata passou de 190 dólares em 1975 para 690,4 dólares em 1985. Mas ainda havia grandes insuficiências em políticas públicas. A escolarização básica em 1980/81 era de 72,6%. Os dados encontrados indicam que dos 66% da população ativa que vivia no desemprego em 1975 foi reduzido em 1/3 em 1980. Os rendimentos cresceram 76%. No domínio do acesso à água potável, o consumo médio passou de 10 litros/pessoa/dia para 30 litros/pessoa/dia. De 1980 a 1985, houve melhorias importantes, destacando o acesso à água potável em que 58,2% da população passou a ter acesso normal a um sistema de abastecimento. Os problemas de habitação e saneamento eram mais graves em zonas peri-urbanas, decorrentes do fenómeno crescente da urbanização. O número médio de pessoas por família era de 5,1 no meio urbano e 5,2 no meio rural, sendo que grande maioria em residências com média de 2 compartimentos e sem sistemas de eliminação de dejetos. Em termos de cobertura dos serviços de saúde, houve melhorias, mas ainda tanto os serviços preventivos como curativos tinham baixa cobertura. Relativamente às infra-estruturas de saúde, além dos dois hospitais centrais existentes na cidade da Praia e Mindelo, foram construídos 3 hospitais regionais, 13 centros de saúde com 13 unidades de protecção materno-infantil e planeamento familiar, 3 postos de

saúde e 32 unidades sanitárias de base. Quanto aos recursos humanos, o país contava com 52 médicos em 1983 (1 médico/6.000 habitantes), o que estava dentro dos padrões recomendados pela OMS (1/10.000 habitantes). No entanto havia falta de médicos especialistas e a maioria trabalhava nos hospitais centrais. A organização da sociedade civil continuava pouco expressiva (CABO VERDE, 1983a,1983b, 1986).

Quanto ao nível das macro-determinações: No contexto político, foi promulgada a primeira Constituição da República de Cabo Verde em 1980, constituição essa, bastante influenciada pelos modelos dos ordenamentos políticos dos Estados Socialistas, nomeadamente da ex – RDA (República Democrática Alemã), bastante contestados nas últimas décadas do século XX e superado pelos modelos de Estado liberal. A constituição destacava a prevenção e a promoção da saúde no seu artigo 14º: "a saúde pública tem por objetivo promover o bem-estar [...] ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos setores médico-medicamentosos". No início da década de 80, o Governo elaborou o primeiro instrumento de gestão que permitisse planificar as suas ações a médio prazo. Tratava-se do Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento 1982-1985. No aspecto econômico, embora houvesse um grande esforço para uma boa gestão das transferências externas e uma busca constante da independência econômica, o país continuava fortemente dependente do exterior. Os Planos Nacionais de Desenvolvimento eram periodicamente adaptados através da elaboração de planos anuais devida à fraqueza do aparelho de planificação e à instabilidade da situação econômica internacional que limitam tecnicamente o alcance dos objetivos constantes e dos projetos inscritos no plano (CABO VERDE, 1980, 1983b, 1989).

Dados de 1980 mostram que a economia era predominantemente de serviços, representando 56% do PIB, dos quais, 41% relacionadas com o comércio, transporte e telecomunicações. A agricultura, silvicultura e pesca representavam 22% e a indústria, electricidade e água 4%. A participação da classe trabalhadora no setor primário era ainda baixa (CABO VERDE, 1983b).

Quanto à ocupação de espaços, verifica-se um aumento progressivo da população urbana em consequência das migrações a partir das zonas rurais. Em 1985,

população urbana de Cabo Verde com 40,6%, representada quase que na sua totalidade pelas cidades da Praia (49.600 habitantes) e Mindelo (45.100 habitantes) tem crescido a um ritmo mais acelerado do que a média nacional. No entanto, nesses centros urbanos, ainda prevalecia um fraco nível de ordenamento do território com as suas implicações em termos do nível de saúde da população. Para a grande maioria da população, especialmente nas áreas de construção espontânea dos centros urbanos, o acesso às infra-estruturas, nomeadamente à água, electricidade, sistemas de esgotos e arruamentos era limitado. Obras de infra-estruturação como construções de estradas e alargamento de ruas já haviam iniciadas por todo o país. As ações de saneamento do meio eram resumidas a campanhas pontuais de saneamento e programas educativos de saúde realizados principalmente por profissionais de saúde.

No nível dos micro-determinantes: Entre 1975 e 1985, o setor da saúde conheceu ganhos importantes. No contexto político e econômico, durante a primeira legislatura de 1975-1980, a política do então Ministério da Saúde e Assuntos Sociais (MSAS), baseou-se também nos objetivos definidos no programa do Governo e nas opções e prioridades estabelecidas na Estratégia Nacional de Saúde – Opção preventivista intimamente ligada à promoção social das comunidades e descentralização. Em 1978, o programa do Ministério da Saúde centrava-se sobre luta contra as doenças transmissíveis; luta contra malnutrição; protecção materno-infantil; saúde mental; água e saneamento. As prioridades estavam atribuídas à formação local dos recursos humanos para a implementação das ações a nível comunitário; a extensão da rede de infra-estruturas de primeiro nível; a colaboração intersectorial e a educação para a saúde. Nesse período foi criado um Sistema Nacional de Protecção Materno Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF); foi institucionalizado o Programa de controle do Paludismo e da Lepra; foi reformulada a assistência no domínio da Saúde Mental; foi intensificada a formação de quadros da saúde a diversos níveis; foi criada a Empresa de Comercialização de Produtos Farmacêuticos (EMPROFAC). Entre 1981 e 1985, foram tomadas várias medidas com efeito extremamente positivas no domínio da saúde. A ênfase aos cuidados primários de saúde (CPS) foi reforçada com a criação, em 1984, do Gabinete de Coordenação de Saúde Pública (GCSP) que servia como um departamento de planificação e coordenação das atividades relacionadas com a descentralização de cuidados a nível das

comunidades. Foi também oficializado o Formulário Nacional de Medicamentos Essenciais. No domínio dos Assuntos Sociais foi criado um esquema mínimo de protecção social acordado com o Instituto de Seguros e Previdência Social (INPS), criado em 1982, para minimizar os problemas dos indivíduos mais carenciados, já que o sistema apresentava um carácter injusto e selectivo, que não abrangia a totalidade dos mais carenciados. Foi também criada a Comissão Nacional de Nutrição (CNN) com estreita ligação com a saúde, tendo em conta o peso da malnutrição sobretudo nos grupos vulneráveis. Apesar de melhorias, os investimentos em políticas públicas, como saúde, educação e habitação eram baixos (CABO VERDE, 1976, 1978, 1983a).

No nível de determinação individual: Intensifica-se a urbanização do país, contribuindo para aquisição de hábitos de vida urbanas. A emigração faz com que se intensifique a importação de novos hábitos e estilos de vida. As jornadas de saneamento contribui para o melhoramento das condições básicas de higiene.

No Aspecto Demográfico: Entre 1970 e 1980, com a forte corrente de emigração ocorrida no país, houve uma redução da taxa de crescimento da população. Na década de 80, a taxa de crescimento retomou a sua ascensão, mas a um ritmo menor do que ocorrido na década de 50 a 70. De acordo com os dados, em 1985, o país apresentava ainda altas taxas de fecundidade (6,1 filhos por mulher em idade fértil), altas taxas de natalidade (27,24/mil) e altas taxas de mortalidade (8,3/mil). No entanto podemos observar que tanto a natalidade, como a fecundidade e a mortalidade experimentam uma queda. Mas a mortalidade continua a diminuir mais do que a natalidade, fazendo com que o crescimento da população continue crescendo. A expectativa de vida total passou de 56,7 anos em 1975 para 64,12 em 1985. Podemos destacar ainda uma predominância da população jovem, com a população de zero a 25 anos a representar 60,8%, a população com mais de 60 anos a representar 9,9% da população e a população menor de 1 ano 2,84%. O crescimento natural da população continuava à volta dos 1,88%. Considerando as diferentes fases da transição demográfica Central Intelligency Agency (2005), podemos constatar que já em 1985, Cabo Verde encontrava-se na fase 3 da transição demográfica, correspondente a uma fase intermédia da transição demográfica em consequência sobretudo da redução da natalidade e mortalidade.

Países como Honduras, Cambodja, Filipinas, Índia e Marrocos se encontram atualmente nessa fase (CABO VERDE, 1980, 1986, CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, 2005).

Caracterização do perfil epidemiológico de Cabo Verde em 1995

No quadro 7 é apresentado o tipo de perfil epidemiológico de Cabo Verde por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais no ano de 1995. Considerando os indicadores de saúde, determinantes e indicadores Políticos e socioeconômicos, verificamos que até 1995, o perfil epidemiológico predominante em Cabo Verde era, de acordo com a classificação de Freese e Fontbonne (2006), um perfil "Tradicional" ou "Arcaico". Dois indicadores, nomeadamente expectativa de vida e IDH já atingiam os valores equivalentes ao perfil de desigualdades. Ou seja, o primeiro entre 64 e 74 anos e o segundo entre 0,500 e 0,800.

Indicadores/ País	Mortalidade Infantil (por mil)	Expectativa De vida total (anos)	Taxa de Natalidade (por mil)	Taxa de fecundidade (criança por mulher)	População (milhares de habitantes)	Renda per capita (PIB por Habitante/ Ano em US\$)	IDH	Posição IDH	Perfil Epidemiológico
Cabo Verde	45,1 Acima de 40/mil	69,7 Acima de 65 anos	28,6 Acima de 25/mil	4,0 Acima de 3,0	386185	US\$1270,4 Abaixo de US\$5 mil	0,641 Acima de 0,500	Acima de 100	Arcaico

Quadro 7: Característica do Perfil Epidemiológico por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais, Cabo Verde, 1995

Fonte: Cabo Verde (1990, 2006; NAÇÕES UNIDAS, 2008).

Quanto aos indicadores de saúde: Até o ano de 1995 o perfil epidemiológico, embora tenha experimentado melhorias importantes, era caracterizado por alta taxa de mortalidade infantil (45,1/mil), alta taxa de natalidade (28,6/mil) e alta taxa de fecundidade (4,0 filhos/mulher em idade fértil). A esperança de vida aumentou para 69,7 anos. As principais causas de mortalidade infantil eram as afecções perinatais com 36% dos óbitos, seguido das doenças infecciosas e parasitárias com 33%, doenças do aparelho respiratório com 13,5% e doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais com 6,9%. Não foram registrados óbitos por causas desconhecidas. As mortes infantis por doenças infecciosas e parasitárias teve uma redução importante,

passando de 41% para 33% do total dos óbitos (destes 51% por doenças infecciosas intestinais, 46% por septicemia e 0,5% por Meningite). A mortalidade materna teve um aumento moderado, passando para 71,1 óbitos/100 mil nados vivos e as principais causas de óbitos continuam sendo as obstétricas diretas, principalmente pela eclâmpsia. As DIP erradicáveis por vacinação, como Sarampo, Poliomielite e Tétano tinham um peso importante, tanto no capítulo da morbidade como da mortalidade. Em alguns municípios foram registrados em 1994 casos de tosse convulsa e sarampo. Houve importante diminuição da prevalência das doenças negligenciadas endêmicas como a malária, tuberculose e Lepra. Em 1995 a prevalência da malária era cerca de 20 casos por 100 mil habitantes. A taxa de incidência da Tuberculose era de 60,2 e uma taxa de mortalidade de 10 casos por 100 mil habitantes respectivamente. Em relação à lepra, na sequência da reestruturação do programa de controle da lepra, na década de 80 e início dos anos 90 chegou-se à uma situação de quase eliminação. Merece destaque a epidemia de cólera em todo o país, em 1995, com 12.955 casos e 241 óbitos, demonstrando a vulnerabilidade do país relativamente à ocorrência de epidemias. Em relação à infecção pelo HIV, desde o primeiro caso diagnosticado em Cabo Verde, em 1986, a infecção pelo HIV tem-se mantido muito baixas, com tendência crescente, sendo que em 1995 era de 9 casos e a incidência da aids era de 6,2 casos/100 mil habitantes respectivamente. Em 1988, a prevalência da infecção pelo HIV era de 0,55% (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 1990; CABO VERDE, 2004a, 2007b).

No aspecto nutricional, os progressos continuavam marcadamente positivos, porém em 1994 a malnutrição global atingia 14% das crianças menores de cinco anos. No meio rural 21% e 6% das crianças menores de cinco anos sofriam de malnutrição crônica e aguda respectivamente. Entre as deficiências nutricionais, havia carências de ferro (grave), de iodo (moderado) e de vitamina A (leve). Por outro lado, a proporção de crianças com excesso de peso aumentava. A oferta nacional de bens alimentares caracterizava-se por um importante déficit estrutural da produção, que cobre apenas 15% das necessidades. O problema principal da segurança alimentar que se põe a Cabo Verde nessa altura é do acesso dos indivíduos e das famílias aos bens alimentares disponíveis que representam 52% das despesas familiares, particularmente os indivíduos da camada mais vulnerável (CABO VERDE, 1996, 2006).

Sobre as DCNT, em 1995 as doenças do aparelho circulatório ocupavam a segunda posição de entre as principais causas de óbitos, com 17,67%, passando as doenças infecciosas e parasitárias com 16,13% que é seguido pelas causas externas com 5,6%. Em 1994, os homicídios representavam 3,2% dos óbitos por causas externas, enquanto que em 1995, segundo os dados, não foram registrados óbitos por homicídios (CABO VERDE, 1994, 1995).

Quanto aos determinantes e indicadores políticos e socioeconômicos: Em 1995, o regime político vigente era de uma democracia estável, pluralista após as primeiras eleições legislativas de 1991. Em termos socioeconômicos, entre 1985 e 1995, a situação do país melhorou progressivamente. O índice de desenvolvimento humano passou de 0,587 em 1990 para 0,641 em 1995. O coeficiente de Gini que exprime o grau de desigualdades na distribuição de rendimentos era de 0,41 em 1989, evidenciando que o país não possuía grande concentração de renda e que a sua distribuição era razoavelmente boa. Em 1993, cerca de 68% de pobres e 85% de muito pobres do país residiam no meio rural onde eram também encontrados os piores indicadores de saúde. O Produto Interno Bruto passou de 225,15 milhões em 1985 para 490,6 milhões de dólares em 1995. A renda percapita passou de 690,4 para 1.270,4 dólares no mesmo período. O financiamento público da saúde tem aumentado progressivamente, representando 3 e 4,2% do PIB, respectivamente em 1992 e 1994. A despesa per capita com a saúde em 1995 foi cerca de 50 dólares. Em 1990 a taxa líquida de escolarização básica era de 73% e passou para 84% em 1995. Em 1990 a alfabetização geral era de 63%, significando com isso que o analfabetismo atingia ainda uma elevada percentagem da população. Apesar das melhorias verificadas, ainda eram constatadas fraquezas em áreas importantes. Em 1990 apenas 16% da população tinha o abastecimento de água por ligação à rede pública e 24,9% tinham acesso à rede eléctrica. No mesmo ano, a taxa da pobreza humana que traduz a privação em matéria de esperança de vida, de rendimento, de educação e de alfabetização, entre outros domínios, era de 28,8%. O nível da pobreza relativa, extrema e absoluta em 1989 era de 30%, 14% e 49% respectivamente (CABO VERDE, 1997, 2003, 2004b; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2006).

Em termos de cobertura dos serviços de saúde, houve melhorias, mas ainda tanto os serviços preventivos como curativos tinham baixa cobertura. Em 1995, as taxas de mortalidade peri-natal e neonatal situavam-se aos níveis de 38,4 e 15,2 por mil nados vivos, valores considerados altos devido aos baixos níveis de assistência ao parto nas estruturas de saúde que era de 54%. O número médio de consultas por grávida era de 3 consultas e 67,9% das grávidas realizaram vacina anti-tetânica. A proporção de crianças menores de 1 ano completamente vacinadas era cerca de 64,2%. Relativamente às infra-estruturas de saúde, o setor público contava com 2 hospitais centrais, 3 hospitais regionais, 15 centros de saúde, 24 postos sanitários, 79 unidades sanitárias de base, 6 unidades de Planeamento Materno-infantil/Planeamento Familiar em instalações próprias. O rácio cama/habitante era de 2/mil. Quanto aos recursos humanos, o rácio médico/habitante era de 1/2770 e enfermeiro/habitante era de 1/1731 (CABO VERDE, 1997; CARVALHO, 2008).

Quanto ao nível das macro-determinações: No contexto político e económico, a partir de 1991 o país vive sob um regime pluralista e democrático. Na década de 80, o Governo elaborou o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento 1986-1990 e no início da década de 90 o Terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento 1992-1995. As estratégias do segundo plano eram voltadas para fazer face aos principais fatores condicionantes do desenvolvimento, nomeadamente o rápido crescimento da população, as grandes limitações do setor agrícola, a opção pela industrialização e o imperativo da inserção na divisão internacional do trabalho. Tendo em conta a insularidade do país, a opção pela industrialização contribuía, por um lado, para o surgimento de verdadeiras regiões económicas com seus efeitos positivos na integração de várias parcelas do território nacional, por outro, contribuía para acentuar as desigualdades regionais, favorecendo os principais centros urbanos do país no que diz respeito à criação de emprego e na distribuição dos rendimentos. O terceiro plano de desenvolvimento inseria-se num novo contexto com as mudanças políticas de 1991. A descentralização foi assumida pelo governo como estratégia para o desenvolvimento do país e para a resolução dos problemas sociais, razão pela qual houve grandes mudanças com a descentralização da administração pública a partir de 1995. No aspecto económico, a partir de 1992, houve reformas económicas e a economia se tornou essencialmente de mercado e o setor privado a

ter um papel fundamental no desenvolvimento econômico (CABO VERDE, 1986, 1992a, 1992b, 2004).

Quanto à ocupação de espaços, a partir do início dos anos 90, a população cresceu cerca de 2,4% ao ano. O crescimento da população urbana continua expressivo, sendo que já em 1990, a população da Praia e Mindelo representavam 37% da população do país e em 1995 a população urbana representava 48% da população total. Em consequência da liberalização do mercado e do crescimento da população urbana, muitas pessoas buscam nas cidades e no comércio informal a forma do auto-sustento de suas famílias chefiadas sobretudo por mulheres, o que contribuiu para a deteriorização do espaço peri-urbano com construções de moradias sem planificação, e conseqüentemente com baixo nível de saneamento básico. A nível do país no geral intensifica-se a infra-estruturação do país, principalmente as construções de vias de acesso às comunidades (CABO VERDE, 1992, 2002).

No nível dos micro-determinantes: O setor da saúde continua conhecendo ganhos importantes, tendo sempre suporte institucional, garantida pela própria constituição. A segunda Constituição da República de Cabo Verde de 1992 no seu artigo 70º estabelece que "todos têm o direito à saúde e o dever de a defender e promover independentemente da sua condição económica" e "incentivar a iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação". A partir de 1986, incluído no Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento 1986-1990, encontrava-se as grandes orientações para o setor da saúde, de entre as quais modernizar a rede de cuidados diferenciados, dinamizar a participação da população na promoção da saúde, entre outras. Para atingir os objetivos propostos pelo então Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais (MSTAS), a nível político foi elaborado, aprovado e implementado vários decretos, leis e portarias, entre as quais pode-se destacar a Lei Orgânica do Ministério (Decreto-lei nº 89/87 de 22 de agosto de 1987) e a Lei de Bases da saúde de 30 de dezembro de 1989, que veio a sofrer alterações pelo Decreto-lei nº 183/91. As alterações incluíam o exercício da medicina privada, revisão e atualização da tabela de custos de cuidados de saúde, regulamento sobre a composição e funcionamento do Concelho Nacional de Saude, substituição do Gabinete de Coordenação de Saúde Pública pelo Centro Nacional de Desenvolvimento sanitário. A lei orgânica contemplava as Delegacias de Saúde,

consideradas então, órgãos descentralizados de saúde responsáveis pela operacionalização das linhas e medidas de política definidas a nível central. As grandes linhas estratégicas do plano nacional de desenvolvimento 1992-1995 para o setor saúde centravam-se principalmente sobre a instituição do programa de saúde pública, infra-estruturas e equipamentos, reforço institucional, assistência técnica, formação e capacitação de profissionais (CABO VERDE, 1986; GOMES, 2006).

No nível de determinação individual: Com a urbanização do país e uma parcela considerável da população a viver em espaços peri-urbanos, aumentaram as dificuldades no que diz respeito às condições de saneamento, moradia, saúde e educação. O fenómeno das migrações internas e da emigração contribuíam para a disseminação de hábitos e estilos de vida muitas vezes impróprios com todas as suas implicações sobre as condições de vida das pessoas no geral, e da saúde em particular.

No Aspecto Demográfico: A estrutura da população cabo-verdiana apresentava mudanças, porém com o predomínio da população jovem, com a população de zero a 25 anos a representar 64,7%, a população com mais de 60 anos a representar 7,66% da população e a população menor de 1 ano 2,5%. A expectativa de vida total passou de 64,12 em 1985 para 69,7 anos em 1995. Apresentava ainda altas taxas mortalidade (9,1/mil), de natalidade (28,6/mil) e de fecundidade (4,0 filhos por mulher em idade fértil), embora a primeira e a última ter diminuído. Com isso o crescimento da população continua marcadamente positivo. A emigração continua sendo uma forte característica da população cabo-verdiana, mas devido às restrições dos países de acolhimento e às melhorias socioeconômicas do país, a emigração tem estado a diminuir consideravelmente. De acordo com as fases da transição demográfica Central Intelligency Agency (2005), os indicadores demográficos enquadram o país na fase 3 da transição demográfica.

Caracterização do perfil epidemiológico de Cabo Verde em 2000

No quadro 8 é apresentado o tipo de perfil epidemiológico de Cabo Verde por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais no ano de 2000. Considerando os indicadores de saúde, determinantes e indicadores Políticos e socioeconômicos,

verificamos que até o ano 2000, o perfil epidemiológico predominante em Cabo Verde era, de acordo com a classificação de Freese e Fontbonne (2006), um perfil "Tradicional" ou "Arcaico". Três indicadores, nomeadamente mortalidade infantil, expectativa de vida e IDH já atingiam os valores equivalentes ao perfil de desigualdades. Ou seja, o primeiro abaixo de 40/mil nados vivos, o segundo entre 65 e 74 anos e o terceiro entre 0,500 e 0,800. Sobre a expectativa de vida, nesse ano os homens tinham uma esperança de vida de 66,5 anos e as mulheres tinham 74,9 anos.

Indicadores/ País	Mortalidade Infantil (por mil)	Expectativa De vida total (anos)	Taxa de Natalidade (por mil)	Taxa de fecundidade (criança por mulher)	População (milhares de habitantes)	Renda per capita (PIB por Habitante/ Ano em US\$)	IDH	Posição IDH	Perfil Epidemiológica
Cabo Verde	26,8 Entre 11 e 40/mil	71 Acima de 65 anos	26,3 Acima de 25/mil	4,0 Acima de 3,0	436863	US\$1274 Abaixo de US\$5 mil	0,674 Acima de 0,500	Acima de 100	Arcaico

Quadro 8: Característica do Perfil Epidemiológico por indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais, Cabo Verde, 2000

Fonte: Cabo Verde (2000, 2006; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; NAÇÕES UNIDAS, 2008).

Quanto aos indicadores de saúde: Até o ano de 2000 os indicadores de saúde de Cabo Verde davam sinais de melhorias importantes. A taxa de mortalidade infantil caiu de 45,1 em 1995 para 26,8 em 2000, a expectativa de vida aumentou para 71 anos, a taxa de natalidade baixou para 26,3 anos, a taxa de fecundidade manteve-se em torno de 4 filhos/mulher em idade fértil. As principais causas de óbitos em menores de 1 ano eram as afecções perinatais com 42,5%, seguido das doenças infecciosas e parasitárias com 22,4% e doenças do aparelho respiratório com 11,2%. Não foram registrados óbitos por causas desconhecidas. Dos óbitos infantis por DIP, 49% eram por doenças infecciosas intestinais e 46% por septicemia. A mortalidade materna teve um ligeiro aumento, passando para 88,2 óbitos/100 mil nados vivos e as principais causas de óbitos continuam sendo as obstétricas diretas, principalmente pela eclâmpsia. Apesar dos grandes esforços no combate às DIP erradicáveis por vacinação, como Sarampo, Poliomielite e Tétano, registraram-se três epidemias. Uma epidemia de Sarampo entre 1997 e 1998 com 8.584 casos e 49

óbitos, uma epidemia de Poliomielite em 2000 com 56 casos e 8 óbitos e uma de Shigelose (diarreia com sangue) também em 2000 com 10.026 casos e 9 óbitos. Essas ocorrências demonstram a vulnerabilidade do país relativamente à ocorrência de epidemias. Em relação às doenças negligenciadas endêmicas, registrou-se 35,1 casos novos de malária/100 mil habitantes e nenhum óbito, 51/100 mil casos novos de tuberculose e 2 óbitos/100 mil. Foram registrados 1 caso novo de lepra/100 mil habitantes. Em relação à infecção pelo HIV, os casos novos aumentaram de 9/100 mil para 26/100 mil habitantes. Os casos novos de SIDA passaram de 6,2 casos/100 mil para 16,9/100 mil habitantes (CABO VERDE, 2005, 2007; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2000).

No aspecto nutricional, os progressos continuavam marcadamente positivos. Por exemplo, no capítulo da mortalidade, a principal causa de óbito por doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais no ano 2000 foi a diabetes, enquanto que não foram registrados nenhum óbito por deficiência nutricional como o marasmo nutricional. No entanto persistem acentuados problemas no que diz respeito ao acesso das famílias, sobretudo as mais vulneráveis, a bens alimentares essenciais (CABO VERDE, 2000).

Sobre as DCNT, no ano 2000 as doenças do aparelho circulatório ocupavam a primeira causa de óbitos, com 20,33% do total de óbitos, seguido pelas desconhecidas com 17,10% e infecciosas e parasitárias com 7,40%. As causas Externas eram a quarta causa de óbito com 6,83%, sendo 9,4% por homicídios. A supremacia das DCNT no quadro epidemiológico do país colocam desafios às autoridades do país, principalmente no que concerne ao aspecto financeiro, tendo em conta o elevado custo nas transferências de doentes crônicos para o exterior. Daí a necessidade de criação a nível nacional de certos serviços, nomeadamente a hemodiálise, a oncologia, entre outros (CABO VERDE, 2000, 2006).

Quanto aos determinantes e indicadores políticos e socioeconômicos: Em 2000, o regime político vigente era de uma democracia estável, pluralista após as primeiras eleições legislativas de 1991. Em termos socioeconômicos, o país continua a conhecer melhorias significativas, porém continua a apresentar vulnerabilidades estruturais e a ajuda pública ao desenvolvimento tem vindo a baixar de modo

acentuado, tendo passado de cerca de 24,1% do PIB em 1998 para 13,5% nos finais de 2000. Em 2000, mais de 30% da população era considerado pobre. A taxa de desemprego era de 21,8%. O Produto Interno Bruto passou de 490,6 milhões de dólares em 1995 para 556,9 milhões em 2000. A renda percapata passou de 1.270,4 dólares em 1995 para 1.274 dólares e o índice de desenvolvimento humano de 0,641 em 1995 para 0,674 em 2000. A taxa líquida de escolarização básica passou para 96%. A taxa de alfabetização passou para 78%, porém persiste um índice de analfabetismo elevado, representando 18% no meio urbano. Em 2000, 76,7% da população tinha acesso à água potável, 50% com iluminação doméstica, 38,7% dos agregados familiares já tinham acesso à rede de esgotos ou à uma fossa séptica para eliminação das águas residuais (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS, 2000, 2006).

Em termos de cobertura dos serviços de saúde, os dados indicam melhorias acentuadas. Relativamente às infra-estruturas de saúde, os centros de saúde integrados passaram para 18, as Unidades Sanitárias de Base passaram para 93. Quanto aos recursos humanos, no ano 2000, o rácio médico/habitante era de 1/2468 e enfermeiro/habitante era de 1/1456. Em relação à saúde da mulher, a prevalência contraceptiva era de 37% (CARVALHO, 2008; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2000).

Quanto ao nível das macro-determinações: No contexto político e económico, o país vive um regime pluripartidário e democrático. O marco para o desenvolvimento do país inserido no quarto Plano Nacional de Desenvolvimento 1997-2000 era de conseguir assegurar o desenvolvimento económico e social auto-sustentado. Destacam-se os esforços do governo e dos parceiros de desenvolvimento de Cabo Verde, com uma especial ênfase na execução dos projetos enquadrados no programa plurianual de desenvolvimento. Tendo em conta o fenómeno da globalização e da dependência de Cabo Verde em relação ao exterior, tornou-se prioridade nacional a inserção dinâmica no sistema económico mundial. A integração regional (região ocidental africana), uma das faces da globalização foi também considerada uma oportunidade importante pelas vantagens comparativas que o país apresenta na região e, ainda, pela possibilidade de aceder a recursos de que o país carece (CABO VERDE, 1997).

Quanto à ocupação de espaços, o crescimento da população urbana continua expressivo, sendo que já em 2000, a população urbana representava 54% da população total do país, concentrados sobretudo nos dois maiores centros, nomeadamente Praia e Mindelo, juntos representando 40% da população urbana do país. O fenómeno da mobilidade da população, sobretudo interna aumenta, principalmente para as áreas de maior aglomerado populacional e para ilhas ou municípios com maior tradição turística. Crescem as áreas peri-urbanas e em resposta a esse crescimento territorial desordenado, verifica-se um esforço das autoridades tanto a nível central como local na construção de infra-estruturas para melhorar as condições de moradia, saneamento básico, saúde e educação para as populações.

No nível dos microdeterminantes: O setor da saúde continua conhecendo ganhos importantes. As estratégias para o setor da saúde inscritos no IV Plano Nacional de Desenvolvimento 1997-2000 centravam-se na estruturação do sistema de saúde, no desenvolvimento da rede de infra-estruturas de saúde, aumentando a acessibilidade e reduzindo as referências para o exterior; a formação; desenvolvimento e valorização dos recursos humanos, controle das doenças endêmicas e epidêmicas e das com potencial epidêmicas, promoção da saúde, entre outras. Com efeito, as políticas do programa de desenvolvimento da saúde seguem os princípios básicos da política social, além de seguir estratégias internacionais como a Estratégia Mundial de "Saúde para Todos", entre outras. Foi elaborada a primeira Carta Sanitária de Cabo Verde em 1998 que dentre várias diretrizes, indicava a criação das regiões sanitárias como uma das principais alternativas para a resolução dos problemas de saúde em Cabo verde. A política de saúde assenta nos princípios básicos da equidade, priorização das localidades desfavoráveis e multissetorialidade, porém, os investimentos no setor da saúde continuam insuficientes dificultando a execução dos programas. Em 2000, por exemplo, o orçamento para o setor saúde representava 9,8% do orçamento geral do Estado e 1,8% do PIB, considerado baixo, tendo em conta as metas propostas.

No nível de determinação individual: Com a intensificação da urbanização do país, aliado ao fenómeno da mobilidade da população, intensifica-se a aquisição de hábitos de vida urbanas e a disseminação desses hábitos. Em relação à aquisição

de hábitos e estilos de vida, apesar de falta de dados, constata-se por exemplo, um aumento do consumo do álcool e do tabaco, sobretudo entre os jovens. Um estudo epidemiológico sobre o consumo de substâncias psicoativas entre alunos do secundário realizado em 1998 mostrou que 65,5% dos jovens consumiam bebidas alcoólicas e 19% eram fumantes habituais (CABO VERDE, 2006).

No Aspecto Demográfico: Ao lado das transformações sociais, econômicas e epidemiológicas, a estrutura demográfica da população cabo-verdiana continua sofrendo modificações. No entanto continua sendo uma população predominantemente jovem, com a população de zero a 25 anos a representar 62%, a população com mais de 60 anos a representar 8,5% da população e a população menor de 1 ano 2,4%. Apresenta ainda taxa de natalidade elevada (26,3/mil), a taxa de fecundidade mantém-se em torno de 4 filhos por mulher em idade fértil, a taxa de mortalidade geral diminuiu consideravelmente, passando de 9,1/mil em 1990 para 5,6 em 2000. Isto faz com que o crescimento da população segue marcadamente positivo. A mortalidade infantil baixou de 45,1/mil nascidos vivos em 1995 para 26,8 em 2000 e a expectativa de vida total passou de 69,7 anos em 1995 para 71 anos em 2000, sendo 66,5 anos para homens e 74,9 anos para mulheres. De acordo com as fases da transição demográfica Central Intelligence Agency (2005), até o ano de 2000, os indicadores demográficos enquadram o país na fase 3 da transição demográfica (CABO VERDE, 1997; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2000; CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, 2005).

Caracterização do perfil epidemiológico de Cabo Verde em 2005

No quadro 9 é apresentado o tipo de perfil epidemiológico de Cabo Verde por Indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais no ano de 2005. Considerando os indicadores de saúde, determinantes e indicadores Políticos e socioeconômicos, verificamos que no ano 2005, o perfil epidemiológico predominante em Cabo Verde passou de um perfil "Arcaico" para um perfil "de desigualdades", de acordo com a classificação de Freese e Fontbonne (2006). Apenas em dois dos indicadores, nomeadamente renda per capita e posição de acordo com o IDH se mantém dentro dos limites considerados típicos do perfil "Arcaico".

Indicadores/ País	Mortalidade Infantil (por mil)	Expectativa De vida total (anos)	Taxa de Natalidade (por mil)	Taxa de fecundidade (criança por mulher)	População (milhares de habitantes)	Renda per capita (PIB por Habitação/ Ano em US\$)	IDH	Posição IDH	Perfil Epidemiológico
Cabo Verde	20,5 Entre 11 e 40/mil	71,8 Acima de 65 anos	24,3 Abaixo de 25/mil	2,9 Abaixo de 3,0	475465	US\$2105,1 Abaixo de US\$5 mil	0,715 Acima de 0,500	102 ^a Acima de 100	Desigualdade

Quadro 9: Característica do Perfil Epidemiológico por indicadores Demográficos, Econômicos e Sociais, Cabo Verde, 2005.

Fonte: Elaboração própria a partir de Cabo Verde (2000, 2006; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2005b; NAÇÕES UNIDAS, 2008)

Quanto aos indicadores de saúde: No ano de 2005 os indicadores de saúde de Cabo Verde apresentam melhorias extremamente importantes se comparando com o ano da independência em 1975. A taxa de mortalidade infantil caiu para 20,5/mil nascidos vivos (entre 11 e 40/mil), a taxa de natalidade de 24,3/mil (entre 16 e 25/mil), a taxa de fecundidade de 2,9 filhos/mulher (abaixo de 3) e a expectativa de vida de 71,8 anos (entre 65 e 74 anos). As principais causas de óbitos em menores de 1 ano continuam sendo as afecções perinatais com 57,5%, seguido das doenças infecciosas e parasitárias com 15,8%, anomalias congênitas com 7,9% e doenças do aparelho respiratório com 7,5%. Não foram registrados óbitos por causas desconhecidas. Dos óbitos infantis por DIP, 60% eram por septicemia, 22,5% eram por doenças infecciosas intestinais e 15% por HIV/aids. A mortalidade materna teve uma queda considerável, passando para 14,7 óbitos/100 mil nascidos vivos e as principais causas de óbitos continuam sendo as obstétricas diretas, principalmente pela eclâmpsia. Entre as DIP erradicáveis por vacinação, não foram registrados casos de sarampo, nem tétano neonatal, nem poliomielite. Em relação às doenças negligenciadas, endêmicas e epidêmicas, ainda se verifica uma prevalência relativamente elevada. Registrou-se 14,3 casos de malária/100 mil habitantes e apenas 1 óbito, 56,7/100 mil casos novos de tuberculose e 2 óbitos/100 mil. Foi registrado 1 caso novo de lepra/100 mil habitantes. Foi registrado elevado número de parasitoses intestinais. Em cada 10 mil menores de 5 anos, foram registrados cerca de 1.080 casos de diarreia e na população geral foram registrados cerca de 28 casos de diarreia com sangue em cada 10 mil. Em relação à infecção pelo HIV, os casos novos aumentaram de 26/100 mil habitantes para 46,9. Os casos novos de

AIDS passaram de 16,9/100 mil habitantes para 25,8. Um inquérito realizado em 2005 revelou uma prevalência da infecção pelo HIV a nível nacional de 0,8%, sendo 1,1% no sexo masculino e 0,4% no sexo feminino. Destes, 0,9% no meio urbano e 0,6% no meio rural e não se verifica diferença entre urbano e rural para o sexo feminino (CABO VERDE, 2005, 2007; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2000).

No aspecto nutricional, os progressos continuavam marcadamente positivos, porém, ainda a população convive com alguma carência alimentar. Um estudo sobre insegurança alimentar realizado em 2005 revelou que a insegurança alimentar atingia 20% das famílias rurais, sendo 7% na sua forma severa e 13% moderada. Nas crianças menores de cinco anos, o estudo revelou que 22% no meio rural apresentava malnutrição crônica, sendo 8% na forma grave e 14% na forma moderada e a prevalência da malnutrição aguda era de 6%. Um estudo anterior realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (2001/2002) revelou que 2% da população adulta sofria de malnutrição crônica, por outro lado cerca de 27% da população adulta tinha excesso de peso e destes 5% eram obesos. Isto demonstra que a população, embora esteja convivendo com algum grau de subnutrição, a situação nutricional está sofrendo alterações com o aumento do sobrepeso e da obesidade (CABO VERDE, 2005c; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA).

Sobre as DCNT, no ano 2005 as doenças do aparelho circulatório ocupavam a primeira causa de óbitos, com 20,54% do total de óbitos, seguido pelas desconhecidas com 19%, causas externas com 9,1% e neoplasias com 8,54%. Dentre as DAC, as doenças hipertensivas ocupavam a segunda posição, com 18,5%. A diabetes representava 58,8% dos óbitos por doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais. Como Referido anteriormente em relação ao sobrepeso e à obesidade, tudo isto indica uma prevalência em elevação e acoplamento das DCNT como hipertensão, diabetes e obesidade (CABO VERDE, 2005c; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2002).

Quanto aos determinantes e indicadores políticos e socioeconômicos: Em 2005, o mesmo regime político impera no país, ou seja, uma democracia recente, mas estável e pluralista. Em termos socioeconômicos, o país continua a conhecer

melhorias significativas, porém apresenta vulnerabilidades estruturais. As classes sociais eram marcadas por acentuadas desigualdades. Dados de 2002 mostram que 51,6% dos pobres eram do sexo feminino e 53% das famílias chefiadas por mulheres estavam expostas à pobreza; 55,1% dos pobres viviam no meio rural e destes, 55% viviam na Ilha de Santiago, o que mostra a distribuição desigual da renda. Vinte por cento da população mais pobre representavam apenas 3% do consumo nacional. Por outro lado, os 10% da população mais favorecida, absorvem 50% do consumo nacional. A prevalência da pobreza aumenta, portanto, para as pessoas que pertencem a famílias cujo chefe vive no meio rural, está desempregado, é analfabeto ou é mulher. Em 2005, o desemprego atingia cerca de 22% da população. Em 2002 o índice de Gini era de 0,57, demonstrando que existia uma boa concentração de renda no país, porém havia uma distribuição bastante desigual. O Produto Interno Bruto passou de 556,9 milhões de dólares em 2000 para 1 bilhão e 900 mil em 2005. A renda percapita passou de 1.274 dólares em 2000 para 2.105,1 em 2005. O índice de desenvolvimento humano passou de 0,674 em 2000 para 0,715 em 2005. Em 2005 a taxa líquida de escolarização básica passou para 98,5%, secundária de 58,5% e o analfabetismo atingia cerca de 14% da população. Em termos de saneamento básico e acesso à água potável, em 2005 mais da metade das famílias possuíam ligação à rede de esgoto ou à uma fossa septica para eliminação de dejetos e águas residuais, mais de 80% tinham acesso à água potável, sendo 47% através da rede pública e 74% tinham cobertura à rede eléctrica (CABO VERDE 2000, 2002; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2002).

Em termos de cobertura dos serviços de saúde, os dados indicam melhorias acentuadas. Relativamente às infra-estruturas de saúde, os centros de saúde integrados passaram de 18 para 26, os postos de saúde passaram para 34, as Unidades Sanitárias de Base passaram de 93 para 112. Quanto aos recursos humanos, no ano 2005, o rácio médico/habitante para 1/2067 e enfermeiro/habitante para 1/996. Em relação a alguns serviços preventivos, elegemos a saúde da criança e da mulher. Segundo o Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR II, 2005), 99,7% das mulheres tem conhecimento sobre os métodos contraceptivos. A prevalência contraceptiva situa-se à volta dos 44%. O inquérito mostrou que entre as mulheres casadas ou que vivem em união, o uso de métodos modernos é de 57% (63% no meio urbano e 50% no meio rural). Entre as mulheres solteiras sexualmente

ativas o uso do método é de 72%. Os dados indicam que o acesso aos cuidados pré-natal pelas mulheres grávidas durante a gestação do último filho nascido nos cinco anos anteriores ao inquérito era de 98%. Cerca de 54% das mulheres tiveram a primeira consulta pré-natal antes de decorridos 4 meses de gravidez. A maioria dos partos (78%) ocorrem numa estrutura de saúde. No que se refere à vacinação antitetânica, 82% das mulheres grávidas foram vacinadas entre as quais 53% receberam mais de duas doses. Em relação à assistência ao parto, cerca de 78% foram assistidas por um pessoal de saúde, das quais 32% por médicos e 46% por enfermeiros, sendo 91% no meio urbano e 64% no meio rural. Relativamente à imunização das crianças, a taxa de cobertura vacinal para as com idade compreendida entre 12-23 meses, é de 74%, destas 97% receberam BCG, 90% as três doses de DPT, 89% as de Pólio e de Sarampo. Ainda em relação às DIP erradicáveis por vacinação, a partir de 2001 tem-se realizado regularmente Jornadas Nacionais de Vacinação contra a Poliomielite, no quadro da iniciativa mundial da sua erradicação, em sincronização com os países da sub-região Africana. Desde então não se tem registrado nenhum caso. Tem-se realizado campanhas de vacinação contra Sarampo, tendo-se registrado apenas 1 caso em 2004 (CABO VERDE, 2006; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2005)

Quanto ao nível das macro-determinações: No contexto político e económico, o país vive um regime pluripartidário e democrático e ocorre mudança de governo em 2001. Foi elaborado o quinto Plano Nacional de Desenvolvimento 2002-2005, devidamente enquadrado pelo programa do governo e pelas Grandes Opções do Plano (GOP), que constitui o documento de referência da estratégia de desenvolvimento do país no referido período. As estratégias alicerçam-se na participação e no envolvimento das mais diversas estruturas da administração pública, de atores sociais da sociedade civil e de técnicos especializados. A visão prospectiva de desenvolvimento preconizada, partindo do diagnóstico da evolução recente da sociedade e da economia cabo-verdainsas, tem subjacente uma abordagem integrada onde a dimensão institucional, com destaque para a democracia e a boa governação, ocupam um lugar proeminente, num quadro global de promoção da estabilidade macro-económica e de uma economia de base produtiva privada. Constitui prioridade a estratégia de luta contra pobreza no combate às desigualdades sociais. Destacam-se como ações de desenvolvimento

do país no seu contexto amplo, sobretudo no que diz ao aparelho administrativo, a aprovação da Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza (ECRP) e a Comissão Nacional de Luta contra Pobreza (CNLP), aprovação dos estatutos dos administradores públicos, criação de regimes e regras de atualização e gestão da base de dados da administração pública, criação de bases de aplicação do sistema de segurança social de trabalhadores por conta de outrem, integração dos bens e serviços aos regimes e preços, estabelecimento de medidas de modernização administrativa, designadamente sobre acolhimento e atendimento dos cidadãos e agentes económicos, entre outras (CABO VERDE, 2002).

Quanto à ocupação de espaços, o fenómeno da urbanização e da mobilidade populacional continua expressivo, apesar das melhorias verificadas no espaço rural no que diz respeito ao acesso a bens e serviços básicos. Em 2005, a população urbana representava 58% da população total do país, concentrados sobretudo nos dois maiores centros, nomeadamente Praia e Mindelo, juntos representando 40% da população urbana do país. Devida à urbanização crescente e dessa forte migração interna sob forma de êxodo rural resulta um processo de crescimento e desorganização das periferias urbanas cada vez mais acentuada com todas as suas implicações em termos de habitação, saneamento, acesso à água potável e a outros serviços sociais básicos. Grandes obras de infra-estruturação do país, como estradas, escolas, estruturas de saúde continuam sendo feitas, facilitando a mobilidade e a distribuição espacial da população (CABO VERDE, 2002).

No nível dos micro-determinantes: O setor da saúde continua conhecendo ganhos importantes, porém ainda se verifica um insuficiente investimento em políticas públicas de saúde, educação e moradia. O orçamento para o setor saúde continua insuficiente. Em 2004 por exemplo, o orçamento para o setor representava apenas 8,9% do orçamento geral do estado e 1,9% do PIB. Várias medidas foram tomadas no sentido de responder às grandes dificuldades que o setor ainda enfrenta. Destacamos o estabelecimento das bases do serviço nacional de saúde, criação de condições gerais e especiais de seguro doença, criação do sistema de participação na aquisição de medicamentos, Definição do sistema de participação de entidade gestora da proteção social dos trabalhadores na aquisição de medicamentos para os respetivos beneficiários, criação da Comissão

Interministerial de Luta Contra o Alcoolismo, criação da rede nacional de laboratórios para vigilância intergrada das doenças transmissíveis e luta contra as endemias, criação da política nacional de saneamento, Criação do Comité de Coordenação do Combate à SIDA (CCC – Sida), criação da Comissão Nacional de Coordenação do Combate à Cólera, entre outros. Para melhor organização dos serviços de saúde, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei nº 25/2003 de 25 de agosto) prevê a criação de Regiões Sanitárias "aonde e quando possível" como entidades descentralizadas de administração de saúde. A regionalização dos serviços de saúde veio a se concretizar com a criação da primeira Região Sanitária de Cabo Verde – Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), pelo Decreto-Lei nº 58/2006 de 26 de Dezembro. Em 2004, por exemplo o orçamento para o setor saúde representava apenas 8,9% do orçamento geral do estado e 1,9% do PIB (CABO VERDE, 2006).

No nível de determinação individual: A melhoria das condições sociais e económicas e de acesso a bens e serviços básicos fazem com que globalmente a população se torne mais participativo nos programas de promoção e de prevenção. Porém, os hábitos e estilos de vida urbanos crescem e o consumo de álcool, do tabaco e das drogas tornam mais importantes, principalmente entre os jovens.

No Aspecto Demográfico: A estrutura demográfica da população caboverdiana sofreu modificações importantes, apresentando taxas de mortalidade, de natalidade e de fecundidade relativamente baixos em relação aos anos anteriores. A taxa de natalidade diminui para 24,3 (abaixo de 25/mil), a taxa de fecundidade diminui para 2,9 filhos por mulher em idade fértil (abaixo de 3), a taxa de mortalidade geral diminui de 5,6/mil em 2000 para 5,1 em 2005 . Ainda o crescimento da população segue marcadamente positivo, porém a um ritmo menor. A mortalidade infantil baixou de 26, 8 em 2000 para 20,5 em 2005. A expectativa de vida total passou de 71 anos em 2000 para 71,8 em 2005, sendo 66,8 anos para homens e 75,9 anos para mulheres. Podemos destacar ainda uma predominância da população jovem, com a população de zero a 25 anos a representar 60,88%, a população com mais de 60 anos a representar 7,3% da população e a população menor de 1 ano 2,3%. Considerando os indicadores demográficos apresentados e as diferentes fases de transição demográfica Central Intelligence Agency, podemos constatar que em 2005, o perfil demográfico de Cabo Verde o enquadra o na fase 3 da transição

demográfica. (CABO VERDE, 2006, 2007; CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY, 2005).

8.2 Os determinantes do processo de transição epidemiológica em Cabo Verde

Para análise dos determinantes do processo de transição epidemiológica, procedemos a abordagem dos temas: percepção da transição epidemiológica como processo, temporalidade do processo de transição epidemiológica, determinantes e suas influências no processo de transição epidemiológica e impacto e desafios do processo de transição epidemiológica, do ponto de vista dos sujeitos de pesquisa.

O Quadro 10 apresenta as expressões principais, ou seja, os núcleos de sentido de cada sujeito de pesquisa e as unidades de registro correspondentes, em relação ao tema **percepção da transição epidemiológica como processo**.

Tema a) Percepção da transição epidemiológica como processo		
Sujeitos de pesquisa	Núcleos de sentido	Unidades de registro
EPI	<p>"Bem, para mim a Transição Epidemiológica em Cabo Verde já é efectivo. Basta verificarmos o quadro da morbilidade, mas também o quadro das causas da morte em Cabo Verde. Agora em vez das doenças infecciosas e parasitárias que no passado constituíam as principais causas de morbimortalidade, hoje temos uma prevalência muito maior das doenças crónicas";</p> <p>"Temos elementos que nos permite dizer que a Transição Epidemiológica hoje não é um mero fenómeno pontual, mas sim uma alteração estrutural que está ocorrendo no perfil epidemiológico de Cabo Verde".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● A Transição é efetivo; ● A transição epidemiológica é um fenómeno estrutural; ● Aumento das DCNT e Diminuição das DIP.
DRN	<p>"[...] Na realidade nós estamos a deparar a meu ver com uma fase de acumulação epidemiológica, ou se quiser ainda, um termo muito utilizado hoje "O duplo fardo epidemiológico" desses dois grupos de domínios de doenças";</p> <p>"[...] Se for em relação à mortalidade, eu concordo plenamente que sim. Aí de fato eu concordo que estamos num passo de Transição muito evidente";</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Fase de acumulação epidemiológica ou o "duplo fardo" epidemiológico; ● Em relação à mortalidade, a transição está num passo evidente;
GEP	<p>"Bem, a transição epidemiológica em Cabo Verde pode ser entendida como um processo já, digamos longo e contínuo";</p> <p>"[...] Começamos a ver cada vez um maior peso nos últimos anos as doenças metabólicas, as doenças degenerativas, as Neoplasias, os acidentes, principalmente os acidentes de trânsito";</p> <p>"[...] Nos primeiros anos da independência era vulgar assinalar casos de malnutrição calórico proteica grave, as doenças de origem hídrica eram prevaletentes como doenças ligadas à higiene pessoal e colectiva, referindo-me à questão das dermatites, parasitoses dérmicas e outras".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● A transição é um processo longo e contínuo; ● Diminuição das DIP; ● Aumento das DCNT; ● Mudança nutricional.
DHC	<p>"Para mim, para já Cabo Verde de fato está em pleno processo de transição epidemiológica";</p> <p>"[...] verifica-se um aumento progressivo das doenças não transmissíveis, com particular destaque para as doenças crônicas degenerativas e também pelas causas externas. Por outro lado uma diminuição progressiva das doenças transmissíveis".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● A transição está em curso; ● Aumento das DCNT; ● Diminuição das DIP
BOM	<p>"Eu vejo esse processo, um processo que quanto a mim ainda, não obstante os vários documentos, não estamos numa fase de transição";</p> <p>"[...] Eu tenho algumas preocupações, algum receio em falar, bom já estamos na fase de transição epidemiológica em que as doenças Infecto-contagiosas foram relegadas para segundo plano e temos as doenças crónicas. Na verdade temos um misto das duas coisas";</p> <p>"[...]as estruturas de saúde não estão preparadas para, ao mesmo tempo atenderem as situações crónicas, em fase de transição epidemiológica e as doenças do passado que ainda estão no presente e vão para o futuro por muito tempo".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Não estamos no processo de transição; ● Há um misto das duas coisas (DCNT e DIP); ● Aumento das DCNT; ● Diminuição das DIP.
DGP	<p>"O que se verificou de fato em cabo verde é uma mudança de patamares. Para falar mais concretamente em termos de transição epidemiológica, de fato essa transição se traduz na mudança de tipo de causas de mortalidade. Hoje praticamente ninguém morre por doenças diarreicas, por exemplo. Hoje o que mata mais são as doenças crónicas".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mudança de tipo de causas de mortalidade; ● Aumento da mortalidade por DCNT e diminuição por DIP.
MS	<p>"[...] com os investimentos feitos, quer em termos de infra-estruturas, formação do pessoal, educação [...] toda essa transformação se processa no país, em que as doenças transmissíveis reduzem e são suplantadas pelas doenças não transmissíveis, nomeadamente doenças do aparelho circulatório, os tumores os traumatismos decorrentes principalmente dos acidentes de trânsito [...]".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Aumento das DCNT e Diminuição das DIP
ROM	<p>"Bom, o processo da transição epidemiológica em Cabo Verde está descrito em alguns relatórios. Nesses relatórios vem sendo apontado uma clara redução das doenças infecciosas transmissíveis e doutro lado um aumento na prevalência das doenças crónicas não transmissíveis";</p> <p>"[...] Entretanto esta questão da Transição Epidemiológica, embora referida, inclusive com indicação de sua evolução, não tem sido estudada até o momento, pelo qual precisa ser estudada para melhor entender essa mudança".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● A transição está descrita; ● Aumento das DCNT; ● Diminuição das DIP; ● A transição precisa ser estudada.

Quadro 10: Matriz de análise do tema percepção da transição epidemiológica como processo.

O quadro 11 apresenta as unidades de registro e as suas frequências em relação ao tema Percepção da transição como processo. Podemos observar que dos 8

entrevistados, 6 (75%) concordam que a transição é um fenómeno efetivo ou está em curso. Todos os entrevistados (100%) justificam a afirmação de que a transição é efetivo ou é um fenómeno em curso com o fato de que as DCNT têm vindo a aumentar e as DIP têm vindo a diminuir. Os demais aspectos explicativos para o fenómeno da transição como fase de acumulação epidemiológica ou o "duplo fardo epidemiológico", existência de um misto da prevalência por DIP e por DCNT, a transição como fenómeno estrutural, ou seja uma mudança em vários domínios, a transição como processo longo e contínuo, ou seja, um fenómeno dinâmico, mudança nutricional, entre outros, representam 12,5% cada um respectivamente. Ainda no que diz respeito ao tema, 12,5% (1 dos entrevistados) apresenta opinião contraditória em relação ao processo de transição, mas implicitamente concorda que o país estaria neste processo. O mesmo percentual manifesta precaução em afirmar categoricamente que o país estaria em fase de transição, porém deixa implícito de que percebe que a transição é um tema atual em Cabo Verde e que houve de fato várias transformações no país no período em referência.

Tema ou subcategoria	Unidades de Registro	Frequência das unidades de registro
<p>a) Percepção da transição como processo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Trasição é efetivo ou está em curso (a) – Aumento das DCNT (a1) – Diminuição das DIP (a2) – Fase de acumulação epidemiológica ou o "duplo fardo" epidemiológico (a3) – Existe um misto das duas coisas (a4) – A transição epidemiológica é um fenómeno estrutural (a5) – A transição é um processo longo e contínuo (a6) – A transição está em curso (a7) – Mudança do tipo de causas de mortalidade (a8) – Mudança nutricional (a9) – Mudança mais no capítulo de mortalidade (a10) ● Não estamos no processo de transição (b) ● A transição não está clara (c) 	<p>6</p> <p>8</p> <p>8</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>

Quadro 11: Grelha de análise frequencial das unidades de registro sobre o tema **percepção da transição como processo**.

A análise do tema revela, na perspectiva dos sujeitos de pesquisa que o país estaria em pleno processo de transição. A análise frequencial das unidades de registro

mostra que seis entrevistados (EPI, DRN, GEP, DHC, DGP e MS) concordam que a transição epidemiológica é um processo em curso em Cabo Verde e destacam o aumento da mortalidade por DCNT e diminuição por DIP como fatos mais evidentes. O país não está no processo de transição para o entrevistado BOM. Porém, o mesmo entrevistado manifesta através de outras expressões que estaríamos nesse processo: "Na verdade temos um misto das duas coisas". Para o entrevistado ROM, a transição não está clara, mas deixa implícito de que a transição é um fenômeno em curso em Cabo Verde ao afirmar: "A transição epidemiológica está descrita em vários relatórios [...]".

Em relação a esse tema, o entrevistados EPI afirma:

[...] Bem, para mim a transição epidemiológica em Cabo Verde já é efectivo. Basta verificarmos o quadro da morbilidade, mas também o quadro das causas da morte em Cabo Verde. Agora em vez das doenças infecciosas e parasitárias que no passado constituíam as principais causas de morbimortalidade, hoje temos uma prevalência muito maior das doenças crónicas[...] Temos elementos que nos permitem dizer que a Transição Epidemiológica hoje não é um mero fenómeno pontual, mas sim uma alteração estrutural que está ocorrendo no perfil epidemiológico de Cabo Verde.

As afirmações do entrevistado EPI evidenciam que na sua percepção, a transição epidemiológica em Cabo verde é efetivo e que tanto no capítulo da mortalidade como no capítulo da morbilidade, as doenças crónicas não transmissíveis têm um maior peso.

O entrevistado DRN concorda que estamos num passo evidente de transição, porém afirma que no capítulo da morbilidade, as DIP não sofreram mudanças consideráveis, apesar dos esforços realizados, seja pelas estruturas de saúde, seja por outros domínios relacionados com a área da saúde (educação, água, saneamento). As expressões do referido entrevistado deixam claro que segundo ele, a transição se dá principalmente pela diminuição de óbitos por DIP e aumento de óbitos por DCNT. Para o entrevistado a estrutura de morbilidade não sofreu grandes alterações, sobretudo quando se trata das DIP:

[...] Na realidade nós estamos a deparar a meu ver com uma fase de acumulação epidemiológica, ou se quiser ainda, um termo muito utilizado hoje "O duplo fardo epidemiológico" desses dois grupos de domínios de

doenças. [...] Daí que esta questão da transição é bom que ela seja um pouco “iluminada”. Se for em relação à mortalidade, eu concordo plenamente que estamos num passo de transição muito evidente.[...] Percebo de fato essa questão de transição epidemiológica no país nessa perspectiva. Ela de fato existe e ela é mais clara quando tratamos de mortalidade e menos clara quando tratamos de morbidade.

O entrevistado DHC é de opinião que em todos os aspectos, está a se verificar uma diminuição das DIP e aumento das DCNT. Segundo o entrevistado, essas alterações estão se dando de forma progressiva, fazendo com que convivamos com doenças típicas dos países subdesenvolvidos e situações típicas de países desenvolvidos:

[...] Cabo Verde está neste processo. Estamos a observar um aumento progressivo das doenças não transmissíveis, com particular destaque para as doenças crónico-degenerativas e também pelas causas externas, nomeadamente acidentes de viação, de trabalho, violência doméstica. Por outro lado uma diminuição progressiva das doenças transmissíveis. Então estamos em Cabo Verde de uns anos para cá a conviver com doenças do primeiro mundo e doenças do terceiro mundo digamos.

Já o entrevistado BOM entende que o país não está numa fase de transição e justifica a sua afirmação pelo fato do país apresentar várias vulnerabilidades em relação à ocorrência de epidemias e pela insuficiência de recursos que fazem com que as estruturas de saúde não sejam capazes de responder às demandas impostas pelo aumento das DCNT e persistência das DIP:

[...] Eu vejo esse processo, um processo que quanto a mim ainda, não obstante os vários documentos, não estamos numa fase de transição. [...] temos um país extremamente vulnerável. Daí que eu tenho algumas preocupações, algum receio em falar, bom já estamos na fase de transição epidemiológica em que as doenças Infecto-contagiosas foram relegadas para segundo plano e temos as doenças crônicas como principais causas de doença e de óbito.

Mas na verdade o entrevistado concorda que a transição é um fenômeno em curso. O entrevistado manifesta alguma precaução em fazer essa afirmação, tendo em conta o risco que o país apresenta em termos de aumento das DIP:

[...] Na verdade temos um misto das duas coisas. Por ser um país vulnerável, a qualquer momento, por exemplo na época das chuvas, sobretudo nas zonas urbanas como a cidade da Praia para começarmos a ter problemas, pondo as DIP e as DCNT no mesmo nível. As estruturas de saúde não estão preparadas para, ao mesmo tempo atenderem as situações crônicas, em fase de transição epidemiológica e as doenças do passado que ainda estão no presente e vão para o futuro por muito tempo.

O entrevistado ROM demonstra algum cuidado em dar a sua opinião sobre a transição epidemiológica no país, atribuindo as mudanças verificadas considerando os fatos descritos em documentos de política, nomeadamente a Política Nacional de Saúde, documentos programáticos dos programas dos diferentes Governos, nos planos nacionais de desenvolvimento, nos vários relatórios como relatórios estatísticos, relatórios de vigilância epidemiológica. Mas implicitamente concorda que a transição epidemiológica em Cabo verde é um fenômeno muito atual ao afirmar que essa questão da transição precisa ser estudada para melhor entender essa mudança. Essa postura do referido entrevistado põe em evidência a complexidade que se reveste o fenômeno da transição epidemiológica:

[...] Nesses relatórios vem sendo apontado uma clara redução das doenças infecciosas transmissíveis, por um lado, e doutro, um aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. Isso, em termos nomeadamente de mortalidade, mas também em termos de utilização dos serviços de saúde. [...] Entretanto esta questão da transição epidemiológica, embora referida, inclusive com indicação de sua evolução, não tem sido estudada até o momento, pelo qual precisa ser estudada para melhor entender essa mudança.

Análise do tema temporalidade do processo de transição

No quadro 12 apresentamos a análise do tema temporalidade do processo de transição epidemiológica, onde as unidades de registro correspondem ao tempo, período ou expressões que implícita ou explícitamente expressam a opinião do sujeito de pesquisa sobre o tema.

Tema b) Temporalidade do processo de transição epidemiológica		
Sujeitos de pesquisa	Núcleos de sentido	Unidades de registro
EPI	"[...]Sobretudo a partir dos finais dos anos 90. [...] Agora em vez das doenças infecciosas e parasitárias que no passado constituíam as principais causas de morbimortalidade, hoje temos uma prevalência muito maior das doenças crônicas".	●Sobretudo a partir dos finais dos anos 90.
DRN	"Bem, a transição epidemiológica, a dita transição epidemiológica em Cabo Verde é um fenômeno recente. É um fenômeno que está se manifestando há mais ou menos 10 anos. Isto concordando com a perspectiva de que o país estaria numa situação de transição epidemiológica. A pergunta que se vinha: viemos de onde e estamos a transitar para onde?"	●É um fenômeno que está se manifestando há mais ou menos 10 anos.
GEP	"Bem, a transição epidemiológica em Cabo Verde pode ser entendida como um processo já, digamos longo e contínuo. Um processo permanente que se tornou mais acentuada nos últimos 10 anos".	●Um processo permanente que se tornou mais acentuada nos últimos 10 anos
DHC	"Para mim os dados indicam que há vários anos que Cabo Verde está neste processo, está a atravessar este processo de transição epidemiológica"; "Como eu disse, já sabemos que todos os países estão condenados a enfrentar esse processo. Cada um a seu tempo. Este é o nosso tempo. Entre 1996 e 2000 há claramente essa transição Epidemiológica pelo menos há cerca de 10 a 15 anos".	●Entre 1996 e 2000 há claramente essa transição epidemiológica [...]pelo menos há cerca de 10 a 15 anos.
BOM	"Analisando alguns aspectos, alguns indicadores de saúde, podemos dizer que já atingimos a transição epidemiológica há cerca de 10 a 15 anos, tendo em conta o aumento da esperança de vida que aumentou consideravelmente, a diminuição das taxas de mortalidade infantil, a diminuição das DIP etc."	●Podemos dizer que já atingimos a transição epidemiológica há cerca de 10 a 15 anos.
DGP	"Para mim é um fenômeno permanente e constante, desde que Cabo Verde se tornou independente. [...] porque se for reparar, agora concentrando mais no "cabaz" dos principais indicadores de relevância para o sector da saúde, vê-se que isso se manifestou de fato após os primeiros anos da década de 90".	●[...]vê-se que isso se manifestou de fato após os primeiros anos da década de 90.
MS	"O documento da análise da situação mostra claramente o aumento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis e redução acentuada das doenças infecciosas e parasitárias".	●[...] segundo o documento da análise da situação
ROM	"[...]Entretanto esta questão da transição epidemiológica, embora referida, inclusive com indicação de sua evolução, não tem sido estudada até o momento".	●[...]Entretanto esta questão da Transição Epidemiológica, embora referida, inclusive com indicação de sua evolução.

Quadro 12: Matriz de análise do tema temporalidade do processo de transição epidemiológica.

O quadro 13 apresenta as unidades de registro e as suas frequências em relação ao tema temporalidade do processo de transição. Podemos observar que 100% dos entrevistados afirmam que a transição se manifestou mais claramente na década de 90, onde as DCNT suplantaram as DIP, sobretudo no capítulo de mortalidade. De todos os entrevistados, 75% indicam de forma direta a década de 90 como período em que a transição epidemiológica se manifestou, enquanto 25% fazem essa afirmação de forma indireta.

Tema ou subcategoria	Unidades de Registro	Frequência das unidades de registro
b) Temporalidade do processo de transição epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Mais ou menos 10 anos (a) • Nos últimos 10 a 15 anos (b) • Após os primeiros anos 90 (c) • Finais dos anos 90 (d) • De acordo com os documentos de política Nacional de saúde (e) 	<p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">2</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p style="text-align: center;">2</p>

Quadro 13: Análise frequencial das unidades de registro sobre o tema **temporalidade do processo de transição**.

A análise do tema temporalidade do processo de transição revela, na perspectiva dos entrevistados que a transição epidemiológica em Cabo Verde é um fenômeno que se manifestou mais claramente no final da década de 90. Mas os diferentes entrevistados apresentam diversos argumentos explicativos da ocorrência do fenômeno nesse período.

Segundo o sujeito DRN, a transição epidemiológica em Cabo Verde é um fenômeno recente. Mas questiona o nível das transformações que se verificam no país tendo em conta o ponto de partida. Ou seja, na sua compreensão, no que diz respeito à morbidade por DIP, as mudanças verificadas ainda não são muito significativas.

[...] A dita Transição Epidemiológica em Cabo Verde é um fenômeno recente. É um fenômeno que está se manifestando há mais ou menos 10 anos. [...] A pergunta que se vinha: viemos de onde e estamos a transitar para onde?" Se fomos pensar que saímos de uma situação de doenças com predomínio infeto contagiosas para um domínio de foro degenerativo, não infeto contagiosa [...]Na realidade nós estamos a deparar a meu ver com uma fase de acumulação epidemiológica, ou se quiser ainda, um termo muito utilizado hoje "O duplo fardo epidemiológico" desses dois grupos de domínios de doenças. Porque na verdade não conseguimos sair ainda totalmente de uma prevalência forte das doenças infecciosas e parasitárias.

O sujeito de pesquisa GEP embora seja de acordo que a transição epidemiológica tenha se manifestado nos últimos 10 anos, demonstra o entendimento que tem sobre o processo longo e permanente da transição epidemiológica:

Bem, a TE em Cabo Verde pode ser entendida como um processo já, digamos longo e contínuo. Um processo permanente que se tornou mais acentuada nos últimos 10 anos, quando os dados, sobretudo de mortalidade mostram a supremacia dos óbitos por DCNT.

Da mesma forma o sujeito DHC afirma categoricamente que a transição epidemiológica tem se manifestado nos finais da década de 90, mas concorda que é um processo longo através de mudanças progressivas dos indicadores:

Para mim os dados indicam que há vários anos que Cabo Verde está neste processo de Transição Epidemiológica. Já sabemos que todos os países estão condenados a enfrentar esse processo. Cada um a seu tempo [...] pelo menos há cerca de 10 a 15 anos [...] entre 1996 e 2000 há claramente essa transição Epidemiológica.

Sobre esse tema o sujeito de pesquisa BOM é também de opinião que a transição tenha se manifestado nos finais da década de 90. No entanto, entende essa transformação como resultado de modificações de vários indicadores e não só de morbimortalidade por DIP e DCNT:

[...] Analisando alguns aspectos, alguns indicadores de saúde, podemos dizer que já atingimos a Transição Epidemiológica há cerca de 10 a 15 anos, tendo em conta o aumento da esperança de vida, a diminuição das taxas de mortalidade infantil, graças de fato ao programa de proteção materno infantil. Mas teria de dizer também que as doenças diarreicas que durante vários anos constituíram a primeira causa de morte no país em todos os concelhos do país, as infecções respiratórias agudas, o sarampo, a cólera, diminuíram bastante em termos de mortalidade.

Para o sujeito DGP, a transição é um fenômeno permanente e constante e afirma:

"[...] Para mim é um fenômeno permanente e constante [...] Porque se for reparar, agora concentrando mais no "cabaz" dos principais indicadores de relevância para o sector da saúde, vê-se que isso se manifestou de fato após os primeiros anos da década de 90".

Já o sujeito MS não declara uma data concreta, mas deixa implícito a década de 90 como período em que a transição epidemiológica tenha se manifestado e justifica as mudanças como resultado do aumento das DCNT e diminuição das DIP:

[...] O documento da análise da situação mostra claramente o aumento expressivo das doenças crónicas não transmissíveis e redução acentuada das doenças infecciosas e parasitárias.

Essa afirmação demonstra que o sujeito concorda que o processo de transição se tornou mais evidente na década de 90, pois o documento da análise da situação foi elaborado em 2007, no qual, segundo os autores, a transição é mais evidente a partir dos finais dos anos 90.

O sujeito ROM não indica nenhuma data específica para explicar o processo da transição epidemiológica, mas mostra que tem conhecimento sobre o tema, quando afirma que a questão da transição é referida, inclusive com indicação de sua evolução:

[...] Entretanto esta questão da Transição Epidemiológica, embora referida, inclusive com indicação de sua evolução, não tem sido estudada até o momento.

Análise do tema determinantes e suas influências no processo de transição

O quadro 14 apresenta a análise do tema **determinantes e suas influências no processo de transição**, onde os determinantes (unidades de registro) são categorizados em determinantes políticos ou postura do país, determinantes socioeconômicos, determinantes demográficos, ações próprias do setor saúde e determinantes individuais e de grupos, de acordo com o relato dos sujeitos de pesquisa.

Tema c) Os determinantes e suas influências no processo de transição		
Sujeitos de pesquisa	Núcleos de sentido	Unidades de registro
EPI	<p>"[...] O nosso hábito alimentar, digamos emergente, nos últimos 30 anos, é decorrente da nossa abertura para o exterior[...]Que nos faz consumir modelos de produtos alimentares que não foi objecto de estudo. [...] consumimos tudo que vem na moda e isso faz com que desenvolvemos doenças crônicas decorrentes desses hábitos. [...] consumimos muito álcool. [...] Tornamos uma população muito fumadora".</p> <p>"[...] e o ritmo de vida em si associado à modernização da nossa sociedade, da educação, da nossa economia aumenta".</p> <p>"[...] somos uma sociedade com muita desigualdade. Essa desigualdade nos torna pouco satisfeitos com o nosso nível de vida por causa de ostentação daqueles que possuem mais. Essa condição nos faz cair em estilos de vida que ultrapassam nosso poder econômico e conseqüentemente acaba por diminuir o nosso nível de conforto e aumentar o nosso nível de frustração";</p> <p>"[...] Do ponto de vista demográfico, nós somos uma sociedade em pleno processo de transição demográfica, que depois de um período de elevada fecundidade e mortalidade, estamos agora numa fase de redução da mortalidade e de redução da fecundidade. A população jovem está aumentando e com isso a apropriação de bons e maus hábitos aumenta".</p> <p>"[...] Determinante de ordem alimentar: estudos comprovam que o nosso hábito alimentar não é muito adequado. Temos um consumo excessivo de açúcar, porém nem por isso a nossa situação nutricional é boa. Temos carências em termos de calorias. Pelo menos 40% da população têm carências em termos de calorias e temos carências mais profundas em termos de outros nutrientes";</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Determinantes políticos ou postura do país – Abertura para o exterior ●Determinantes socioeconômicos – Aumento do nível de instrução – Crescimento econômico – Desigualdade – Educação –modernização da sociedade ●Determinante demográfico – Redução da mortalidade e fecundidade – Aumento população jovem ●Determinantes individuais e de grupos – Aumento do ritmo de vida, – Mudança do hábito alimentar – Alto consumo de açúcar –Consumo desregrado de produtos – Estilos de vida nocivos
DRN	<p>"[...] Considerando as quedas de mortalidade por doenças transmissíveis, aqui o saneamento do meio foi um determinante importante...Nós vemos que de fato o país fez grandes esforços...Seja pelas estruturas de saúde, seja por outros domínios relacionados com a área da saúde: saneamento, mais água, a educação";</p> <p>"[...] Um outro determinante, isto estou a fazer referência a um determinante que intervém como um fator condicionador que é o nível da escolaridade do país. Temos uma população extremamente alfabetizada;</p> <p>[...] A outra questão é a questão cultural. Nós temos uma população com uma cultura ao mesmo tempo próprio do país que não está desenraizada com a cultura Nacional, mas uma cultura muito permissiva à influência externa";</p> <p>"[...] Um outro determinante com certeza tem a ver com a questão econômica. O nosso país cresceu-se economicamente, mas não é só, o nosso país desenvolveu-se";</p> <p>"[...] Um outro determinante é claro aqui o acesso das nossas populações. Temos um acesso universal com um pendor gratuito";</p> <p>"[...] Outro determinante é a questão demográfica. A nossa taxa de fecundidade que era da volta de 7 na década de 70, decaiu para 5 na década de 90 e hoje temos à volta de 2,8 salvo erro. Temos uma dilatação da esperança de vida e hoje temos pessoas a morrer mais acima dos 70 anos. Temos uma população que é flutuante que em certas épocas faz com que a nossa população chegue a 800 mil ou mais...E essa população não é só devida ao turismo. Essa flutuação demográfica é também devida à imigração que vem da costa Africana com fins de residência".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Determinantes Políticos ou postura do país – Abertura ao mundo – Influência externa ●Determinantes Socio-econômicos – Melhoria do saneamento – Aumento da escolaridade – Crescimento econômico – aumento do cesso a bens e serviços ●Determinante demográfico – Flutuação demografica – População jovem; – Queda da mortalidade e da fecundidade; – Aumento da expectativa de vida ●Ações próprias do setor saúde –Aumento das infra-estruturas – Aumento da cobertura – Universalidade ● Determinante individual e de grupo – Influência externa – Mudança de hábitos e estilos de vida

Quadro 14: Matriz de análise do tema determinantes e suas influências no processo de transição.

(Continua)

Tema c) Os determinantes e suas influências no processo de transição		
Sujeitos de pesquisa	Núcleos de sentido	Unidades de registro
GEP	<p>"[...] A independência veio a alterar vários fatores com influência na saúde. Houve grandes investimentos na área da saúde, educação[...];</p> <p>"[...] Essa mudança é também patente na mudança demográfica; a pirâmide populacional foi se estreitando e a parte da população activa tornou-se mais predominante no contexto geral. Aumentou também a população idosa";</p> <p>"[...] O aspecto nutricional: nos primeiros anos da independência eram vulgar assinalar casos de malnutrição calórico proteica grave como o marasmo, pelagra etc";</p> <p>"[...] Outro fator é a educação. Temos um nível de alfabetização muito alto que contribuiu bastante na prevenção da doença";</p> <p>"[...] Outra questão é a própria emigração. A emigração constituiu uma pressão para o desenvolvimento do sistema. Trouxe conceitos novos de outros países, exigências de outros níveis que o sistema absorveu e isso é um determinante para o processo de Transição Epidemiológica em Cabo Verde".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Determinantes políticos ou postura do País <ul style="list-style-type: none"> – Independencia Nacional – Abertura ao mundo – Conceitos novos ●Determinantes Socioeconômicos <ul style="list-style-type: none"> –Saneamento – Aspecto nutricional – Acesso a bens – Escolarização da população ● Determinante demográfico <ul style="list-style-type: none"> –Aumento da População aitiva –Aumento da População idosa – Emigração ●Ações próprias do setor da saúde <ul style="list-style-type: none"> – Universalidade –Aumento de Infra-estruturas – Recursos humanos – Cobertura dos serviços ●Determinantes individuais e de grupos <ul style="list-style-type: none"> – Conceitos novos – Cópias de modelos e estilos de vida
DHC	<p>"[...] Já sabemos que esta Transição Epidemiológica em Cabo Verde está intimamente relacionada com a Transição Demográfica que também se verifica no país";</p> <p>"[...] O processo de urbanização crescente trouxe para o país o desenvolvimento de novos estilos de vida";</p> <p>"[...] Essas mudanças são também influenciadas por fatores externos porque nós somos um país aberto ao mundo";</p> <p>"[...] O processo de desenvolvimento do país, nomeadamente melhoria do saneamento básico, das condições habitacionais e melhorias significativas no domínio da educação [...] nós temos hoje em Cabo Verde uma população altamente alfabetizada";</p> <p>"[...] temos um sistema de saúde que é para mim um sistema ideal porque é baseada na solidariedade. O acesso hoje é mais facilitado devido ao aumento de cobertura dos serviços de saúde".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●Determinantes Político ou postura do país <ul style="list-style-type: none"> – Abertura ao mundo ●Determinantes Socioeconômicos <ul style="list-style-type: none"> – Escolarização –Saneamento básico e condições habitacionais ● Demográfico <ul style="list-style-type: none"> –Aumento de esperança de vida –Aumento da População idosa – Urbanização crescente ●Ações próprias do setor da saúde <ul style="list-style-type: none"> – Infra estruturas – Cobertura – Acesso – Universalidade – Solidariedade – Multissetorialidade ●Determinantes individuais e de grupo <ul style="list-style-type: none"> – Novos estilos de vida – Influências externa

Quadro 14: Matriz de análise do tema determinantes e suas influências no processo de transição.

(Continuação)

Tema c) Os determinantes e suas influências no processo de transição		
Sujeitos de pesquisa	Núcleos de sentido	Unidades de registro
BOM	<p>"[...] Cabo Verde devida à sua posição geo-estratégica e geo-política, por sermos ilhas, somos privilegiados em relação a determinadas patologias endêmicas do continente Africano. [...] a partir da independência, com a organização de um Sistema Nacional de Saúde, com uma política nacional de saúde, definiu-se prioridades";</p> <p>"[...] com as melhorias no saneamento, os programas de protecção materno-infantil, as doenças diarreicas e as doenças prevenidas pela vacinação diminuíram. Hoje nós não temos sarampo há vários anos, não temos tétano neonatal, poliomielite, tuberculose na criança, meningite tuberculosa que constituía as principais causas de morte [...] a nossa população hoje em dia dada à questão da escolaridade é uma população exigente e isso contribuiu muito";</p> <p>"[...] não obstante todas as melhorias verificadas nos indicadores de saúde desde a independência, ainda temos tantos problemas que ainda temos que resolver, tanto a nível de técnicos, a nível do pessoal da saúde como também dos decisores. [...] os programas de saúde pública estão no Ministério da Saúde, directamente sob responsabilidade do diretor geral da saúde que por sua vez já tem tantas responsabilidades em termos de execução da política de saúde no país";</p> <p>"[...] antigamente dava-se mais atenção às doenças transmissíveis, não havia praticamente programas para prevenção de determinadas patologias não transmissíveis, nomeadamente a hipertensão arterial, a diabetes [...] com a urbanização surgem os hábitos com sedentarismo, os erros alimentares, a questão do alcoolismo que é um grande problema de saúde pública em Cabo Verde".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinantes políticos e/ou postura do país <ul style="list-style-type: none"> – Independência nacional – Influências externas – Abertura ao mundo – Posição geo-estratégica e geo-política ● Determinante socioeconómico <ul style="list-style-type: none"> – Escolarização – Saneamento básico e condições habitacionais ● Determinante demográfico <ul style="list-style-type: none"> – Aumento de esperança de vida – População idosa – Urbanização crescente ● Ações próprias do setor saúde <ul style="list-style-type: none"> – Política nacional de saúde – Sistema Nacional de saúde – Infra estruturas – Cobertura – Acesso – Universalidade – Solidariedade ● Multissetorialidade ● Determinantes individuais e de grupo <ul style="list-style-type: none"> – Novos estilos de vida – Influências externas
DGP	<p>"[...] essa Transição Epidemiológica pode ser considerada como resultado de um conjunto de fatores de desenvolvimento, social e económico. Mesmo a posição e a abertura de Cabo Verde em relação ao mundo é que condicionou toda essa Transição. É um fenómeno permanente e constante, desde que Cabo Verde se tornou independente";</p> <p>"[...] mas a boa gestão da ajuda pública ao desenvolvimento que passa pela boa governação e pela melhor utilização dos recursos postos à disposição de Cabo Verde foi fundamental";</p> <p>"[...] mas além da boa governação, houve grandes investimentos na infra-estruturação do país em todos os setores. Apostou-se fortemente na formação de recursos humanos, não somente no setor da saúde, mas também na educação e a capacidade de absorver e de encaixar as diferentes linhas de orientação".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinantes políticos ou postura do país <ul style="list-style-type: none"> – Independência – Posição de Cabo Verde – Abertura de Cabo Verde – influências favoráveis – Boa gestão – Boa governação ● Determinantes Socioeconómicos <ul style="list-style-type: none"> – Desenvolvimento social – Económico – aumento dos investimentos – Infra estruturas – Recursos humanos – Educação ● Ações próprias do setor saúde <ul style="list-style-type: none"> – Multissetorialidade – Recursos humanos – Infra-estruturas ● Nos indivíduos, grupos e comunidades <ul style="list-style-type: none"> – Influências externas

Quadro 14: Matriz de análise do tema determinantes e suas influências no processo de transição.

(Continuação)

Tema c) Os determinantes e suas influências no processo de transição		
Sujeitos de pesquisa	Núcleos de sentido	Unidades de registro
MS	<p>"[...] Cabo Verde vem de uma situação de praticamente onde não existia nada ou existia muito pouco no domínio da saúde, aliás há quem diga que na altura da independência Cabo Verde era praticamente um "Deserto sanitário" em termos quer de infra-estruturas, quer de profissionais. Com a assunção da independência, a saúde foi eleita como um dos setores prioritários, juntamente com a educação";</p> <p>"[...] eu creio que todo o investimento feito na área da saúde, quer em termos de construção de infra-estruturas, a formação dos profissionais quer em termos de descentralização, fez com que a saúde estivesse mais próximo possível das pessoas";</p> <p>"[...] há nítida melhoria em termos de fornecimento de água potável, mas há também melhorias em termos de saneamento. A população passa a ser mais culta, mais educada, mais informada e como tal tem uma outra percepção da saúde e consequentemente tem um outro comportamento, uma mudança de atitude extremamente positiva";</p> <p>"[...] uma das razões que explicam o sucesso de Cabo Verde é o acesso universal aos cuidados de saúde que fomos capazes de proporcionar à nossa gente".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinantes políticos ou postura do país <ul style="list-style-type: none"> – Independência nacional – Prioridades em saúde e educação ● Determinantes socioeconômicos. <ul style="list-style-type: none"> – Rendimento – Acesso a bens e serviços – Saneamento – Escolarização ● Determinante demográfico <ul style="list-style-type: none"> – Aumento da esperança de vida ● Ações próprias do setor saúde <ul style="list-style-type: none"> – multisetorialidade – Cobertura dos serviços – Universalidade – Infra estruturas – Recursos humanos ● Determinante individual ou de grupo <ul style="list-style-type: none"> – Mudança de atitude – Mudança de hábitos
ROM	<p>"[...] houve desde a independência, políticas muito claras de luta contra as doenças, sobretudo as doenças infecciosas e parasitárias. Houve políticas claras de promoção da saúde, nomeadamente da saúde materna e infantil. Tanto que o primeiro programa de saúde pública estabelecido no país logo após a independência foi o programa de protecção materno infantil e planeamento familiar (PMI/PF), incluindo o programa alargado de vacinação (PAV);</p> <p>"[...] houve também institucionalização de programa de luta contra doenças como a lepra, a tuberculose e doenças diarreicas. Mas houve sobretudo uma política de cobertura, de extensão de cobertura dos serviços de saúde";</p> <p>"[...] Tem havido sempre uma resposta no sentido de aumentar os recursos, nomeadamente os recursos humanos a nível das estruturas periféricas. [...] o país continua a investir na educação e na formação de quadros";</p> <p>"[...] mas também outras políticas públicas determinantes associadas à saúde como criação nos anos 80 do Sistema de Previdência Social e já na altura com uma visão de cobertura universal";</p> <p>"[...] a escolarização foi aumentando e hoje temos um bom nível de pessoas alfabetizadas. O nível de realização no setor da educação desempenha um papel fundamental no processo de Transição Epidemiológica".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinante político ou postura de Cabo Verde <ul style="list-style-type: none"> – Independência – Definição de prioridades – Sistema de previdência social – Protecção social ● Determinantes socioeconômicos <ul style="list-style-type: none"> – Recursos humanos – Escolarização – Formação e capacitação – Infra estruturas ● Determinante demográfico <ul style="list-style-type: none"> – Aumento da esperança de vida ● Ações próprias do setor saúde <ul style="list-style-type: none"> – Recursos humanos – Institucionalização de programas – Política de cobertura – Acesso Universal – Equidade – Multisetorialidade ● Determinante individual e de grupos <ul style="list-style-type: none"> – Mudança de atitudes

Quadro 14: Matriz de análise do tema determinantes e suas influências no processo de transição. (conclusão)

O quadro 15 apresenta as unidades de registro e as suas frequências em relação ao tema determinantes e suas influências no processo de transição epidemiológica. Podemos observar que os 8 entrevistados (100%) atribuem as mudanças verificadas aos determinantes políticos ou postura do país. Dos determinantes políticos, 75% dos entrevistados atribuem essas mudanças à abertura de Cabo Verde ao mundo, 62,5 atribuem à independência nacional e 50% é de opinião que são as influências externas em consequência da relação que Cabo Verde e os cabo-verdianos têm com o mundo é que determinaram tais mudanças. A definição de prioridades para o

setor da saúde representa 25%, enquanto que 12,5% considera a criação do sistema de previdência social como determinante político relevante.

Da mesma forma 100% dos entrevistados são de opinião que as transformações verificadas no país têm a ver com os determinantes socioeconômicos. Desses determinantes, 100% dos entrevistados atribuem essas mudanças à educação e escolarização da população, 62,5% atribuem às melhorias do saneamento básico e das condições habitacionais, 50% ao crescimento econômico e melhorias do rendimento das pessoas, 37,5% ao acesso a bens e serviços e 25% às melhorias em termos de infra-estruturas e recursos humanos.

Quanto aos determinantes demográficos, estes representam na compreensão dos sujeitos de pesquisa 87,5% como determinante importante no processo de transição epidemiológica. Dos determinantes demográficos 62,5% atribuem as mudanças ao aumento da expectativa de vida e 37,5% ao aumento da população idosa. O aumento da população jovem, o aumento da população ativa, diminuição da mortalidade e da fecundidade, flutuação demográfica e urbanização crescente da população representam 25% cada um respectivamente.

No que diz respeito às ações próprias do setor saúde, 87,5% também atribuem as modificações verificadas a esses determinantes. Dos determinantes relacionados com ações próprias do setor saúde, 75% atribuem as mudanças às melhorias em infra-estruturas e às melhorias do acesso aos serviços de saúde, 62,5% ao aumento em recursos humanos e relações multissetoriais, 25% à criação da política nacional de saúde/sistema nacional de saúde, à institucionalização de programas e à solidariedade que caracteriza o nosso sistema nacional de saúde.

Em relação aos determinantes individuais e de grupos, 87,5% dos entrevistados são de opinião de que estes determinantes exercem um papel fundamental no processo de transição epidemiológica. Destes determinantes, 87,5% atribuem as mudanças verificadas às mudanças de atitudes, hábitos e estilos de vida e 62,5% às influências externas que conseqüentemente têm repercussão nas mudanças de atitudes, hábitos e estilos de vida das pessoas.

Tema ou subcategoria	Unidades de Registro	Frequência das unidades de registro
c) Determinantes e suas influências no processo de transição epidemiológica	<ul style="list-style-type: none"> ● Determinantes políticos ou postura de Cabo Verde (a) –Abertura de Cabo Verde ao mundo (a1) 6 –Independência nacional (a2) 5 –Influência externa (a3) 4 –Definição de prioridades (a4) 2 –Posição Geo-estratégica e Geo-política (a5) 1 –Criação do Sistema de previdência social (a6) 1 ● Determinantes socioeconômicos (b) –Educação e escolarização da população (b1) 8 –Melhorias no saneamento e condições habitacionais (b2) 5 –Crescimento econômico e aumento do rendimento das pessoas (b3) 4 –Acesso a bens e serviços (b4) 3 –Infra-estruturas e recursos humanos (b5) 2 ● Determinantes demográficos (c) –Aumento da esperança de vida (c1) 7 –Aumento da população idosa (c2) 5 –Aumento da população jovem (c3) 3 –Aumento da população ativa (c4) 2 –Diminuição da mortalidade e fecundidade (c5) 2 –Flutuação demográfica (c6) 2 –Urbanização crescente (c7) 2 ● Ações próprias do setor saúde (d) –Melhoria em infra-estruturas de saúde (d1) 7 –Melhoria de cobertura e acesso aos serviços de saúde (d2) 6 –Acesso universal (d3) 6 –Aumento dos recursos humanos (d4) 5 –Relação multissetorial (d5) 5 –Criação da PNS/SNS e institucionalização de programas (d6) 2 –Solidariedade (d7) 2 ● Determinantes individuais e de grupos (e) –Mudanças de atitudes, hábitos e estilos de vida (e1) 7 –Influências externas (e2) 5 	<ul style="list-style-type: none"> 8 6 5 4 2 1 1 8 8 5 4 3 2 7 5 3 2 2 2 2 2 7 6 6 6 5 5 2 2 7 7 5

Quadro 15: Grelha de análise frequencial das unidades de registro sobre o tema **determinantes e suas influências no processo de transição epidemiológica**.

A análise do tema **os determinantes e suas influências no processo de transição** revela que, na perspectiva dos entrevistados, o processo de transição é determinado por vários fatores: determinantes políticos ou postura do país, determinantes sócioeconômicos, determinantes demográficos, ações próprias do setor da saúde e determinantes individuais e de grupos.

Os determinantes políticos ou postura do país incluem abertura de Cabo Verde ao mundo, independência nacional, influências externas, definição de prioridades e posição geo-estratégica e geo-política de Cabo Verde.

Quanto aos determinantes políticos, a independência nacional constitui um determinante fundamental nas mudanças que se verificaram no país, como afirma GEP:

Se assinalarmos alguns marcos para a saúde em Cabo Verde, iniciamos com um acontecimento que foi a independência nacional em 1975. A independência veio a alterar vários fatores com influência na saúde". Houve grandes investimentos na área da saúde [...] todos os recursos disponibilizados que mudaram toda a estrutura do sistema. Houve investimentos tanto em infra-estrutura quanto em pessoal da saúde, levando a uma maior cobertura e acesso aos serviços de saúde que é universal. Houve aumento do acesso a bens essenciais como à água potável [...].

Sobre esse determinante, o entrevistado BOM afirma que muitas mudanças ocorridas no país se deu a partir da independência nacional, pois com a independência é que se criou de fato uma política nacional de saúde, e conseqüentemente a organização de um sistema nacional de saúde com definição de prioridades para o setor saúde. A ênfase a esse determinante é feito pelo entrevistado ao se referir ao combate às DIP, que segundo ele, a nossa posição geo-estratégica e geo-política, à partida nos privilegia em relação a determinadas patologias endêmicas do continente Africano, mas que a diminuição das DIP se deveu sobretudo a partir da independência, com a criação de uma política nacional de saúde:

[...] Cabo Verde devida à sua posição geo-estratégica e geo-política, somos privilegiados em relação a determinadas patologias endêmicas do continente Africano. Felizmente não temos esses problemas. [...] logo após 1975, com uma política nacional de saúde, definiu-se prioridades como o serviço de protecção materno infantil, esforços para melhorias do saneamento básico, do acesso à água, à eletricidade, à escolarização da população [...].

Para o entrevistado MS, foi a partir da independência nacional que se definiram prioridades para o setor da saúde juntamente com a educação. A partir de então fez-se grandes investimentos em termos de infra-estruturas e formação de profissionais. Estes investimentos aliado à melhoria do saneamento básico, do acesso à água, à melhoria do rendimento das pessoas, contribuíram para a melhoria das condições de vida e diminuição das DIP, tanto as ligadas ao saneamento e condições habitacionais, como as prevenidas por vacinação:

[...] Na altura da independência nacional, segundo os indicadores de saúde, tínhamos os piores indicadores da nossa região da Africana Ocidental. As doenças que prevaleciam eram as doenças transmissíveis, nomeadamente as doenças diarreicas. Com a independência, a saúde foi eleita como um dos setores prioritários, juntamente com a educação. [...] Eu creio que todo o investimento feito na área da saúde, quer em termos de construção de infra-estruturas, a formação dos profissionais, quer em termos de descentralização, fez com que a saúde estivesse mais próximo possível das

peças. Estes investimentos feitos na saúde aliado às melhorias ligadas ao rendimento das pessoas, à melhoria do acesso à água potável, ao saneamento contribuíram para a melhoria da qualidade de vida.

O que podemos constatar de fato, na perspectiva dos entrevistados, é que a independência está na base de muitas transformações verificadas no país, desde a organização do sistema nacional de saúde, infra-estruturação, recursos humanos, entre outros. Para o entrevistado DGP por exemplo, as mudanças verificadas se iniciaram com a independência, mas sobretudo com a postura de Cabo Verde em relação ao mundo e à boa governação:

Desde sua independência, a postura de Cabo Verde é de um país aberto ao mundo e aberta às influências e idéias favoráveis ao desenvolvimento. Cabo Verde se desenvolveu de fato graças às parcerias e acordos que mesmo no período da guerra fria conseguiu se posicionar. Mas além da postura, a boa governação. Entre 1975 até mesmo início da década de 90, o modelo era voltado pela reciclagem da ajuda pública ao desenvolvimento. Mas a boa gestão da ajuda pública ao desenvolvimento que passa pela boa governação e pela melhor utilização dos recursos postos à disposição de Cabo Verde foi fundamental. Cabo Verde sempre soube definir para onde vai e com que recursos deve contar.

Portanto, a abertura de Cabo Verde ao mundo também constitui um determinante de grande importância, pois permitiu que o país incorporasse influências e idéias favoráveis ao desenvolvimento, como afirma o entrevistado DGP: "a postura de Cabo Verde em relação ao mundo desde a independência é de um país aberto ao mundo e aberta às influências e às idéias favoráveis ao desenvolvimento". Relativamente a esse determinante, podemos observar que as influências podem, por vezes, ter efeitos opostos nas mudanças verificadas, pois, por um lado trouxe conceitos novos e ideias favoráveis ao desenvolvimento, por outro, contribui na assimilação de modelos e estilos de vida às vezes nocivos à saúde, com afirmação DHC:

[...]Essas mudanças são também influenciadas por fatores externos porque nós somos um país aberto ao mundo. O mundo é hoje uma aldeia global e nós sofremos todas as influências, muitas delas nocivas à uma vida saudável.

As influências externas, segundo os entrevistados, exerce um papel importante em vários aspectos. Um dos aspectos é a assimilação de diferentes idéias favoráveis ao desenvolvimento através da formação no exterior. É o que afirma DGP:

Outro fator é o fato também de apostar fortemente na formação de recursos humanos, não somente no setor da saúde, mas também na educação. Em termos de recursos humanos formados, essa massa crítica que se formou em diferentes escolas e correntes, desde os Estados Unidos, Brasil, Europa, Países de Leste, URSS contribuíram muito. A nossa capacidade de absorver e de encaixar as diferentes linhas de orientação. [...] De fato nesse aspecto Cabo Verde representa uma síntese catalisador de diferentes escolas de desenvolvimento.

Mas as influências externas em consequência da nossa abertura ao mundo também têm seu reflexo negativo, inclusive nos nossos hábitos alimentares com seus efeitos sobre a saúde das pessoas, como afirma EPI:

[...] houve uma verdadeira transição em termos de dieta alimentar que não é a mesma do passado. Tivemos uma transição com coisas boas, mas com coisas más. O nosso hábito alimentar, digamos emergente, nos últimos 30 anos, é decorrente da nossa abertura para o exterior".[...] Consumimos tudo que entra e ainda agravado porque não há controle de qualidade, nem do que entra nem do que produzimos localmente.

Ainda no que diz respeito às influências externas, DRN associa ao determinante cultural, entendido como socio-cultural, que diz respeito à nossa cultura permissiva às influências externas, condição que tem impulsionado o nosso desenvolvimento:

Eu acho que essa permeabilidade cultural nossa em aspirar cada vez mais e melhor também tem que ser considerada. Eu diria aqui mais um determinante socio-cultural [...] a nossa capacidade em aceitar o outro, mas também em aprender com outro; em aspirar sempre o melhor que o outro tem. Eu acho que de fato essa questão tem puxado, tem empurado muito os nossos governantes em fazer tudo para dar respostas aos problemas do país.

Os determinantes socioeconômicos incluem a educação e escolarização da população, melhorias do saneamento e condições habitacionais, crescimento econômico e aumento do rendimento das pessoas, acesso a bens e serviços, infraestruturação e recursos humanos. Constatamos que, na percepção dos sujeitos de pesquisa, todos os determinantes exercem um papel importante em todos os aspectos da vida das pessoas. A educação e escolarização da população foram determinantes indispensáveis, sobretudo no aspecto da prevenção, como afirma DRN:

Temos uma população extremamente alfabetizada. Com isso temos aqui todo um conhecimento sobre a higiene pessoal, a higiene dos alimentos, procura dos serviços de saúde, diminuição dos tratamentos tradicionais, etc.

A educação aqui teve um papel determinante na mudança de comportamento".

A educação e escolarização da população, juntamente com o saneamento básico, contribuíram para a diminuição das DIP:

[...] Considerando as quedas de mortalidade por doenças transmissíveis, aqui o saneamento do meio foi essencial. Vemos que de fato o país fez grandes esforços, seja pelas estruturas de saúde, seja por outros domínios relacionados com a área da saúde: saneamento, mais água, a educação [...] um outro determinante, isto estou a fazer referência a um determinante que intervém como um fator condicionador que é o nível da escolaridade do país. Temos uma população extremamente alfabetizada. [...] eu acho que muito que se conseguiu em termos de indicadores não é só devida à ação dos atores da saúde, mas também devido ao nível de alfabetização do país.

Para o entrevistado DHC, o processo de desenvolvimento do país, com melhorias no saneamento básico, das condições habitacionais e no domínio da educação tem influenciado muito o processo de transição epidemiológica, na medida em que contribuem para a diminuição das DIP:

[...]de fato estamos a diminuir as doenças transmissíveis que está intimamente relacionada com o processo de desenvolvimento do país, nomeadamente melhoria do saneamento básico, melhoria das condições habitacionais e melhorias significativas no domínio da educação. Nós temos hoje em Cabo Verde uma população altamente alfabetizada. Isso facilita a promoção da saúde, a prevenção da doença e a própria proteção da saúde.

O crescimento económico, o aumento do nível de rendimento das pessoas e acesso a bens e serviços contribuíram para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por um lado, por outro as expõem a hábitos e estilos de vida às vezes nocivos à saúde. E isto representa um problema importante sobretudo na juventude em relação ao álcool, ao tabaco, à obesidade etc. E isso está também a aumentar os riscos de desenvolvimento de determinados tipos de patologias como o diabetes, o câncer, sobretudo do estômago, do intestino, como diz o sujeito DRN:

[...] O nosso país cresceu-se economicamente, mas não é só, o nosso país desenvolveu-se. [...] uma população com uma distribuição de renda muito maior que no passado. É claro que isto determina o estado de saúde da nossa população. [...] evidentemente que o aumento da nossa capacidade económica em adquirir bens, isso também tem estado a provocar mudanças nos nossos hábitos e costumes. E isto representa um problema importante porque hoje estamos a lidar com a questão da obesidade, do consumo do álcool, do tabaco, sobretudo na juventude. E isso está também a predispor os nossos jovens a determinados tipos de patologias. Nós estamos a ver

cada vez mais casos de diabetes, do câncer, sobretudo do estômago, do intestino [...].

O entrevistado EPI compartilha esse ponto de vista que houve melhorias importantes em termos econômico-sociais, mas que essas melhorias têm por vezes implicações negativas:

[...] E o ritmo de vida em si associado à modernização da nossa sociedade, da educação, da nossa economia aumenta. Portanto é o volume global. [...] e isto faz com que os hábitos se propagam mais rápido às vezes por mero modismo e expõem a maus hábitos sociais como o alcoolismo, tabagismo e também o ritmo de vida em termos de sono, entre outros.

Ainda sobre os determinantes socioeconômicos, para o sujeito de pesquisa GEP são processos contínuos, impulsionados inicialmente pela independência nacional com repercussões em vários aspectos como os aspectos nutricionais e prevenção das doenças:

[...] também no aspecto nutricional quando os primeiros anos da independência eram vulgar assinalar casos de malnutrição calórico proteica grave como o marasmo, pelagra etc. Hoje já começamos a ter problemas de obesidade. Sobre a educação, temos um nível de alfabetização muito alto. Portanto o aumento de escolaridade ajudou bastante no entendimento da prevenção da doença.

Mas no que diz respeito à escolarização da população, GEP chama atenção para os aspectos que possam ser prejudiciais em termos estilos de vida:

Esta mesma escolaridade provocou como eu já disse, uma abertura, um entendimento mais claro do que se passa no mundo inteiro e aí vemos a cópia de determinados tipos de comportamentos tidos como avançados de países avançados e nem sempre esses comportamentos são positivos. Cópias de modelos, e estilos de vida inadequadas que são apresentados como modelos e influenciam negativamente o processo.

O ator-chave considera também que a infra-estruturação do país e o investimento nos recursos humanos foram essenciais nas mudanças verificadas no país:

[...] Outra variável determinante é o fato também de apostar fortemente na infr-estruturação do país e na formação dos recursos humanos. De fato nesse aspecto Cabo Verde representa uma síntese catalisador de diferentes escolas de desenvolvimento [...] essa massa crítica que se formou em diferentes escolas e correntes desde os Estados Unidos, Brasil, Europa, Países de Leste, URSS, contribuíram muito para as transformações que se verificam no país.

Os determinantes de ordem demográficos incluem o aumento da esperança de vida, o aumento da população idosa, o aumento da população jovem, o aumento da população ativa, diminuição da mortalidade e da fecundidade, flutuação demográfica e urbanização crescente da população. Segundo os entrevistados, os vários aspectos dos determinantes demográficos influenciam de diversas formas o processo de transição epidemiológica.

Sobre esse aspecto, o entrevistado EPI considera que estamos em pleno processo de transição demográfica decorrente da queda da fecundidade e da mortalidade. Considera que com o aumento do peso absoluto e relativo da população jovem, aumenta a apropriação de hábitos e estilos de vida às vezes nocivos à saúde:

[...] População jovem está aumentando no dia a dia em termos de peso absoluto e relativo da população. Isso faz com que globalmente a apropriação de novos valores em termos de standard de alimentação e de hábitos de vida às vezes impróprios é mais rápido e mais efetivo.

Já DRN, para além da mudança na estrutura de mortalidade, do aumento da esperança de vida destaca a grande flutuação demográfica, com particular ênfase à imigração da população da costa Africana que do ponto de vista epidemiológico possuem um outro padrão de doenças com repercussão importante na estrutura epidemiológica de Cabo Verde.

[...] do ponto de vista demográfico, a nossa taxa de fecundidade que era da volta de 7 na década de 70, decaiu para 5 na década de 90 e hoje temos à volta de 2,8 salvo erro. Temos uma dilatação da esperança de vida e hoje temos pessoas a morrer mais acima dos 70 anos. Nós temos uma população residente à volta dos 500 mil habitantes, mas temos uma população que é flutuante que em certas épocas faz com que a nossa população chegasse a 800 mil ou mais. E essa população não é só devida ao turismo. Essa flutuação demográfica é também devida à imigração que vem da costa Africana com fins de residência e isto é um problema porque do ponto de vista epidemiológico na costa Africana existe um outro padrão de doenças.

O entrevistado GEP afirma que houve uma mudança na estrutura da população, com o aumento da população ativa e idosa. Considera também que a emigração exerce grande influência no processo de transição:

Essa mudança é também patente na mudança demográfica. Podemos ver as primeiras pirâmides populacionais antes da independência e na altura da

independência com uma grande base larga. Essa pirâmide foi se estreitando e digamos a parte da população ativa a tornar-se mais predominante no contexto geral e também a percentagem da população idosa a aumentar" [...] A emigração trouxe conceitos novos de outros países, exigências de outros níveis que o sistema absorveu e isso é um determinante para o processo de Transição Epidemiológica em Cabo Verde. De certa forma esses mesmos fatores trouxeram outros elementos ou realçaram elementos negativos, ou seja cópias de modelos e estilos de vida inadequados.

No que diz respeito ao aspecto demográfico, o entrevistado DHC considera que o aumento da população idosa tem contribuído para o aumento das doenças crônico-degenerativas e a urbanização crescente tem contribuído para o aumento principalmente das doenças cardiovasculares:

[...] Nos últimos anos temos uma diminuição significativa da mortalidade infantil que tem suas repercussões no aumento da esperança de vida das populações em Cabo Verde. A taxa de fecundidade diminuiu grandemente com menos de três filhos por mulher. Tudo isso contribui para o aumento da população idosa e isso tem contribuído para o aumento das doenças crônicas e degenerativas, próprias da terceira idade, sobretudo. Mas temos um processo aqui em Cabo Verde, aliás em todo mundo: o processo de urbanização crescente do país e esse processo trouxe para o país o desenvolvimento de novos estilos de vida como o sedentarismo que tem contribuído infelizmente para o aumento das doenças cardiovasculares principalmente.

O entrevistado BOM considera que os fatores ligados à urbanização, às mudanças dos hábitos alimentares e estilos de vida como o sedentarismo, foram fundamentais para o aumento das DCNT:

Com a urbanização, alteraram-se os hábitos e na população urbana é que vamos encontrar mais problemas de ordem de doenças crônicas devido ao sedentarismo, os erros alimentares, a importação desenfreada de alimento, etc.

As ações próprias do setor da saúde incluem: criação da PNS, organização do SNS e institucionalização de programas, melhorias em infra-estruturas de saúde, melhorias de cobertura e acesso aos serviços e cuidados de saúde, aumento e especialização dos recursos humanos, melhoria nas relações multissetoriais, universalidade, solidariedade e humanização dos serviços.

A criação de uma política nacional de saúde foi um dos determinantes fundamentais porque com ela é que se definiu prioridades para a saúde, afirma BOM:

[...] É uma questão difícil de dizer em termos de priorizar um em relação a outro determinante. Mas uma das questões é que antes de 1975 não havia um Sistema Nacional de Saúde em Cabo Verde. Uma das questões foi de fato a organização de um Sistema Nacional de Saúde. Com uma política nacional de saúde, definiu-se prioridades.

As melhorias em infra-estruturas, e conseqüentemente, melhorias de cobertura e acesso aos serviços e cuidados de saúde contribuíram na melhoria da saúde da população. Segundo o entrevistado DRN:

outro determinante é claro aqui o acesso das nossas populações. Temos um acesso universal com um pendor gratuito. Eu acho que isto é um ganho social que o país teve e é muito importante. A maioria da população chega aos serviços de saúde em menos de 30 minutos. Houve um investimento muito grande em termos de cobertura dos serviços de saúde às nossas populações.

Sobre este aspecto, GEP fala sobre a universalidade do acesso aos cuidados e serviços de saúde:

Houve grandes investimentos na área da saúde. Todos os recursos disponibilizados que mudaram toda a estrutura do sistema. Investimentos tanto em infra-estrutura quanto em pessoal da saúde...O acesso aos serviços de saúde é universal [...].

E acrescenta DHC: "Nós temos um sistema de saúde que é para mim um sistema ideal porque é baseada na solidariedade. O acesso hoje é mais facilitado devido ao aumento de cobertura dos serviços de saúde".

O entrevistado MS, além da intra-estruturação e disponibilização dos recursos humanos, traz a questão da descentralização:

Eu creio que todo o investimento feito na área da saúde, quer em termos de construção de infra-estruturas, quer em termos de descentralização, fez com que a saúde estivesse mais próximo possível das pessoas. A acessibilidade ficou mais facilitada [...] todo o Programa Materno Infantil – Planeamento Familiar (PMI-PF), imunização das crianças menores de 5 anos. [...] também todo um trabalho em torno da saúde da mulher desde o seguimento pré natal, os cuidados pós natal, a formação dos profissionais [...].

Em termos de recursos humanos, BOM concorda que houve ganhos consideráveis: "Basta dizer que em 1975 em Cabo Verde haviam 13 médicos. Hoje estão registados na ordem cerca de 400 médicos, sendo mais de trezentos em atividade".

No entanto, para o sujeito de pesquisa, esse é um número reduzido para as necessidades do país neste momento. O sujeito de pesquisa afirma que houve melhorias importantes em vários domínios, particularmente no que diz respeito às DIP. No entanto aponta alguns aspectos que contribuem para a elevação das DIP, tais como a centralização dos programas de saúde pública, a falta de uma equipe para trabalhar de forma articulada, a circulação de pessoas de zonas endêmicas do continente africano.

[...] não obstante todas as melhorias verificadas nos indicadores de saúde desde a independência, ainda convivemos com elevada prevalência das DIP devido a vários fatores como a centralização dos programas de saúde pública e a mobilidade de pessoas provenientes de zonas endêmicas como o continente africano.

Os determinantes individuais e de grupos incluem mudanças de hábitos e estilos de vida e influências externas. Segundo os sujeitos de pesquisa, os dois aspectos relacionados com os determinantes individuais e de grupos estão intimamente relacionados com os demais determinantes já referidos. Por exemplo, o entrevistado EPI é de opinião que uma população jovem está mais susceptível à assimilação e propagação de hábitos e estilos de vida:

[...] quanto mais jovem é uma população, bons hábitos como maus hábitos têm um poder de propagação mais rápido. E o ritmo de vida em si associado à modernização da nossa sociedade, da educação, da nossa economia aumenta. Portanto é o volume global. [...] isto porque esses hábitos se propagam mais rápido às vezes por mero modismo e expõem a maus hábitos sociais como o alcoolismo, tabagismo e também o ritmo de vida em termos de sono, entre outros.

O entrevistado faz referência à nossa mudança em termos de hábitos alimentares:

Estudos comprovam que o nosso hábito alimentar não é muito adequado. Temos um consumo excessivo de açúcar, porém nem por isso a nossa situação nutricional é boa. Temos carências em termos de calorias. Pelo menos 40 % da população têm carências em termos de calorias e temos carências mais profundas em termos de outros nutrientes. Esse hábito é decorrente da nossa abertura para o exterior. Isso nos leva a consumir modelos de produtos alimentares que não foi objeto de estudo. Consumimos tudo que vem na moda e isso faz com que desenvolvemos doenças crônicas decorrentes desses hábitos.

O mesmo entrevistado acrescenta:

Tornamos uma população de muita “paródia” [...] Consumimos muito álcool, basta ver as estatísticas da produção no país e de importação de bebidas alcoólicas. Tornamos uma população muito fumadora. Tudo isto, associado ao fato de que hoje temos um ritmo de vida muito mais condicionado pelo horário. Isso aumenta o nosso nível de stress que conjuntamente determinam o surgimento de doenças crônicas, contribuindo para a Transição Epidemiológica.

O entrevistado DRN atribui à educação aos muitos ganhos conseguidos porque contribuiu sobretudo para mudança de atitude e comportamento:

[...] com certeza que temos aqui todo um conhecimento sobre a higiene pessoal, a higiene dos alimentos, procura dos serviços de saúde, diminuição dos tratamentos tradicionais. Hoje há uma procura mais atenta aos serviços de saúde. A educação aqui teve um papel determinante na mudança de comportamento.

Para o entrevistado GEP, apesar das melhorias verificadas no país, os determinantes como a emigração tem por vezes repercussões negativas na vida das pessoas:

A emigração constituiu uma pressão para o desenvolvimento do sistema. Trouxe conceitos novos de outros países, exigências de outros níveis que o sistema absorveu e isso é um determinante para o processo de Transição Epidemiológica. De certa forma esses mesmos fatores trouxeram outros elementos ou realçaram elementos negativos. De certa forma nós pensamos que há elementos negativos para a saúde mais pronunciados hoje do que antes. Por exemplo em termos de comportamento social verifica-se uma maior permissividade sexual, o problema do alcoolismo, o problema da droga [...].

Os determinantes individuais estão relacionados também com a urbanização crescente da população, segundo DHC:

O processo de urbanização crescente trouxe para o país o desenvolvimento de novos estilos de vida. Esse novo estilo de vida como o sedentarismo tem contribuído infelizmente para o aumento das doenças cardiovasculares principalmente.

Segundo o entrevistado BOM, os programas voltados para as DIP contribuíram para a diminuição dessas doenças na população. A falta de programas voltados para a prevenção das doenças crônicas, associados aos hábitos como o sedentismo contribuíram para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis:

[...] antigamente dava-se mais atenção às doenças transmissíveis. Não havia praticamente programas para prevenção de determinadas patologias não transmissíveis, nomeadamente a hipertensão arterial, a diabetes [...] Antes tínhamos problemas de subnutrição, hoje temos da obesidade, o sedentarismo, a questão do alcoolismo que é um grande problema de saúde pública em Cabo Verde. Isto tudo contribuiu para que haja uma diminuição considerável das doenças infecto contagiosas e aumento das doenças não transmissíveis.

O entrevistado MS é de opinião que os determinantes individuais como a melhoria da atitude e comportamento foram essenciais para as melhorias conseguidas, mas esses determinantes foram resultantes das melhorias na educação, no rendimento das pessoas, etc:

[...] estes investimentos feitos na saúde aliado às melhorias ligadas ao rendimento das pessoas fez com que as pessoas passassem a alimentar-se melhor. A população passa a ser mais culta, mais educada, mais informada e como tal tem uma outra percepção da saúde e conseqüentemente tem um outro comportamento, uma a mudança de atitude extremamente positiva.

Análise do tema impacto e desafios do processo de transição epidemiológica

O quadro 16 mostra a análise do tema impacto e desafios do processo de transição, onde as unidades de registro correspondem aos diferentes níveis de impacto e desafios do processo de transição epidemiológica: a nível político e socioeconômico, no setor da saúde, nos indivíduos, grupos e comunidades.

Tema d) Impacto e desafios do processo de transição epidemiológica		
Sujeitos de pesquisa	Núcleos de sentido	Unidades de registro
EPI	<p>"[...] primeiramente desafios que tem a ver com educação para uma boa alimentação. Em Cabo Verde não temos um verdadeiro programa de nutrição que cuida de educação para bons hábitos alimentares. Basta dizer que pessoas que tem alto nível de rendimento gastam três vezes mais do que pobres para um mesmo aporte calórico. Precisamos de um verdadeiro programa de nutrição que cuida da pesquisa alimentar";</p> <p>"[...] há um desafio da política da família. Em Cabo Verde a família dá o que dá! E quando dá bem, ela depende sobretudo dos esforços das pessoas, das orientações das igrejas. Mas não existem verdadeiras políticas públicas que promovem estabilidade familiar, família como núcleo de realização econômica, profissional e social das pessoas";</p> <p>"[...] dotar o sistema de saúde, todo sistema, de capacidade para um adequado acompanhamento dos doentes crônicos num ambiente familiar e não só a nível hospitalar";</p> <p>"[...] deve ser colocada na agenda da opinião pública problemas das doenças crônicas. Eu sou a favor de uma abordagem familiar dos problemas de saúde, mesmo os aspectos de prevenção";</p> <p>"[...] desafio também em termos de prevenção. É preciso que o Sistema de saúde dê uma atenção especial à educação global para que as pessoas saibam que o risco existe e cada acto impróprio pode ser propício de contribuir para que um dia venha a desenvolver uma doença crônica;</p> <p>"[...] devemos aproveitar a "oportunidade demográfica" com políticas públicas condizentes com mudanças que se verificam e plano de ação para não comprometer o valor acrescentado";</p> <p>"[...] temos que melhorar o sistema de previdência social. Temos que valorizar o sector privado. Devemos constituir rede em torno dessa questão. Melhorar o desenvolvimento comunitário. Outro desafio é o de emprego e formação profissional".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●A nível político e socioeconómico –Melhorar o sistema de previdência social –Valorizar o setor privado – Política do emprego e formação profissional – Política da família – Aproveitar a "Oportunidade Demográfica" – Educação global – Educação para uma boa alimentação – Dotar o sistema de saúde de meios – Desenvolvimento comunitario ●No setor da saúde – Adequar as políticas – Um verdadeiro programa de nutrição – Educação global – Educação para uma boa alimentação –Política de Cuidados continuados –Colocar questão dos crónicos na agenda pública –Abordagem familiar dos crónicos – Multissetorialidade ●Nos indivíduos, grupos e comunidades –Participação comunitária – Desenvolvimento comunitario –Multissetorialidade –Prevenção
DRN	<p>"[...] para resolver o problema, você tem que reunir os recursos e todos os recursos têm que estar à medida desses problemas; as suas prioridades também terão que estar formuladas à medida dos problemas. E aqui a questão que se coloca obviamente é: as nossas prioridades atuais estão estrategicamente alinhadas com o nosso perfil epidemiológico?";</p> <p>"[...] esses recursos que temos, essas prioridades que estamos a formular, esses desenhos estratégicos que estamos a elaborar é para resolver os problemas ou as causas dos problemas?;</p> <p>"[...] E aqui estou a fazer referencia ao modelo hospitalocêntrico que o nosso Sistema Nacional de Saúde ainda padece. [...] A alocação de recursos aos cuidados primários de saúde é bastante insuficiente;</p> <p>"[...] o modelo hospitalar de atenção que nós temos não dá respostas ao perfil epidemiológico que o país apresenta. Portanto, adequar as estratégias, reforço dos recursos para os cuidados primários, adaptar o modelo ao perfil...O país tem que ter uma carta de recursos humanos definida. Os recursos humanos que temos devem ser distribuídos de forma equitativa e transparente. Temos que buscar aqui a tecnicidade porque sem essa definição complica a gestão";</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●A nível político e socioeconómico – Resolver as causas dos problemas –Aumentar o orçamento para o setor saúde ●No setor da saúde – Reunir recursos conforme os problemas – Definir prioridades – Resolver as causas dos problemas –Ter uma carta de recursos humanos – Adequar o modelo ao perfil Alterar o modelo hospitalocêntrico –Aumentar os recursos aos cuidados primários – Política de cuidados continuados – Adequar estratégias –Distribuição equitativa de recursos – Buscar a tecnicidade para não comprometer a gestão ●Nos indivíduos, grupos e comunidades – Mudança de atitudes e comportamento (causas dos problemas)

Quadro 16: Matriz de análise do tema impacto e desafios do processo de transição.

(continua)

Tema d) Impacto e desafios do processo de transição epidemiológica		
Sujeitos de pesquisa	Núcleos de sentido	Unidades de registro
GEP	<p>“O primeiro desafio é a adaptação do Sistema Nacional de Saúde ao novo panorama, à essa mudança que está ocorrendo na situação epidemiológica do país. Temos maiores exigências de investimentos em termos de equipamentos, de tecnologia para dar respostas às doenças que tem maior peso no actual panorama da saúde”;</p> <p>“[...] a postura da promoção e da prevenção deixa de ser um entendimento também adaptado apenas às condições de higiene pessoal e comunitária no sentido amplo, mas também o combate a privilegiar a mudança de atitudes e comportamentos em relação às doenças mais prevalentes”;</p> <p>“[...] temos que buscar um maior entrosamento com outros setores...Combater essa tendência a “hospitalização” da mentalidade médica, do comportamento dos profissionais da saúde. O sistema não pode ver essa luta do ponto de vista meramente clínico ou médico assistencial, mas também ao nível dos cuidados primários”;</p> <p>“[...] o sistema de informação normal de rotina não está a acompanhar esse processo. Estamos agarrados aos mesmos formulários nosológicos de antes e as informações sobre a nossa situação não são absolutamente exatas de forma rotineira”;</p> <p>“[...] devemos privilegiar a identificação da doença na população segundo os níveis de rendimento [...]”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●A nível político e socioeconómico <ul style="list-style-type: none"> – Aumentar os recursos ●No setor da saúde <ul style="list-style-type: none"> – Adaptação do sistema de saúde ao novo panorama – Mudar a postura em relação à prevenção e promoção – Privilegiar a mudança de atitudes e comportamento – Melhor entrosamento com outros setores – multissetorialidade – Combater a “hospitalização” da mentalidade médica – Reforçar os cuidados primários – Política de cuidados continuados – Melhorar o sistema de informação <ul style="list-style-type: none"> – Estudar o problema de <input type="checkbox"/>olít de acordo com o <input type="checkbox"/>olít de renda das pessoas ●Nos indivíduos, grupos e comunidades <ul style="list-style-type: none"> – Mudar a postura em relação à prevenção e promoção – Privilegiar a mudança de atitudes e comportamento
DHC	<p>“[...] isso para nós tem algumas implicações em termos de reafetação de recursos; em termos de planificação do setor da saúde; em termos de configuração do próprio Serviço Nacional de Saúde. É necessário que o sistema Nacional de saúde esteja organizado para fazer face à essa mudança que estamos a atravessar”;</p> <p>“[...] todos os países estão condenados a enfrentar esse processo. Cada um a seu tempo. Este é o nosso tempo e podemos perfeitamente aprender com os países que já atravessaram esse processo. Aprender como minimizaram os aspectos negativos da Transição”;</p> <p>Essa Transição Epidemiológica impõe desafios enormes em termos de infra-estruturação do país, estruturas físicas e recursos humanos. [...] temos que formar recursos humanos tendo em conta o perfil epidemiológico que está a se desenvolver aqui no país. Com a acumulação das doenças crónicas e degenerativas, temos que ter gente formada à altura dessas áreas que são várias, para fazer face a essas doenças”;</p> <p>“[...] podemos atuar a nível da educação da população. Todo mundo já tem consciência que há uma falência do modelo biomédico e que é preciso reforçar uma abordagem bio-psicossocial a nível de saúde”;</p> <p>“[...] os problemas da saúde não são só da saúde, e sim multissetoriais e multidisciplinares...Temos que fazer a ponte e dar a nossa contribuição para que haja uma ponte entre a saúde e a sociedade civil, sobretudo quando estamos a pensar no desenvolvimento de cuidados continuados”;</p> <p>“[...] outro desafio que o processo de Transição Epidemiológica impõe ao Sistema Nacional de Saúde é a sustentabilidade do sistema. O aumento das doenças crónicas e degenerativas vai aumentar os custos. O aumento da população idosa aumenta custos. Temos que repensar o sistema de financiamento do nosso serviço nacional de saúde”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●A nível político e socio-económico <ul style="list-style-type: none"> – Reafetação de recursos – Experiências dos outros países <ul style="list-style-type: none"> – Melhorar Articulação com sociedade civil – Infra estruturas – Sustentabilidade – Repensar o sistema de financiamento – Participação comunitária ●No setor da saúde <ul style="list-style-type: none"> – Configuração/planificação do Sistema Nacional de <input type="checkbox"/>olít de acordo com a nova realidade <ul style="list-style-type: none"> – Infra estruturas – Recursos humanos – Reforçar o modelo biopsicossocial e combater o modelo hospitalocêntrico <ul style="list-style-type: none"> – <input type="checkbox"/>olítica de cuidados continuados – Atuar mais na educação – Reforçar parcerias – Melhorar Articulação com sociedade civil – Multissetorialidade – Multidisciplinaridade – Sustentabilidade – Repensar o sistema de financiamento – Participação comunitária ●Nos indivíduos, grupos e comunidades <ul style="list-style-type: none"> – Exercício de cidadania – Participação comunitária

Quadro 16: Matriz de análise do tema impacto e desafios do processo de transição.

(continuação)

Tema d) Impacto e desafios do processo de transição epidemiológica		
Sujeitos de pesquisa	Núcleos de sentido	Unidades de registro
BOM	<p>“[...] é preciso melhorar o Sistema de financiamento. Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o orçamento do estado para o setor da saúde, isto em termos do Continente Africano, 10%. Nós temos cerca de 8 a 9 % há mais de 12 anos”;</p> <p>“[...] sem investigação médica, epidemiológica, não há nenhum programa que vá de encontro com os aspectos técnicos. Portanto os aspectos técnicos têm de prevalecer para politicamente concordar ou não com grau de desenvolvimento da saúde”;</p> <p>“[...] precisamos de fato de um sector público desenvolvido em parceria com o setor privado...Temos que dotar novas estratégias. A primeira tem que passar forçosamente por uma definição de uma nível de recursos humanos, financeiros, tecnológicos, a médio e a longo prazos. Temos que reajustar o sistema nacional de saúde”;</p> <p>“[...]Há uma confusão em termos de assunção de identidade das estruturas de saúde em termos de hierarquia. Em termos práticos faz-se mais cuidados primários do que cuidados diferenciados nos hospitais centrais. [...] é preciso melhorar a política de proximidade da saúde para as populações”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● A nível político e socio-econômicos <ul style="list-style-type: none"> – Melhorar o sistema de financiamento – Reforçar o sector privado ● No setor da saúde <ul style="list-style-type: none"> – Parceria público-privado – Reajustamento do Sistema Nacional de nível <ul style="list-style-type: none"> – Planificação dos recursos – Reforçar os cuidados primários – Hierarquização do modelo de atenção – Melhorar a política de proximidade dos serviços às populações – Incentivar a investigação – Definição de uma nível clara de recursos humanos, financeiros e tecnológicos a médio e longo prazos
DGP	<p>“[...] diante dessas mudanças nível, econômicas e dos indicadores de saúde, temos que redefinir as estratégias. Temos que ter estruturas de saúde, profissionais e meios tecnológicos de acordo com as patologias nas áreas mais prevalentes, como é o caso das doenças oncológicas”;</p> <p>“[...] temos o desafio de configurar a saúde de acordo com a configuração insular de Cabo Verde. Há necessidade também da existência de uma rede de informação, um sistema de informação interligado. [...] temos que estruturar o sistema de saúde de acordo com os diferentes níveis”;</p> <p>“[...] o setor privado nas questões da saúde terá que ter um melhor enquadramento [...]”;</p> <p>“[...] há a questão da mudança de atitude e de comportamento [...] nós temos ainda uma franja da população pobre. Embora Cabo Verde não tenha o fenómeno da extrema pobreza, mas há uma correlação direta entre essas variáveis, ou seja, entre a situação da saúde e o nível de rendimento das pessoas. Temos esse desafio de conhecer o problema em relação ao nível de rendimento das pessoas”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● A nível político e socioeconômico <ul style="list-style-type: none"> – Enquadramento do setor privado – Melhorar a qualidade de vida das pessoas – Investir na mudança de atitudes e comportamento ● No setor da saúde <ul style="list-style-type: none"> – Redefinição de estratégias – Infraestruturação – Recursos humanos – Tecnológicos – Configurar a saúde de acordo com a configuração insular de Cabo Verde – Sistema de informação interligado <ul style="list-style-type: none"> – Transporte rápido e eficiente – Estruturar a saúde por níveis nível quicos – Conhecer o problema de acordo com o nível de rendimento das pessoas – Funcionamento em rede ● Nos indivíduos, grupos e comunidades <ul style="list-style-type: none"> – Mudança de atitudes e comportamento

Quadro 16: Matriz de análise do tema impacto e desafios do processo de transição.

(continuação)

Tema d) Impacto e desafios do processo de transição epidemiológica		
Sujeitos de pesquisa	Núcleos de sentido	Unidades de registro
MS	<p>"[...] o aumento nomeadamente das doenças do aparelho circulatório, os tumores, os traumatismos exigem outra abordagem. Exigem especialistas, exigem equipamentos de diagnóstico muito mais sofisticados, medicamentos muito mais caros, exige uma outra organização...Portanto há uma mudança de paradigma e daí que novos desafios são colocados a Cabo Verde";</p> <p>"[...] desafios esses que só podem ser vencidos no quadro da reforma que temos em curso [...] temos um pacote forte de infra-estruturação, de especialização dos nossos profissionais, todo um esforço para equipamentos de diagnóstico; o esforço para melhorar o acesso a medicamentos, a implantação de novos serviços como o serviço de Oncologia e da Hemodiálise e precisamos implementar os cuidados intensivos [...] mas o esforço está também direcionado aos cuidados primários [...]";</p> <p>"[...] o nosso problema é da qualidade e a organização do sistema é fundamental [...] a hierarquização do sistema de referência e de contra – referência, a humanização dos serviços [...] tudo isto e o princípio da participação da população [...] uma abordagem multissetorial [...] Eu creio que são todos esses elementos que configuram essa nova largada, essa nova etapa, etapa da reforma do setor da saúde".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●A nível político <ul style="list-style-type: none"> – Reforçar o sistema de financiamento – Reforçar a multissetorialidade ●No setor da saúde <ul style="list-style-type: none"> – Reorganização do sistema de saúde – Continuar com a reforma setor em curso – Especialização dos profissionais – Novos equipamentos de diagnóstico – Melhorar o acesso – Implementar novos serviços – Reforço dos cuidados primários – Formação de gestores – Hierarquização do sistema de referência e contra – referência – Humanização dos cuidados – Aposta na qualidade – Princípio de participação da população (Mutualidade) – Reforçar o sistema de financiamento – Reforçar a multissetorialidade ●Nos indivíduos, grupos e comunidades <ul style="list-style-type: none"> – Participação comunitária
ROM	<p>"[...] as políticas de têm que ser trabalhadas no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas";</p> <p>"[...] a política de saúde mesmo a nível de prevenção da doença e promoção da saúde tem que ser redirecionada [...] o que é preciso de fato fazer é redirecionar as políticas, os programas, os serviços e adequar os serviços para responder a essa nova situação [...] dar importância à prevenção primária";</p> <p>"[...] resposta tem que ser outra desde os serviços que compõem os cuidados primários e periféricos até os serviços diferenciados e centralizados e todas as atividades devem ser monitorizadas permanentemente";</p> <p>"[...] tem que trabalhar a questão da atitude e comportamento das pessoas a nível das comunidades junto dos centros de juventude que deverá contribuir na resolução dos problemas dos jovens [...] formar pessoas especialistas na área de educação e mudança de comportamento que nos dê abordagem científica para essa questão".</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●A nível político e socioeconómico <ul style="list-style-type: none"> – Melhorar a qualidade de vida das pessoas – Educação direcionada ●No setor da saúde <ul style="list-style-type: none"> – Redirecionar e adequar o sistema de saúde – Dar especial importância à prevenção primária – Definir prioridades – Educação direcionada – Hierarquização dos cuidados. – Monitorização constante – Abordagem multissetorial – Formação de especialistas nas questões de mudança de atitude e comportamento – Participação comunitária ●Nos indivíduos, grupos e comunidades <ul style="list-style-type: none"> – Participação comunitária – Mudança de atitude e comportamento

Quadro 16: Matriz de análise do tema impacto e desafios do processo de transição.

(Conclusão)

O quadro 17 apresenta as unidades de registro e as suas frequências em relação ao tema impacto e desafios do processo de transição epidemiológica. Podemos constatar que os 8 entrevistados (100%) consideram que a transição exerce um grande impacto a nível político e socioeconómico e coloca desafios sobretudo no que diz respeito ao aumento dos recursos para o setor saúde, em que 62,5% falam

do desafio de melhorar o sistema de financiamento, de reafetação de recursos e da sustentabilidade do setor. Ainda no que diz respeito aos aspectos político e socioeconômico, 37,5% dos entrevistados é de opinião que a qualidade de vida das pessoas deverão ser melhoradas através da política de emprego e formação profissional e política da família, 37,5% entendem que deverá ser melhorado o enquadramento e reforço do setor privado, 25% acham que devem ser implementados medidas educativas que favoreçam mudanças de atitudes e comportamentos e 12,5% são de opinião que devem ser dadas atenção especial à melhoria do sistema de previdência social e à multissetorialidade.

Quanto ao setor saúde, todos os entrevistados entendem que a transição epidemiológica coloca desafios ao setor. Dos entrevistados, 100% consideram que é necessário adequar o Sistema Nacional de Saúde ao novo panorama e redefinir as estratégias, 75% consideram que deve ser implementado uma política de cuidados continuados e que a política de recursos deve ser redefinida; 50% acham que é preciso combater o "modelo hospitalocêntrico" de prestação dos cuidados de saúde, privilegiar uma abordagem hierarquizada e melhorar a multissetorialidade, 37,5% é de opinião que deve ser privilegiada uma educação global, aumentar os recursos aos cuidados primários e melhorar o sistema de informação, de referência e contra-referência, 25% entendem que é necessário uma abordagem que permita conhecer os problemas de saúde da população de acordo com o seu nível de rendimento, e por último, 12,5% acha que o momento é oportuno para apostar fortemente na investigação.

No que concerne aos indivíduos, grupos e comunidades, 82,5% percebe que a transição epidemiológica coloca desafios a esse nível. Destes, 50% recomenda que os indivíduos, grupos e comunidades devem participar mais em ações que promovam boas práticas, ou seja, maior participação comunitária e maior exercício de cidadania. Ainda ao nível individual, 25% recomenda uma mudança de postura em relação à prevenção e à promoção, ou seja, se antes toda a atenção era voltada para a questão das DIP, hoje essa prática tem que mudar para uma perspectiva mais global, tendo em conta o aumento das DCNT.

Tema ou subcategoria	Unidades de Registro	Frequência das unidades de registro
d) Impacto e desafios do processo de transição	● A nível político e socioeconômicos (a)	8
	– Aumentar os recursos (Melhorar o sistema de financiamento e de re-afetação de recursos, sustentabilidade) (a1)	5
	– Melhorar a qualidade de vida das pessoas (política de emprego e formação profissional, política da família) (a2)	3
	– Melhorar o enquadramento e reforço do setor privado (a3)	3
	– Educação para mudança de atitudes e comportamentos (a4)	2
	– Melhorar o sistema de previdência social (a5)	1
	– Melhorar a multissetorialidade (a6)	1
	● No setor da saúde (b)	8
	– Adequar o SNS ao novo panorama e redefinição de estratégias (b1)	8
	– Política de cuidados continuados (b2)	6
	– Redefinição de política de recursos (b3)	6
	– Combater o modelo Hospitalocêntrico e promover uma abordagem hierarquizada (b4)	4
	– Melhorar a multissetorialidade (b5)	4
	– Educação global (b6)	3
	– Aumentar os recursos aos cuidados primários (b7)	3
	– Melhorar o sistema de informação, de referência e contra-referência (b8)	3
	– Conhecer os problemas de acordo com o nível de rendimento das pessoas (b9)	2
– Investigação (b10)	1	
● Nos indivíduos, grupos e comunidades (c)	7	
– Mudança de atitudes e comportamentos (c1)	4	
– Participação comunitária e exercício de cidadania (c2)	4	
– Mudança de postura em relação a prevenção e à promoção (c3)	2	

Quadro 17: Grelha de análise frequencial das unidades de registro sobre o tema **impacto e desafios do processo de transição**.

A análise do tema mostra que o processo de transição epidemiológica exerce um grande impacto e coloca desafios em todos os domínios, político e socioeconómico, no setor da saúde e nos indivíduos, grupos e comunidades. No aspecto político e socioeconómico, o aumento das DCNT, por exemplo implica no aumento dos recursos e isso implica na melhoria do sistema de financiamento e de reafetação de recursos, pois as doenças crônicas e degenerativas têm um custo muito mais elevado. No setor da saúde, na perspectiva dos sujeitos, o sistema de saúde deve ser adequado ao novo panorama e as estratégias devem ser redefinidas. A política de recursos humanos e outros devem ser redefinidas e as estratégias devem privilegiar a política de cuidados continuados, a abordagem hierarquizada e o combate ao "modelo hospitalocêntrico". As relações multissetoriais devem ser melhoradas e intensificadas tendo em conta que as questões da saúde são multissetoriais. O sistema de informação, de referência e contra-referência devem ser melhoradas. A investigação médica, a educação global, a formação especializada devem merecer atenção especial. Para os indivíduos, grupos e comunidades, as estratégias devem ser dirigidas para ações que promovam a

mudança de atitudes e comportamentos. Os indivíduos devem participar mais nas ações de saúde e devem ter uma postura norteada pelo exercício de cidadania. Os vários intervenientes devem mudar a postura em relação à prevenção e promoção, tendo em conta o novo perfil.

Os desafios a nível político e socioeconômico incluem aumento dos recursos (melhorar o sistema de financiamento e de realocação de recursos, sustentabilidade), melhorar a qualidade de vida das pessoas (política de emprego e formação profissional, política da família), melhorar o enquadramento e o reforço do setor privado, educação para mudança de atitude e comportamento, melhorar o sistema de previdência social e melhorar a multissetorialidade.

O entrevistado BOM considera que é preciso maior orçamento para o setor da saúde tendo em conta os grandes desafios que o sistema enfrenta:

É preciso melhorar o Sistema de financiamento. A organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o orçamento do estado para o setor da saúde, isto em termos da nossa subregião do Continente Africano, 10%. Nós temos cerca de 8 a 9 % há mais de 12 anos, sofrendo pequenas oscilações.

Os desafios para o setor da saúde incluem: adequar o sistema nacional de saúde ao novo panorama e redifinição de estratégias, política de cuidados continuados, redifinição de recursos, combate ao modelo "hospitalocêntrico" e promoção de uma abordagem hierarquizada, melhorar a multissetorialidade, priorizar a educação global sobre as questões de saúde, aumento dos recursos aos cuidados primários, melhorar o sistema de informação, de referência e contra-referência, buscar conhecer os problemas de saúde de acordo com os níveis de rendimento das pessoas e investigação médica.

Sobre os desafios para o setor saúde, o entrevistado GEP afirma:

O primeiro desafio é a adaptação do Sistema Nacional de Saúde ao novo panorama, à essa mudança que ocorreu na situação epidemiológica do país. Existem maiores exigências de investimentos em termos de equipamentos, de tecnologia para dar respostas às doenças que têm maior peso no actual panorama da saúde.

O sujeito de pesquisa DRN dá uma importância fundamental aos cuidados primários:

[...] O Sistema Nacional de Saúde deveria fazer uma aposta clara: que os hospitais não deverão atender e dar continuidade ao tratamento nem ao diabético, nem ao hipertenso, nem portadores de outro tipo de patologia que pode ser seguido ao nível dos cuidados primários. O que nós queremos não são cuidados básicos no sentido primitivo, mas sim cuidados básicos no sentido primário, no sentido de permitir contato. O modelo hospitalar de atenção que nós temos não dá respostas ao perfil epidemiológico que o país apresenta.

O entrevistado DHC sintetiza os vários desafios que considera indispensáveis para as mudanças que se verificam no país, e particularmente, no setor saúde:

[...] portanto organização e reajustamento do setor de acordo com a nova realidade; recursos humanos – formação e capacitação; recursos financeiros; infra-estruturas e equipamentos; reforço de recursos aos cuidados primários; política de cuidados continuados; articulação entre estruturas e sociedade civil; maior participação comunitária e aumento do exercício de cidadania.

Já o entrevistado MS considera que as reformas do setor em curso são impulsionadas precisamente por essas transformações:

É preciso dizer que toda essa transformação vem colocar novos desafios a Cabo Verde e novos desafios à saúde. Se as doenças diarreicas são vencidas com escassos recursos, o aumento nomeadamente das doenças do aparelho circulatório, os tumores, os traumatismos exigem outra abordagem. Exigem especialistas, exigem equipamentos de diagnóstico muito mais sofisticados, medicamentos muito mais caros, exige uma outra organização. [...] Portanto há uma mudança de paradigma e daí que novos desafios são colocados a Cabo Verde. De modo que surge toda essa ideia de reforma do setor da saúde.

Os desafios para indivíduos, grupos e comunidades envolvem: mudança de atitudes e comportamentos, participação comunitária, exercício de cidadania e mudança de atitude em relação à prevenção e à promoção. Para o entrevistado ROM, é fundamental a questão da mudança de atitude e comportamento, sobretudo nos jovens: "[...] tem que trabalhar a questão da atitude e comportamento das pessoas a nível das comunidades junto dos centros de juventude que deverá contribuir na resolução dos problemas dos jovens [...]".

Para o entrevistado GEP, deve haver uma mudança de postura em relação à prevenção e promoção:

[...] a postura da promoção e da prevenção deixa de ser um entendimento também adaptado apenas às condições de higiene pessoal e comunitária no sentido amplo, mas também o combate a privilegiar a mudança de atitudes e comportamentos em relação às doenças mais prevalentes.

8.3 As tendências do perfil de mortalidade em Cabo Verde

Neste capítulo apresentamos os resultados relacionados com a evolução temporal da mortalidade por causas selecionadas ocorridas no país, no período de 1975 a 2005. Optamos por apresentar a evolução da mortalidade proporcional e tendência dos coeficientes de mortalidade.

Análise da mortalidade proporcional por capítulos/grupos, subgrupos e causas específicas selecionados.

No gráfico 1 é apresentada a curva de mortalidade proporcional por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), Doenças do Aparelho Respiratório, Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), Neoplasias e Causas Externas, no período de 1981 a 2005. Nesse período temos dados de mortalidade referentes ao ano de 1981, 1983 1989 e no período de 1991 a 2005. A mortalidade proporcional por capítulos ou grandes grupos, grupos, subgrupos e causas específicas de óbitos encontram-se listados no Apêndice A.

Podemos constatar que para os cinco capítulos selecionados, a evolução da mortalidade proporcional é oscilante, porém crescente para DAC e decrescente para as DIP. No ano de 1981 por exemplo, as DAC tinham um percentual de óbitos maior do que as DIP. A partir de 1991, os óbitos por DAC passam definitivamente a ter um maior peso em termos proporcionais do que as DIP, ocupando a segunda causa de óbito no país, superado apenas por causas desconhecidas e mal definidas. Em 2005 as DAC passam a ocupar o primeiro lugar dentre as causas de mortalidade.

Se recuarmos ao período de 1971-1975, podemos verificar que as DAC ocupavam a terceira causa de óbitos, com 9,1% do total, enquanto que as desconhecidas e mal

definidas ocupavam a primeira causa com 32%, seguida das DIP com 17,6% (Apêndice A).

Em relação à mortalidade por doenças pertencentes aos outros capítulos selecionados, nomeadamente neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório, podemos observar que todos tiveram evoluções marcadas por períodos de crescimento e diminuições, com neoplasias e causas externas a conhecerem um crescimento ligeiro de uma forma geral.

Podemos observar também que a partir de 2001, as DIP foram superadas pelas neoplasias e causas externas, sendo esta última com uma ligeira diminuição em relação às DIP, no ano de 2003.

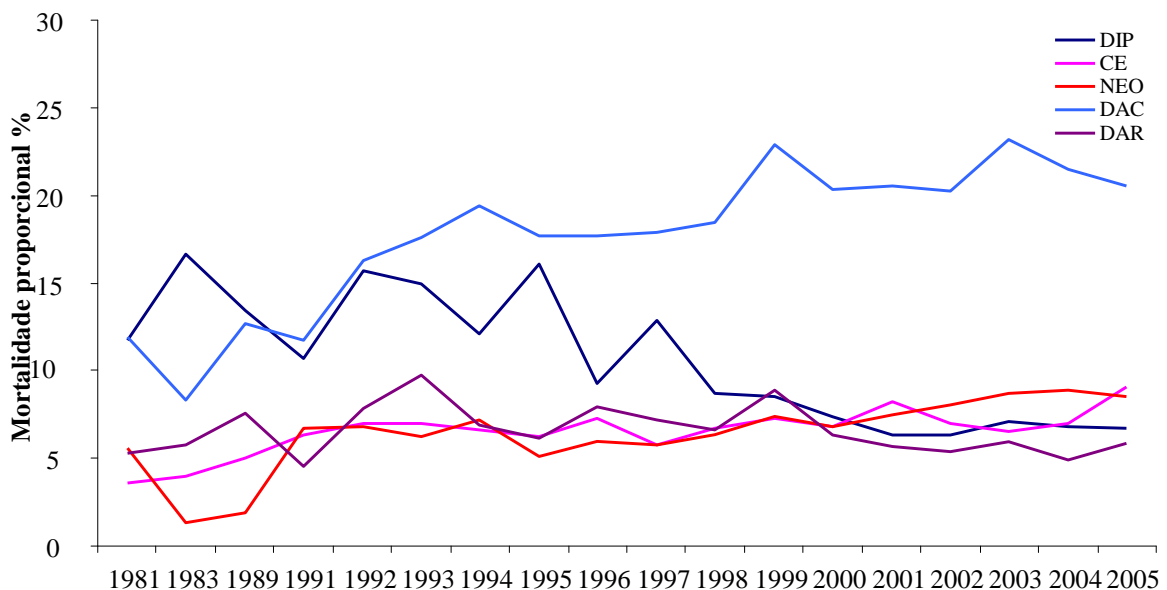


Gráfico 1: Evolução da mortalidade proporcional por Doenças do Aparelho circulatório (DAC), Doenças do Aparelho Respiratório (DAR), Neoplasias (NEO), Causas Externas (CE) e Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), Cabo Verde, 1981 a 2005.

Considerando o período de 1992 a 2005, os resultados revelam que entre os óbitos por DAC, as doenças cérebro-vasculares representam as principais causas de óbitos, ocupando cerca de 50% do total de óbitos por DAC, seguido dos óbitos por outras formas de doença do coração que proporcionalmente apresenta um crescimento em relação aos outros subgrupos. A proporção de óbitos pertencente ao subgrupo das doenças hipertensivas apresenta uma diminuição importante no

período considerado. O subgrupo das doenças isquêmicas do coração tiveram um aumento principalmente a partir de 1994, mantendo parcialmente o mesmo peso em termos de ocorrência de óbitos, para em 2005 conhecer uma diminuição considerável (gráfico 2).

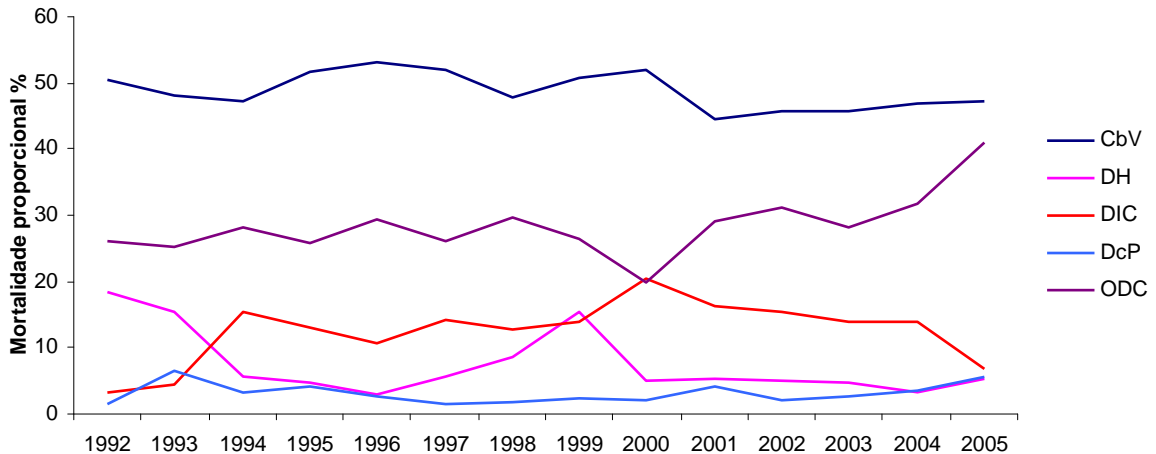


Gráfico 2: Evolução da mortalidade proporcional por subgrupos das DAC (Cérebro-vascular-CbV, Doença Hipertensiva-DH, Doenças Isquêmicas do Coração-DIC, Doença Cardíaca Pulmonar e da Circulação Pulmonar-DcP e Outras Doenças do Coração-ODC), Cabo Verde, 1992 a 2005

Para o grupo das Doenças do Aparelho Respiratório, dos dois subgrupos escolhidos (gripes/pneumonias e doenças crônicas das vias respiratórias), os resultados revelam que houve uma diminuição da proporção de óbitos pelos dois subgrupos, apesar de períodos de oscilação (gráfico 3).

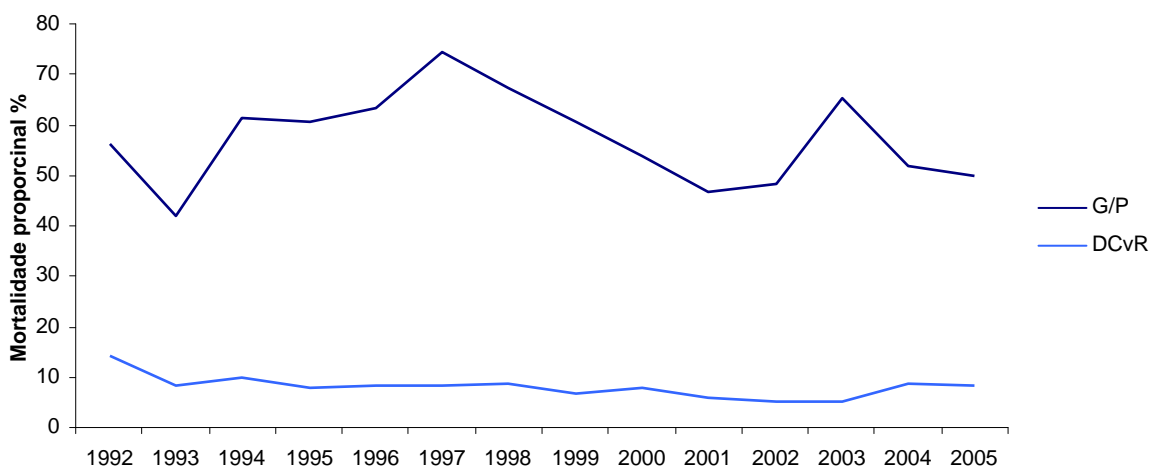


Gráfico 3: Evolução da mortalidade proporcional por subgrupos das DAR (Gripes e Pneumonias-G/P e Doenças Crônicas das vias Respiratórias-DCvR), Cabo Verde, 1992 a 2005

Em relação aos óbitos por neoplasias malignas, verificamos que quase metade de todos os óbitos pertencentes a esse grupo estão relacionados com neoplasias dos órgãos digestivos. As neoplasias malignas do estômago são as principais causas de óbitos por neoplasias malignas, representando cerca de 20% dos óbitos por neoplasias malignas por ano, oscilando entre 14,9% em 1995 e 25,4% em 2001. Entre as neoplasias malignas dos órgãos digestivos, as neoplasias do estômago representam cerca de 40% dos óbitos por ano, no período considerado, oscilando entre 33,3% em 1999 e 47,4% em 2001 (gráfico 4).

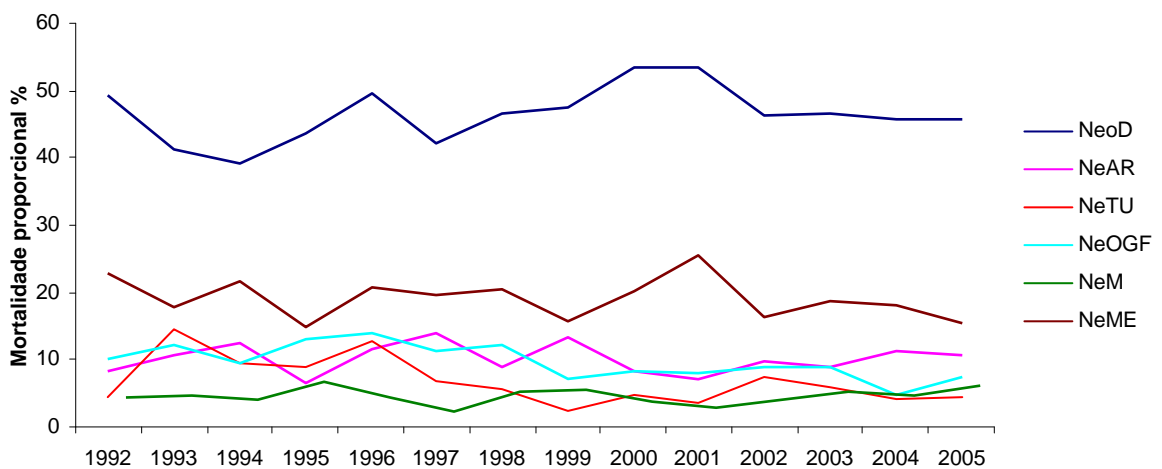


Gráfico 4: Evolução da mortalidade proporcional por subgrupos e causa específica das Neoplasias Malignas (Neoplasias Malignas dos Órgãos Digestivos-NeoD, Neoplasias Malignas do Aparelho respiratório e Órgãos Intra-torácicos-NeAR, Neoplasias Malignas do Trato Urinário-NeTU, Neoplasias dos Órgãos Genitais Femininos-NeOGF, Neoplasias Malignas da Mama-NeM, Neoplasias Malignas do Estômago- NeME)

A mortalidade proporcional por causas externas apresenta um aumento por homicídios e uma diminuição pelos acidentes de trânsito, com períodos de oscilações, conforme apresentado no gráfico 5.

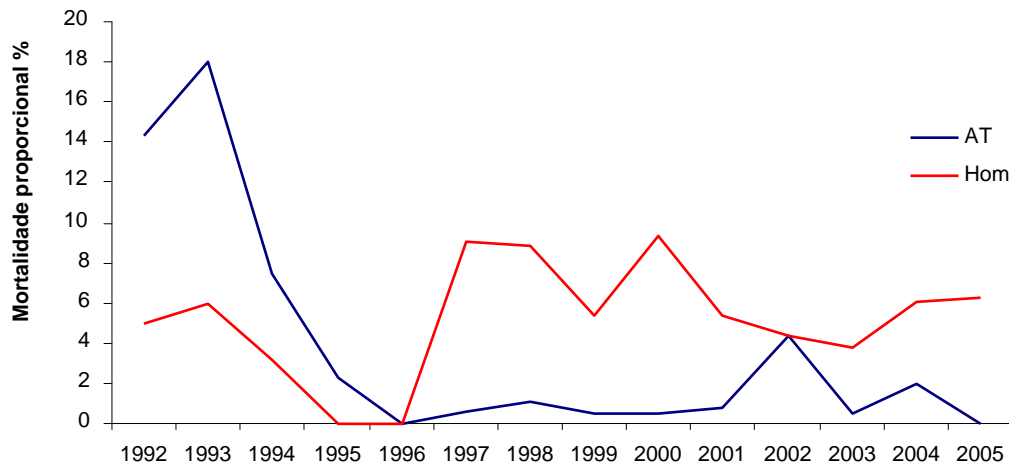


Gráfico 5: Evolução da mortalidade proporcional por causas externas (acidentes de trânsito e homicídios)

No capítulo das DIP escolhemos os subgrupos Doenças Infecciosas Intestinais, Tuberculose e HIV/aids. Verificamos que a proporção dos óbitos por doenças infecciosas intestinais diminuíram consideravelmente. Em 1992 as doenças infecciosas intestinais representavam 62,9% dos óbitos por DIP. Essa percentagem atingiu um máximo de 66,7% em 1995 e 68,6% em 1996, respectivamente, período que ocorreu uma epidemia de cólera no país, provocando um número considerável de óbitos. No entanto, a proporção de óbitos por infecções intestinais diminuíram muito no período do estudo, atingindo 7,7% dos óbitos por DIP em 2005. Em relação à tuberculose, verifica-se uma diminuição do número de óbitos durante o período de estudo, mas a proporção apresenta-se oscilante, com um mínimo de 5,1% em 1997 e um máximo de 21,8% dos óbitos por DIP. Os óbitos por HIV/aids aumentaram-se consideravelmente no período, variando de um mínimo de 1,5% em 1992 para 35% dos óbitos por DIP em 2005, tornando a principal causa de óbito po DIP no país, desde 2001 (gráfico 6).

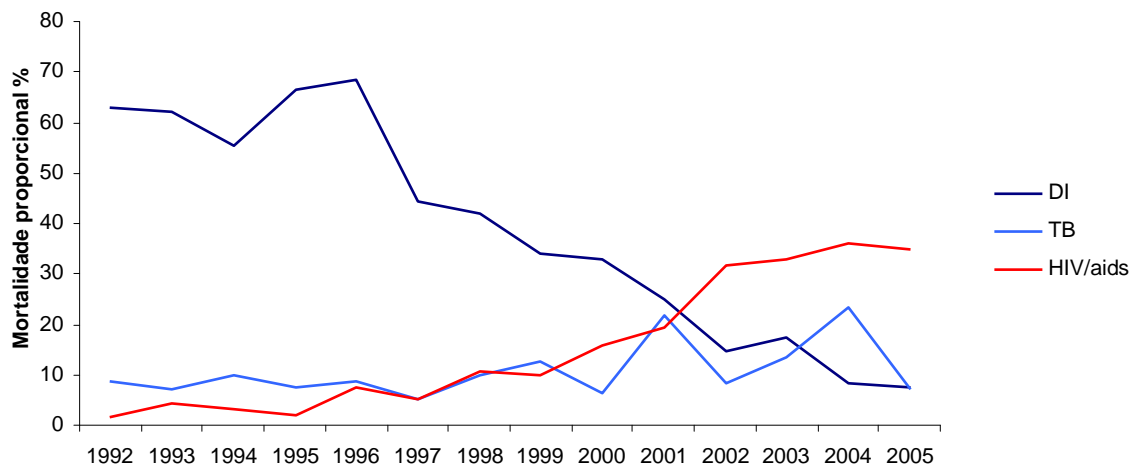


Gráfico 6: Evolução da mortalidade proporcional por subgrupos e causas específicas das DIP (Doenças Infecciosas Intestinais-DI, Tuberculose-TB, HIV/aids), Cabo Verde, 1992 a 2005

Das doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais foram selecionados Diabetes Mellitus e Marasmo Nutricional. Podemos observar que a mortalidade proporcional por diabetes, apesar das oscilações, aumentou no período considerado, variando de um mínimo de 21,6% em 1997 para 58,8% em 2005. Por outro lado, o marasmo nutricional diminuiu consideravelmente. Em 1992, 53,6% dos óbitos por doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais eram devidas ao marasmo nutricional. A partir de 1995, apenas foram registrados 2 óbitos, sendo 1 em 1997 e 1 em 1999, representando cerca de 1% dos óbitos. Segundo os dados, há vários anos que não se registram óbitos por esta causa (gráfico 7).

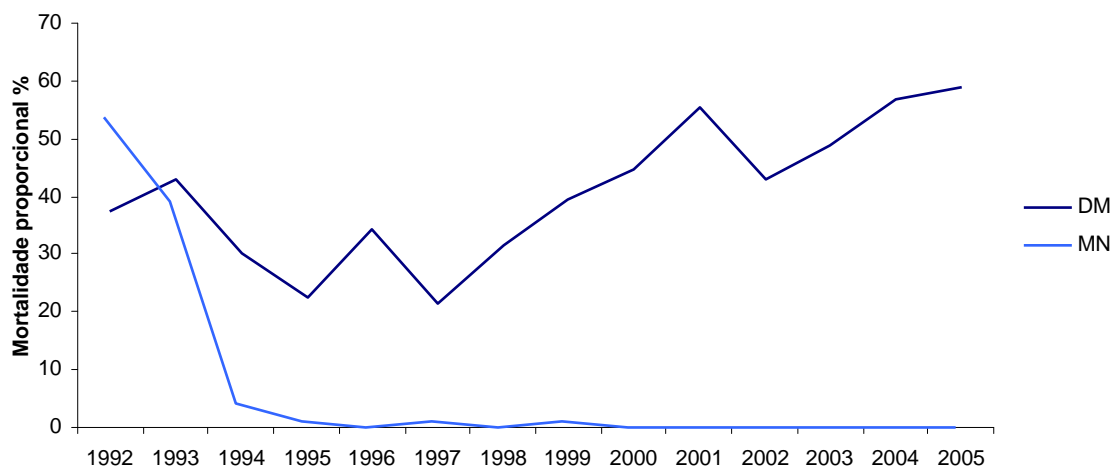


Gráfico 7: Evolução da mortalidade proporcional por causas específicas das Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais (Diabetes Mellitus-DM e Marasmo Nutricional-MN), Cabo Verde, 1992 a 2005

Análise dos coeficientes de mortalidade por capítulos/grupos, subgrupos e causas específicas seleccionados.

Em seguida, passamos a apresentar os resultados da análise de tendência temporal dos CM dos capítulos ou grandes grupos seleccionados (Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças do Aparelho Respiratório, Neoplasias, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Causas Externas e Causas Desconhecidas e mal Definidas). Os coeficientes de mortalidade pelos capítulos ou grandes grupos encontram-se listados no Apêndice B. O período para análise é de 15 anos, ou seja de 1991 a 2005. Este período relativamente curto pode, em partes, prejudicar a análise de tendência, considerando as possíveis oscilações na ocorrência de óbitos por determinada causa. Porém em termos de séries completas só dispomos de dados desse período para os grandes grupos.

O gráfico 8 apresenta a tendência da mortalidade por DAC no período de 1991 a 2005. Podemos constatar que aparentemente de uma forma geral há uma pequena tendência do aumento de óbito por esse grupo de causas, porém estatisticamente não significativa. Verifica-se em média um acréscimo de 0,630 óbito por ano por 100.000 habitantes, mas a força de correlação linear (R^2) muito baixo, 28%.

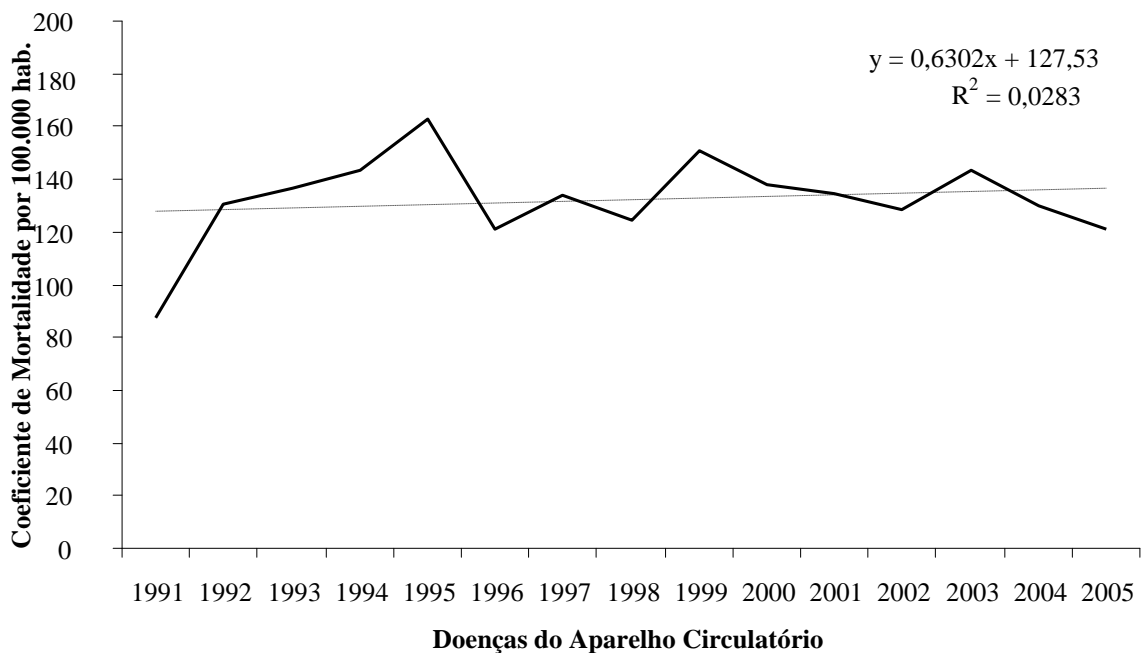


Gráfico 8: Tendência de mortalidade por DAC, Cabo Verde, 1991 a 2005.

Em relação às Doenças do Aparelho Respiratório (DAR), apresentamos no gráfico 9 a tendência de mortalidade pela referida causa. A análise de tendência revela que as DAR apresentam uma tendência de mortalidade decrescente e estatisticamente significativa no período do estudo. Verifica-se uma diminuição de 1,8 óbitos por ano do período de estudo por cada 100.000 habitantes.

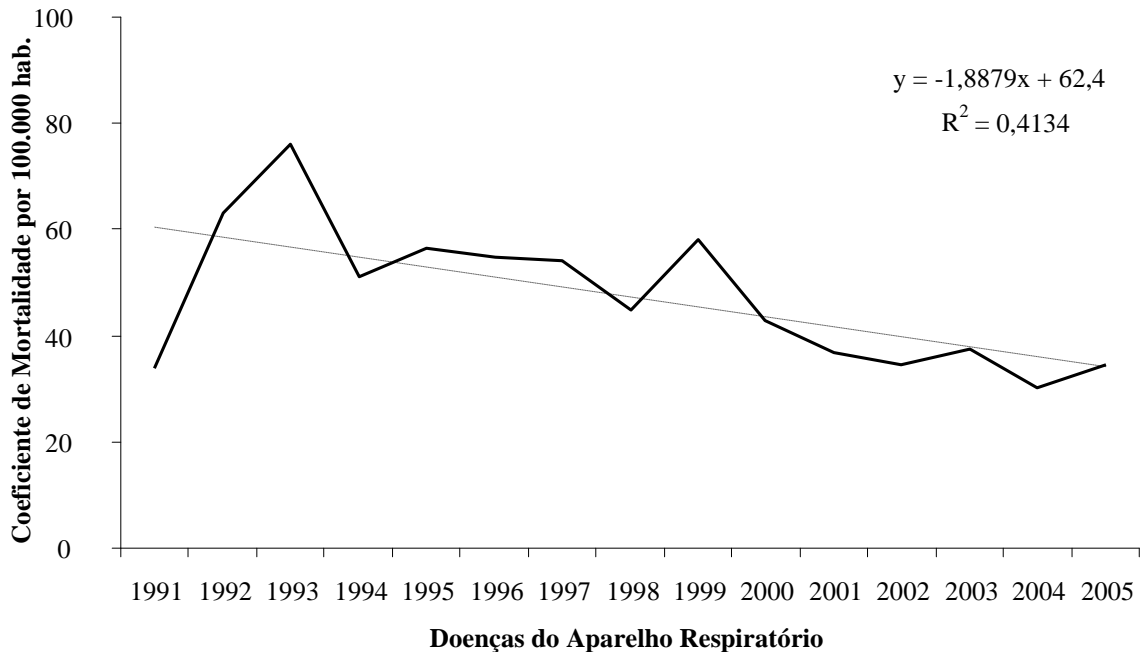


Gráfico 9: Tendência de mortalidade por DAR, Cabo Verde, 1991 a 2005

Para as Doenças Infecciosas e Parasitárias, a análise de tendência mostra uma tendência decrescente estatisticamente significativa na ocorrência de óbitos, de um modo global, pelas causas pertencentes a esse capítulo ou grande grupo. Podemos verificar que, apesar das oscilações, no geral os óbitos pelas DIP diminuíram em média 6,1 óbitos por ano do período do estudo por cada 100.000 habitantes. O coeficiente de determinação (R^2), que caracteriza a força de relação linear é expressivo, cerca de 62% (gráfico 10).

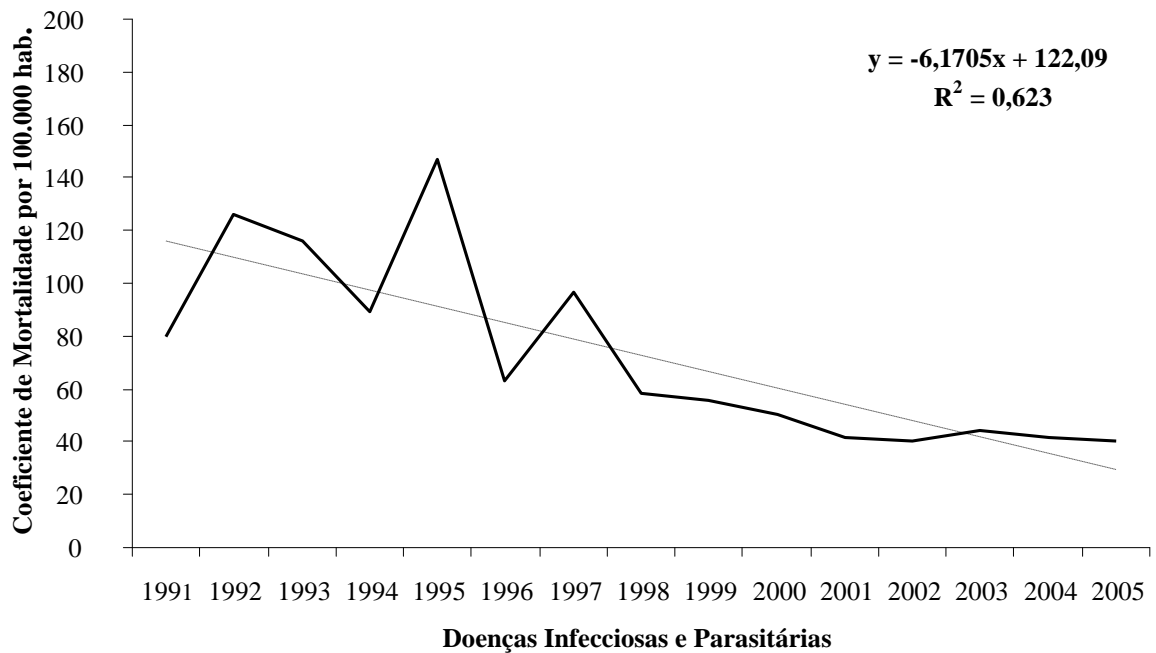


Gráfico 10: Tendência de mortalidade por DIP, Cabo Verde, 1991 a 2005.

Em relação às Neoplasias, a análise de tendência revela uma tendência estatisticamente não significativa de ocorrência de óbitos pelo referido capítulo ou grande grupo. O que se verifica de fato no cálculo dos coeficientes de mortalidade em relação ao capítulo das neoplasias é uma oscilação não muito grande de valores, que nos primeiros anos do período do estudo apresenta-se relativamente alto, e em seguida, uma diminuição a partir de 1994, voltando a aumentar a partir de 2001 (gráfico 11)

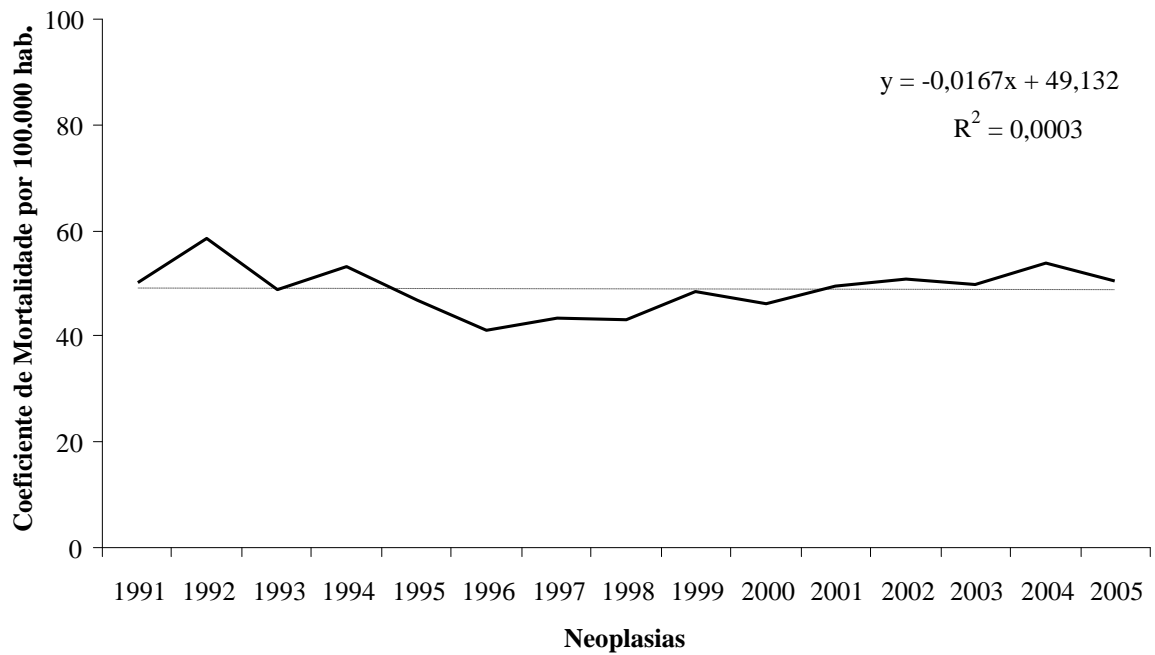


Gráfico 11: Tendência de mortalidade por Neoplasias, Cabo Verde, 1991 a 2005

A análise de tendência de mortalidade pelas Causas Externas apresenta uma tendência estatisticamente não significativa. Os coeficientes de mortalidade apresentam valores oscilantes, com períodos de acréscimo e decréscimo, porém globalmente sem tendência estatística. Verifica-se uma diminuição em média de 0,5 óbito por ano por cada 100.000 habitantes no período considerado e com a força de correlação linear muito baixa (gráfico 12).

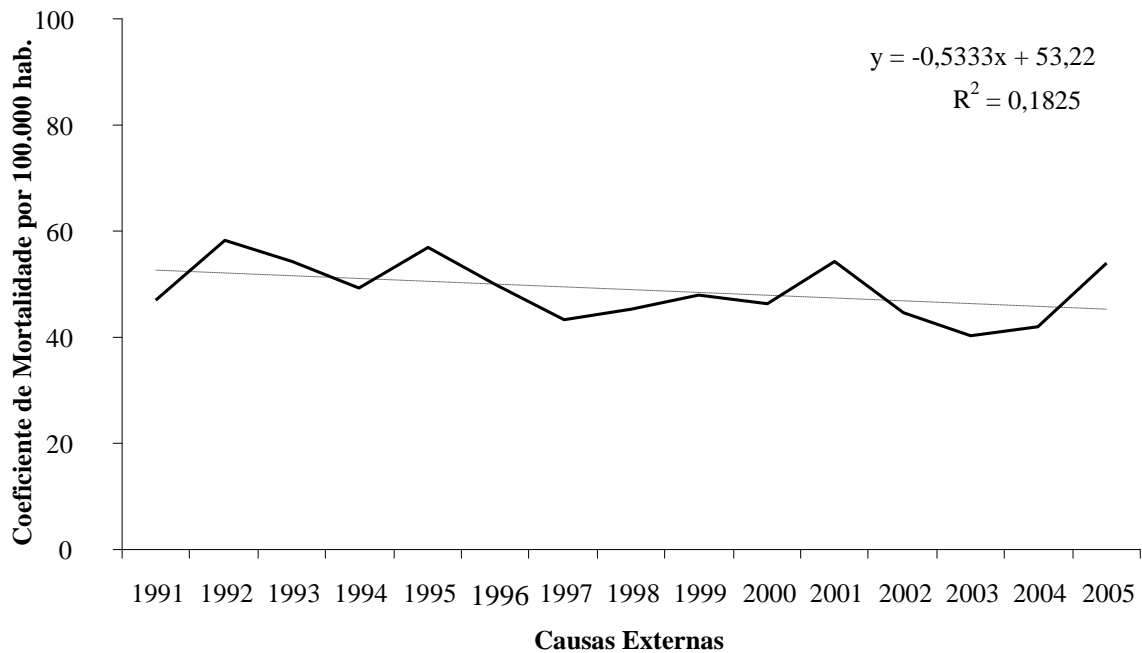


Gráfico 12: Tendência de mortalidade por Causas Externas, Cabo Verde 1991 a 2005.

Os altos registros de óbitos por Causas Desconhecidas e mal Definidas têm sido um dos grandes problemas de saúde pública, sendo manifestação de uma forma geral, de grandes deficiências no correto diagnóstico das causas de óbitos e nos aspectos ligadas ao sistema de informação sanitária, desde notificação, registro, referência e contra-referência entre os diversos níveis de prestação. Existem deficiências nas bases de dados com falta de variáveis claras sobre medidas de saúde coletiva.

O gráfico 13 mostra a evolução temporal dos coeficientes de mortalidade por Causas Desconhecidas e mal Definidas. Podemos observar que mesmo com períodos de oscilação, no geral, os óbitos pelas causas desconhecidas e mal definidas apresenta uma tendência decrescente estatisticamente significativa no período de estudo, com uma diminuição em torno de 9,3 óbitos por 100.000 habitantes por cada ano, no período considerado. Apresenta uma força de correlação linear de 50,5%.

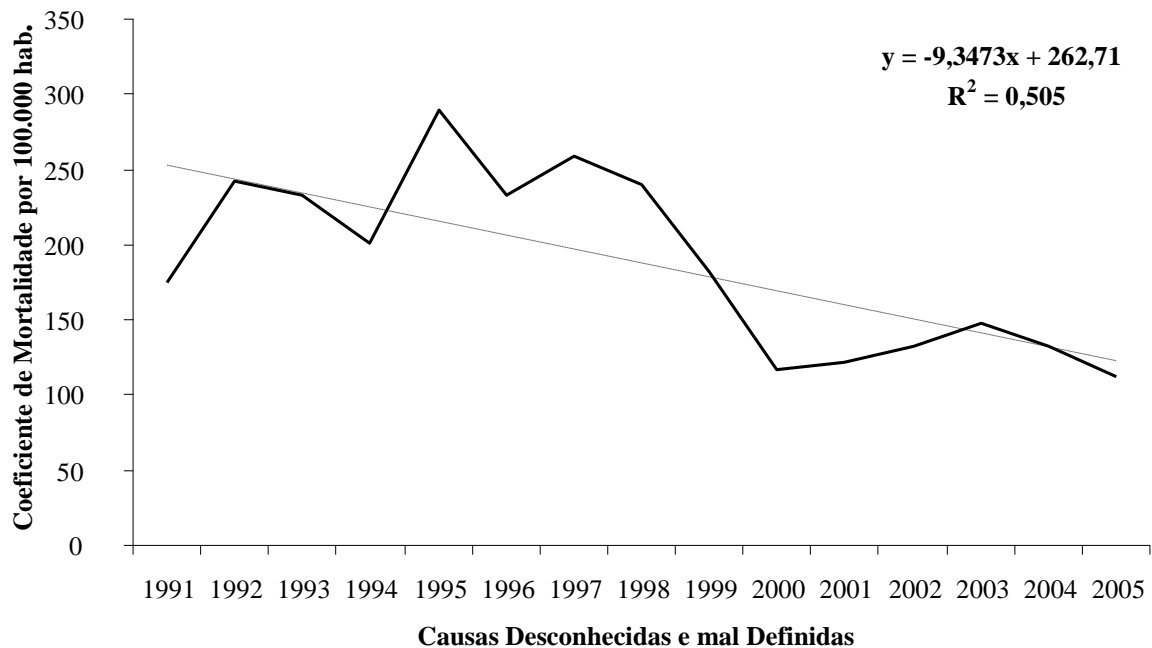


Gráfico 13: Tendência de mortalidade por Causas Desconhecidas e mal Definidas, Cabo Verde, 1991 a 2005.

A análise dos subgrupos das DAC (Doenças Cêrebro-vasculares, Doenças Hipertensivas, Doenças Isquêmicas do Coração, Doença Cardíaca Pulmonar e da Circulação Pulmonar e Outras Doenças do Coração), revelam comportamento diferente na tendência de mortalidade, no período considerado. Globalmente apenas as Doenças Hipertensivas e Outras Doenças do Coração apresentam tendência estatisticamente significativas, sendo a primeira com uma tendência decrescente e a segunda com uma tendência crescente, ambos com um p-valor menor que 0,05. As Doenças Hipertensivas apresentam uma diminuição de 0,8 óbito por ano do período por cada 100.000 habitantes, enquanto que Outras formas de Doença do Coração apresentam um aumento de 0,5 óbito por cada 100 mil habitantes por ano de estudo (tabela 1).

Quanto aos subgrupos das Neoplasias (Neoplasias malignas dos órgãos digestivos, do aparelho respiratório e órgãos intra-torácicos, do trato urinário, dos órgãos genitais femininos, mama e estômago), verificamos tendências diversos, mas estatisticamente significativas para neoplasias malignas do trato urinário e neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos. Para as neoplasias malignas do trato urinário, houve uma diminuição de 0,20 óbito por ano por 100 mil habitantes, com

um p-valor de 0,046 e um R^2 de 29%, traduzindo uma baixa correlação linear. Para os subgrupos das neoplasias malignas dos órgãos genitais femininos, observamos um decréscimo de 0,19 óbito por ano por 100 mil habitantes e os valores de p e R^2 significativos (0,001 e 59% respectivamente). Para as outras causas, verificamos um comportamento estatisticamente não significativa (tabela 2).

No capítulo das DIP, selecionamos doenças infecciosas intestinais, tuberculose e HIV/aids. A análise de tendência da mortalidade revela tendências estatisticamente significativas para todas as causas. As doenças infecciosas intestinais e tuberculose tiveram tendências decrescentes, com valor de $p < 0,05$ (0,001). Ambos tiveram um valor de R^2 expressivo, sendo para o primeiro cerca 80% e segundo 74%. As doenças infecciosas intestinais diminuíram em média cerca de 6,7 óbitos por ano por 100 mil habitantes e a tuberculose diminuíram em média 0,6 óbito por 100 mil habitantes por ano. Os óbitos pelo HIV/aids aumentaram em média 0,98 por 100 mil habitantes por ano, com uma força de correlação linear de 86% e um valor de $p < 0,05$ (0,001) (tabela 3).

Para os subgrupos das Doenças do Aparelho Respiratório (Gripes/Pneumonias e Doenças crônicas das vias respiratórias), a análise de tendência mostra que ambos apresentam uma tendência estatisticamente significatava. Ambos apresentam um p-valor muito próximo de zero (0,001) e com um valor de R^2 alto (61% para o primeiro subgrupo e 64% para o segundo). Ambos apresentam uma tendência decrescente, em que, os subgrupos das pneumonias diminuíram em média 1,7 óbitos por cada 100 mil habitantes por ano, enquanto que as doenças crônicas das vias respiratórias tiveram uma diminuição em média de 0,35 óbito por ano por 100 mil habitantes (tabela 4).

Em relação ao Grupo das Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais, selecionamos Diabetes Mellitus e Marasmo Nutricional. Os resultados da análise mostram decréscimo para Marasmo Nutricional estatisticamente significativa com uma queda anual de cerca de 0,66 óbito por 100 mil habitantes, com um valor de p e de R^2 de 0,003 e 53% respectivamente (tabela 5).

Relativamente às Causas Externas, foram selecionados os acidentes de transporte e agressões, representadas pelos homicídios. As duas causas tiveram tendências diferentes, sendo que os acidentes de transporte com tendência de decréscimo estatisticamente significativo e os homicídios sem tendência estatística. Os acidentes de transporte tiveram uma diminuição em média de 0,5 óbito por ano por 100 mil habitantes e com uma força de correlação linear de 44% (tabela 6).

Tabela 1: Tendência de mortalidade por subgrupos das Doenças do Aparelho Circulatório, Cabo Verde, 1992 a 2005

DAC	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	β	p-valor	R ²
Cérebrovascular	67,20	65,60	67,70	83,10	65,30	69,80	59,20	76,50	69,10	60,20	58,30	71,80	61,10	53,20	-0,832	0,110	0,199
Doenças Hipertensivas	24,20	20,90	8,20	7,70	3,50	7,60	10,50	23,10	6,80	7,40	6,60	7,10	4,40	5,80	-0,898	0,047	0,289
Doenças Isquêmicas do Coração	4,10	6,20	22,30	20,90	13,10	19,40	15,80	21,20	27,20	22,50	19,80	19,90	18,30	7,50	0,492	0,296	0,090
Doença cardíaca pulmonar e da Circulação Pulmonar	1,90	8,90	4,70	6,90	3,20	2,20	2,10	3,70	3,20	5,60	2,80	4,10	4,90	6,50	-0,004	0,979	0,000
Outras formas de Doença do coração	34,00	34,50	40,60	42,20	35,80	34,90	37,10	39,90	31,80	39,50	41,00	40,30	41,40	48,10	0,572	0,036	0,317

Tabela 2: Tendência de mortalidade por subgrupo das Neoplasias malignas, Cabo Verde, 1992 a 2005

Neoplasias Malignas	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	β	p-valor	R ²
Órgãos digestivos	26,70	20,10	26,80	20,40	20,40	18,40	20,10	23,10	24,70	26,50	23,60	25,10	24,70	23,10	0,139	0,477	0,043
Aparelho Respiratório e órgãos intra torácicos	4,40	5,10	6,60	3,10	4,70	6,10	3,80	6,50	3,80	3,50	5,00	4,70	6,10	5,40	0,022	0,782	0,007
Trato urinário	2,50	7,00	5,00	4,10	5,30	2,90	2,30	1,10	2,20	1,70	3,70	3,20	2,30	2,30	-0,208	0,046	0,291
Órgãos genitais femininos	5,50	5,90	5,00	6,20	5,80	4,90	5,20	3,50	3,80	4,00	4,60	4,70	2,50	3,70	-0,195	0,001	0,597
Mama	1,90	1,90	3,10	1,20	1,50	0,70	1,90	2,30	1,30	1,10	1,70	2,30	2,10	2,70	0,020	0,662	0,017
Estômago	12,50	8,70	11,60	6,90	8,50	8,60	8,80	7,70	9,30	12,50	8,30	10,20	9,80	7,70	-0,071	0,567	0,028

Tabela 3: Tendência de mortalidade por subgrupo das Doenças do Infeciosas e Parasitárias, Cabo Verde, 1992 a 2005

DIP	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	β	p-valor	R ²
Doenças infecciosas intestinais	78,70	72,10	49,60	97,30	43,60	42,80	23,00	18,60	16,20	10,50	5,50	2,10	3,40	2,90	-6,727	<0,001	0,803
Tuberculose	11,10	8,40	8,70	10,80	5,50	4,90	5,50	3,00	3,20	4,40	3,00	2,80	4,00	2,70	-0,612	<0,001	0,742
HIV/aids	1,90	4,90	2,90	2,80	4,70	5,10	5,70	5,60	7,70	8,30	11,90	14,30	14,90	13,20	0,987	<0,001	0,867

Tabela 4: Tendência de mortalidade por subgrupos das Doenças do Aparelho Respiratório, Cabo Verde, 1992 a 2005

DAR	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	β	p-valor	R ²
Influenza e Pneumonias	35,40	32,10	31,30	34,10	34,80	40,30	29,90	35,20	23,10	17,30	16,70	24,50	21,10	17,60	-1,471	0,001	0,610
Doenças crônicas das vias respiratórias	8,90	6,20	4,70	4,40	3,70	4,40	3,80	3,90	3,40	2,20	1,70	1,90	3,60	2,90	-0,354	0,001	0,641

Tabela 5: Tendência de mortalidade por causas específicas das Doenças Endócrinas, Me. e Nut., Cabo Verde, 1992 a 2005

Doenças Endócrinas	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	β	p-valor	R²
Diabetes Mellitus	7,20	9,80	5,50	6,40	6,00	5,10	8,30	9,80	8,60	5,80	5,50	5,40	9,80	6,30	-0,017	0,890	0,002
Marasmo Nutricional	10,30	8,90	7,70	0,25	0,00	0,24	0,00	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,667	0,003	0,531

Tabela 6: Tendência de mortalidade por subgrupos/causas específicas das Causas Externas, Cabo Verde, 1992 a 2005

Causas Externas	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	β	p-valor	R²
Acidente de transporte	8,00	9,80	3,70	1,20	0,00	0,20	0,40	0,20	0,20	0,40	1,90	0,20	0,80	0,00	-0,501	0,009	0,446
Agressões	2,70	3,20	1,50	0,00	0,00	3,90	4,00	2,50	4,30	2,90	1,90	1,50	2,50	3,10	0,055	0,557	0,029

9 DISCUSSÃO

Tratar de um fenômeno, no caso particular, da transição epidemiológica e seus determinantes de qualquer país implica que se faça uma abordagem sobre vários campos tendo em conta a complexidade que envolve o tema. Por outro lado, implica também no conhecimento das transformações experimentadas por diferentes países, permitindo estabelecer as inevitáveis comparações.

Ao longo da história, as sociedades têm passado e continua passando por mudanças importantes. Segundo Buss e Pellegrino Filho (2007), no campo da saúde, as últimas décadas do século XIX assume um destaque preponderal com o advento da bacteriologia. Afirma-se um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença. Mais tarde surge a saúde pública como campo científico, que inicialmente teve na sua configuração o enfoque médico biológico. Ao longo do século XX observa-se uma permanente tensão entre as abordagens biomédica e sociopolítico e ambiental.

Mas globalmente, o século XX remodelou a face do planeta de formas que nenhum século prévio havia feito. O século se notabilizou pelos inúmeros avanços tecnológicos, conquistas de civilização e reviravoltas em relação ao poder, inovações médicas, sociais, ideológicas e políticas, com mudança notável na maneira como um vasto número de pessoas vivia. Por outro lado, o século XX pode ser descrito como "época dos grandes massacres" ou "século sangrento". O historiador Eric Hobsbawm o considera de maneira figurada, o período entre a eclosão da primeira guerra mundial e o colapso da URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) e o chamou de "era dos extremos". Segundo o referido historiador, acima de tudo, o século XX se distingue da maior parte da história da humanidade, já que as suas mudanças mais significativas foram direta ou indiretamente econômicas e tecnológicas por natureza. No curso do século XX, o PIB mundial *per capita* se multiplicou por cinco, muito mais do que em todos os séculos anteriores combinados, incluindo o século XIX, com a revolução industrial. Contudo, o abismo entre os mais ricos e os mais pobres do mundo nunca foi tão grande, e a maioria da população global permaneceu do lado pobre. Mesmo assim,

os avanços em tecnologia e medicina tiveram um grande impacto mesmo no hemisfério sul. Indústrias de grande escala e mídia mais centralizada tornaram ditaduras brutais possíveis em uma escala sem precedentes, por um lado, e por outro, o crescimento da comunicação contribuiu para a democratização (HOBSBAWN, 1994).

Em consequência desses acontecimentos, importantes iniciativas globais de desenvolvimento foram tomadas, particularmente no campo da saúde. Segundo Buss e Ferreira (2001), durante a década de 60, o amplo debate realizado em várias partes do mundo, realçando a determinação econômica e social da saúde, abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade. Merecem destaque especial a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela OMS, e o movimento Canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde – *Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses* (1974), posteriormente reforçado com o Relatório Epp – *Alcançando Saúde Para Todos* (1986). Os dois fatos referidos estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária de Saúde, que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Otawa, e que vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas nas Conferências realizadas sobre o tema (BUSS; FERREIA, 2001).

De entre os vários aspectos da declaração de Alma-Ata, destacamos as declarações II, III e V que de certa forma traduzem a intenção de um esforço global para o desenvolvimento e melhoria da saúde das populações:

II- A chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como dentro dos países, é política, social e economicamente inaceitável e constitui, por isso, objeto de preocupação comum de todos os países;

III- O desenvolvimento econômico e social baseado numa ordem econômica internacional é de importância fundamental para a mais plena realização da meta de Saúde para Todos no Ano 2000 e para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos. A promoção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribui para melhor qualidade de vida e para paz mundial;

V- Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das primeiras metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. [...] (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

Outra grande iniciativa global para o desenvolvimento foi tomada pelas Nações Unidas, no ano 2000, ao analisar os maiores problemas do mundo, traçando os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). Entre os objetivos destacamos os de acabar com a fome e a miséria, educação básica para todos, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde das gestantes e combater a AIDS, a Malária e outras doenças (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

No entanto, segundo Navarro (2009), os grandes acontecimentos e os esforços de desenvolvimento referidos com repercussão nas várias esferas sociais teve um impacto diferente em todo o mundo, onde os países mais ricos procuram cada vez mais consolidar a sua economia, enquanto que nos países em desenvolvimento, o estabelecimento de uma aliança de poder entre as classes dominantes fazem com que se intensifique as desigualdades. Nos países menos avançados, em grande parte dependente sobretudo econômica e tecnologicamente dos países mais desenvolvidos, vêm a sua situação agravada pela desorganização social e política internas (NAVARRO, 2009).

As grandes diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais entre continentes países e regiões influenciam de forma diferente vários aspectos, entre os quais, o processo saúde-doença das populações. Rosen (1992) refere que as causas básicas do surgimento dos problemas de saúde são essencialmente de natureza social e econômica e que a melhor forma de evitá-los é melhorar as condições econômicas e sociais.

Evidentemente que o crescimento econômico é essencial para criar condições que possam contribuir na melhoria da situação de vida das populações. Porém, o crescimento econômico muitas vezes não é acompanhada da melhoria das condições econômicas e sociais. Estudos têm demonstrado que existem países com um PIB e PIB percapita muito altos, principalmente nos países em desenvolvimento, mas possuem indicadores de saúde, por exemplo, menos satisfatórios que outros com PIB e PIB percapita muito mais baixos. Isto mostra que a melhor forma de melhorar as condições de vida no geral, e da saúde em particular, das populações é a distribuição mais equilibrada dos recursos disponíveis e uma melhor organização social (INIQUIDADE..., 2006).

Os estudos de Freese e Fontbonne (2006) constituíram uma evidência clara do papel da organização social e do emprego adequado dos recursos disponíveis na melhoria das condições de saúde das populações. Segundo os autores, no século passado, a busca de equidade social ocorreu de forma gradual em vários países do hemisfério Norte, resultado da melhoria das condições socioeconômicas e sanitárias e com a ampliação do acesso aos serviços de saúde, permitindo a superação de um "perfil arcaico" para um "perfil moderno". Hipoteticamente, isto ocorreu de forma igual em países com sistemas políticos e econômicos distintos, isto é, tanto em países capitalistas centrais (Europeus e da América do Norte) como em países socialistas, sobretudo a partir da segunda metade do século XX. Já o Hemisfério Sul, na maioria dos países capitalistas isto não ocorreu ou ocorreu de forma parcial, permitindo o surgimento de outros padrões de transição (FREESE; FONTBONNE, 2006).

A transição seja ela epidemiológica, demográfica ou nutricional, a princípio deve significar uma expressão da melhoria das condições de vida no geral das populações, visto que se tratam de fenômenos integrados onde geralmente um acompanha o outro. No entanto, em muitos países e regiões a transição nutricional por exemplo, tem acarretado grandes problemas de saúde, com o aumento da obesidade mórbida, sobretudo em idades mais jovens. Daí que entra a questão da "transição em saúde". Relativamente a este tema, Caldwell (1990) considera a "transição da saúde" como mudanças nas condições de saúde. Outros autores como Frenk et al. (1991) atribui à "transição da saúde" dois elementos principais: de um

lado, a transição das condições de saúde e de outro, a resposta social organizada a estas condições que se instrumenta por meio dos sistemas de atenção à saúde.

9.1 Características e determinantes do perfil epidemiológico de Cabo Verde

Neste capítulo abordamos a questão da transição epidemiológica em Cabo Verde e seus determinantes, considerando dois aspectos centrais: 1. O aspecto que discute as características e determinantes do perfil epidemiológico no período estudado, tendo em conta a classificação de Freese e Fontbonne (2006) já referidos na metodologia e 2. O aspecto que analisa o processo de transição e seus determinantes na percepção dos atores. Abordamos os dois aspectos com base no referencial teórico dos referidos autores.

Como já referido na caracterização da área de estudo, Cabo Verde viveu um longo período sob o regime colonial Português até a sua independência em 1975. Durante esse período, o país viveu sob precárias condições de saúde e sem instrumentos que garantam uma cobertura universal dos serviços de saúde às populações. Com a independência do país, apesar das grandes limitações, sobretudo econômicas, financeiras e de recursos humanos, foi possível num período relativamente curto modificar o cenário herdado e melhorar as condições de vida da população no geral, e de saúde em particular.

Os próprios autores Freese e Fontbonne (2006) observaram nos seus estudos que é possível uma redução acentuada no tempo necessário para se efetivar um processo de transição, diferentemente do ocorrido no século passado. Segundo os referidos autores, este processo de transformação de perfis epidemiológicos pode então ocorrer em apenas algumas décadas no mundo contemporâneo promovido por um Estado Democrático, a partir de investimentos estratégicos realizados em políticas públicas de saúde e intersectoriais e por meio do emprego adequado das tecnologias já disponíveis para o conjunto da população (FREESE; FONTBONNE, 2006).

No caso de Cabo Verde, podemos observar que houve mudanças significativas, de forma progressiva, durante todo o período do estudo. As mudanças se deram tanto no período de regime instável pós-período colonial, a partir de 1975, como promovido pelo Estado Democrático, a partir de 1991. Tais transformações ocorreram em consequência de vários fatores, desde os aspectos políticos, sociais, econômicos, culturais, organizacional, até os fatores individuais, com importantes efeitos na área da saúde. Nesse aspecto, o conceito de Freese e Fontbonne (2006) de que um determinado perfil epidemiológico e demográfico é "Uma expressão dinâmica das relações políticas, econômicas e sociais que ocorreram historicamente e ocorrem permanentemente no interior e entre várias sociedades" traduz claramente o processo ocorrido em Cabo Verde.

O conceito dos referidos autores sobre perfil epidemiológico e demográfico revela de fato o que aconteceu em Cabo Verde. Do ponto de vista político, por exemplo, a independência nacional foi fundamental. É a partir desse fato histórico considerado por Gomes (2006) como sendo "um acontecimento de maior relevância para o povo cabo-verdiano" que foi possível levar a cabo uma série de iniciativas importantes, destacando a organização de uma política e sistema nacionais de saúde.

Concordando com esse aspecto, os sujeitos de pesquisa atribuem grande importância à independência nacional como um determinante político de grande relevância, como afirma o sujeito GEP:

Se assinalarmos alguns marcos para a saúde em Cabo Verde, iniciamos com um acontecimento que foi a independência nacional em 1975. A independência veio a alterar vários fatores com influência na saúde". Houve grandes investimentos na área da saúde [...].

Outro determinante político é a postura e abertura de Cabo Verde em relação ao mundo. Aliás, esse determinante assume um carácter social, ou poderíamos chamar sociopolítico como afirma Nascimento (2004) e reafirmado pelo sujeito DGP:

Desde sua independência, a postura de Cabo Verde é de um país aberto ao mundo e aberta às influências e idéias favoráveis ao desenvolvimento. Cabo Verde se desenvolveu de fato graças às parcerias e acordos que mesmo no período da guerra fria conseguiu se posicionar. Mas além da postura, a boa governação [...] é um aspecto sociopolítico importante [...].

Do ponto de vista econômico, podemos observar que de fato, mesmo na fase inicial da reconstrução nacional, em que o país dependia basicamente da ajuda pública ao desenvolvimento, o país conseguiu crescer economicamente em poucos anos. Basta verificarmos o PIB e o PIB per capita que quase triplicaram em apenas 5 anos, passando de 54,02 para 142,3 milhões e de 190 dólares para 481,1, respectivamente, de 1975 a 1980. Essa melhoria é expressa por Delgado (2009) quando afirma que "na etapa inicial de reconstrução nacional, o Governo de Cabo Verde teve que fazer face aos inúmeros problemas decorrentes da Constituição do Estado e lançar as bases para o desenvolvimento".

A melhoria da situação econômica, é portanto, reflexo do reconhecimento do Governo da necessidade de uma planificação como essencial para o crescimento econômico, sobretudo em momentos de extrema precariedade estrutural, segundo consta do documento (CABO VERDE, 1983):

O desenvolvimento implica a criação de meios e a realização de ações que levem de forma gradual, mas segura, ao progresso e à conquista da independência econômica e a planificação da economia é apontada como instrumento decisivo para a orientação do progresso econômico e de realização de transformações sociais.

A melhoria da situação econômica como determinante do processo de transição epidemiológica em Cabo Verde é um fato também na opinião dos sujeitos de pesquisa. Sobre este aspecto, por exemplo DRN afirma:

[...] O nosso país cresceu-se economicamente, mas não é só, o nosso país desenvolveu-se. [...] temos uma população com uma distribuição de renda muito maior que no passado. É claro que isto determina o estado de saúde da nossa população. [...].

Ao analisarmos os vários indicadores, sobretudo os indicadores de saúde, podemos verificar que realmente as transformações foram progressivas e importantes durante todo o período, pondo em evidência que o processo de transição é um fenômeno multifatorial. Tomando como exemplo a evolução da mortalidade infantil, pode-se constatar que houve progressos importantes, passando de cerca de 108 óbitos por cada 1000 nascidos vivos em 1975 para 60 em 1980, 41 em 1990 e 20,5 em 2005. Essa melhoria no indicador de mortalidade infantil é resultado de vários fatores tais

como a criação do serviço de protecção materno-infantil e planeamento familiar e consequente organização dos serviços de atenção à saúde da mulher e da criança, o programa de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), entre outros. Essa melhoria expressa o papel das ações próprias do setor saúde como determinante de extrema importância no processo de transição epidemiológica.

Sendo um fenómeno multifatorial, a transição é determinada por uma conjunção de vários fatores de desenvolvimento. Retomando como exemplo a diminuição da mortalidade infantil, verificamos que além dos fatores anteriormente destacados, outros fatores desempenharam papel preponderante. A diminuição da mortalidade infantil foi consequência também da diminuição das doenças infecciosas, sobretudo as doenças diarreicas e as preveníveis por vacinação. Isto se deveu à priorização de programas voltados para o combate à essas enfermidades, como a melhoria da cobertura vacinal, através do Programa Alargado de Vacinação (PAV) e as melhorias do saneamento básico e das condições de habitação.

Voltando para a questão dos determinantes políticos e socioeconômicos, sem dúvida que a mudança do regime político, com o estabelecimento de um Estado Democrático em Cabo Verde, novos instrumentos vieram se somar à vontade política e à boa governação no processo de desenvolvimento do país. A partir de 1992, com as mudanças políticas, houve reformas econômicas e a economia se tornou essencialmente de mercado e o setor privado a ter um papel fundamental no desenvolvimento econômico. Em 1998, cerca de 2/3 das empresas existentes no país foram criadas após 1990. Contudo, a liberalização comercial conheceu alguns limites. Os direitos aduaneiros sobre certos produtos importados continuam relativamente elevados e subsistem barreiras não tarifárias sobre alguns setores. A Taxa de Pobreza Humana (TPH) que traduz a privação em matéria de esperança de vida, de rendimento, de educação e de alfabetização, entre outros domínios, baixou de 28,8% em 1990 para 17,7% em 2002. Não obstante esses progressos, o país continua a apresentar vulnerabilidades estruturais e a Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) tem vindo a baixar de modo acentuado, tendo passado de cerca de 24,1% do PIB em 1998 para 13,5% em 2001 (CABO VERDE, 2004).

Outros fatores como as mudanças demográficas influenciam e acompanham o processo de transição epidemiológica. Aliás Omram (2001) define a transição epidemiológica como "mudanças no padrão de morbimortalidade, geralmente acompanhadas de outras mudanças demográficas e socioeconômicas".

Nesse aspecto se verificou em Cabo Verde alterações estruturais importantes. Houve um aumento importante da expectativa de vida e quedas consideráveis nas taxas da natalidade e da fecundidade. A expectativa de vida que em 1975 era de 56,1 anos, passou para 71,8 anos em 2005. No mesmo período, a taxa de fecundidade e de natalidade passaram de 7,5 filhos por mulher em idade fértil para 2,9 e de 36,1 por 1000 habitantes para 24,3, respectivamente. A população continuou maioritariamente jovem.

Sobre a transição demográfica, segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento 2002-2005, a evolução dos indicadores demográficos mostra modificações importantes da estrutura populacional no censo de 2000 em relação ao censo de 1990. Verificou-se um aumento das proporções de idosos (65 e mais anos) que passou de 5,8 a 6%, e de adultos (15 a 64 anos), de 49,2% para 51,4%. Essas mudanças estruturais devem-se principalmente a importantes modificações demográficas em curso, nomeadamente a redução da fecundidade e da emigração, registrada nos últimos decênios. Segundo consta no referido documento, isto mostra que a transição demográfica, resultado da redução associada da fecundidade e da mortalidade, está bem avançada em Cabo Verde (CABO VERDE, 2002).

Mas ao analisarmos a evolução dos indicadores demográficos em Cabo Verde (Apêndice G), verificamos que de fato houve um aumento da população com mais de 65 anos entre os censos de 1990 e 2000. Porém se considerarmos a população de idosos (60 e mais anos) próprios dos países em desenvolvimento como o nosso, segundo recomendação da OMS, podemos observar que, apesar de algumas oscilações, durante o período do estudo houve uma tendência relativamente decrescente em relação à população com mais de 60 anos, e parece que a longevidade em Cabo Verde é alta desde há décadas, remontando o ano da independência e o período colonial. Sendo um país pequeno, com forte emigração e o fato de trabalharmos com projecções de 10 anos, de acordo com censos, talvez

isso explica a aparente elevada proporção de idosos que estudos futuros poderão vir a esclarecer.

Relativamente ao aspecto demográfico os sujeitos de pesquisa apontam o aumento da população de idosos e da expectativa de vida como determinante no processo de transição epidemiológica, tendo em conta que esses aspectos contribuem no aumento das DCNT, como afirma o entrevistado GEP:

[...] Essa mudança é também patente na mudança demográfica. A pirâmide populacional foi se estreitando e a parte da população activa tornou-se mais predominante no contexto geral. Aumentou também a população idosa e a esperança de vida. Estes contribuem para o aumento das doenças crônicas.

Verificamos também que Os vários determinantes do processo de transição epidemiológica em Cabo Verde influenciaram de maneira por vezes oposta o processo de transição na compreensão dos sujeitos de pesquisa. Tomamos como exemplo as influências externas. Este determinante pode ser incluído no determinante político e socioeconômico, como nos aspectos individuais. Segundo o sujeito de pesquisa DGP:

[...] em termos de recursos humanos formados, essa massa crítica que se formou em diferentes escolas e correntes, desde os Estados Unidos, Brasil, Europa, Países de Leste, URSS contribuíram muito. A nossa capacidade de absorver e de encaixar as diferentes linhas de orientação. [...] De fato nesse aspecto Cabo Verde representa uma síntese catalisador de diferentes escolas de desenvolvimento.

Ou como afirma DHC:

[...]Essas mudanças são também influenciadas por fatores externos porque nós somos um país aberto ao mundo. O mundo é hoje uma aldeia global e nós sofremos todas as influências, muitas delas nocivas à uma vida saudável. Está se verificando mudanças nos nossos hábitos e estilos de vida propícios ao surgimento e complicações das doenças crônicas.

Constatamos efeitos opostos também em alguns determinantes socioeconômicos de acordo com os sujeitos de pesquisa. Este fato podemos observar na fala de GEP:

A escolarização da população foi fundamental para as melhorias conseguidas. Esta mesma escolaridade provocou como eu já disse, uma abertura, um entendimento mais claro do que se passa no mundo inteiro e aí vemos a cópia de determinados tipos de comportamentos [...] cópias de

modelos e estilos de vida inadequadas que são apresentados como modelos e influenciam negativamente o processo.

Concordamos com o estudo de Nobre Leite (2009) sobre transição epidemiológica e transição da formação em Cabo Verde em que aponta vários possíveis determinantes da transição. O referido autor faz referência aos seguintes determinantes:

- a) a transição demográfica em curso, derivada de redução das taxas de mortalidade e fecundidade, resultando no aumento de esperança de vida e no incremento das doenças não transmissíveis;
- b) a melhoria em termos nutricionais, dando origem ao fenómeno de transição nutricional, com diminuição da desnutrição e aumento de pessoas com excesso de peso;
- c) a implementação em larga escala de programas de imunização contra as doenças preveníveis por vacinação;
- d) o reforço de terapêutica farmacológica, particularmente no tocante ao tratamento da Tuberculose, da Lepra, entre outras;
- e) as mudanças operadas no estilo de vida da população, tais como inatividade física e hábitos alimentares menos saudáveis;
- f) a melhoria e o alargamento da rede de prestação de cuidados de saúde;
- g) a melhoria das condições socio-econômicas da população.

Relativamente à transição nutricional, apontada pelo referido autor, por exemplo, o Inquérito das Despesas e Receitas das Famílias (IDRF) realizado pelo Instituto Nacional de Estatísticas de Cabo Verde revelou que o consumo energético médio de um cabo-verdiano era de 1950 kcal/dia e baseado essencialmente em cereais e óleo vegetal. Esse estudo demonstrou que esse regime estava de acordo com as normas recomendadas pela FAO e OMS. O estudo revelou ainda que 2% da população adulta sofria de malnutrição crônica e 27% tinha excesso de peso e destes 5% eram obesos. Esta constatação indica, segundo os analistas que o país estaria numa situação de transição nutricional, própria dos países em desenvolvimento (CABO VERDE, 2006; INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, 2001).

9.2 A evolução das tendências da Mortalidade em Cabo Verde

Neste capítulo abordamos a evolução e os aspectos que influenciaram as tendências da mortalidade em Cabo Verde.

Quanto à evolução da mortalidade em Cabo Verde, antes de fazer o confronto dos resultados do presente estudo, abordaremos algumas referências sobre a transição epidemiológica feitas no país ou por entidades internacionais sobre o país.

O diagnóstico da situação de saúde feito pelo Ministério da Saúde em 2006 faz referência que já em 1975, as DAC ocupavam a terceira causa de óbito no país, atrás dos sintomas e estados mórbidos mal definidos e as DIP. O mesmo documento faz referência que a análise da situação da saúde de 1984 apontava a importância das doenças transmissíveis, apontando as enterites e outras doenças diarreicas como segunda causa de morte, seguida das infecções respiratórias agudas, de entre as Doenças infecciosas e parasitárias. A mortalidade por sarampo era elevada, sobretudo entre os mais jovens e as avitaminoses e outras deficiências nutricionais atingiam, sobretudo os menores de um ano. O documento faz referência à evolução das três principais causas de morte entre 1996 e 2000 (as DAC, as Cérebro vasculares e as DIP). Apesar das oscilações verificadas durante o período, a partir de 1998, a mortalidade por DIP passou a apresentar a menor taxa de mortalidade por 100 mil habitantes, com 58,8/100 mil, enquanto as DAC 65,7 e as cérebro vasculares com 59,3. Tudo indica, segundo os autores do referido documento que Cabo Verde entrou nesse período, em fase de transição epidemiológica, em que as doenças não transmissíveis se mostraram ter superado, em frequência, as DIP (CABO VERDE, 2006).

Correia (2004) fez um estudo intitulado o **padrão de mortalidade em Cabo Verde por causas**, comparando dois momentos (1995 e 1999). O autor pretendia com o estudo caracterizar o padrão de mortalidade em Cabo Verde e identificar áreas de intervenção e de distribuição de recursos em saúde, através de uma análise do risco de morrer por causas. Além disso, pretendia **avaliar o estado de transição epidemiológica** em Cabo Verde, segundo consta no referido estudo. Utilizando a

classificação de Murray e Lopes, no seu estudo "carga da doença", o autor agrupou os óbitos por causas maternas, infecciosas, nutricionais e perinatais no grupo I; doenças não transmissíveis no grupo II e causas externas no grupo III. Analisando os dados, o autor encontrou importantes diferenças na estrutura da mortalidade entre os dois momentos estudados. Os óbitos por causas do grupo I desceram de 55,9% para 41,6%; os óbitos por causas do grupo II aumentaram de 34,7% para 45% e os do grupo III de 9,4 para 13%. Encontrou um Indicador Aproximado da Transição Epidemiológica de 0,6 e 1,1, em 1995 e 1999 respectivamente. Segundo o autor, os principais resultados indicam uma alteração significativa no padrão de mortalidade em 1999, registrando-se uma redução importante, na ordem dos 33% da mortalidade, sobretudo no grupo I. As DAC se apresentavam como as principais causas de mortalidade, representando cerca de 28%, principalmente por doenças cérebro vasculares com 11,7% dos óbitos. Entre as cinco principais causas de morte encontraram-se outras doenças crônico-degenerativas e as DIP, dando indicação que o país estaria num processo de transição epidemiológica (CORREIA, 2004).

O estudo sobre transição epidemiológica e transição da formação em Cabo Verde realizado por Nobre Leite (2009) utilizando a mesma metodologia que Correia (2004), encontrou também alterações significativas na estrutura da mortalidade em Cabo Verde entre 1995 e 2005. Os óbitos por causas do grupo I desceram de 36,6% em 1995 para 25,5% em 2005; os do grupo II aumentaram de 56% para 63,3% e os do grupo III passaram de 6,5% para 11,2%. O autor conclui que o tipo de doença que afeta os cabo-verdianos está na fase de transição, com redução de mortes por doenças transmissíveis e o aumento por causas não transmissíveis. Aparecem como principais causas de óbitos doenças típicas de populações desenvolvidas, alternando em importância com doenças características de regiões com baixo nível de saúde, como são as DIP (NOBRE LEITE, 2009).

Os três documentos referidos apontam a supremacia das DCNT em relação às DIP num período muito próximo. No primeiro caso o que podemos observar como crítica é a separação das doenças cérebro vasculares das DAC, sendo a primeira um subgrupo da segunda. Aliás, essa mistura de causas de óbitos entre capítulos ou grandes grupos, subgrupos e causas específicas foi um dos grandes constrangimentos encontrados. Entre os estudos de Correia (2004) e Nobre Leite

(2009), constatamos que o ano de 1995 apresentou diferenças significativas na proporção de óbitos por causas do grupo I, II e III. Essas diferenças podem ser explicadas pelas grandes diferenças encontradas no registro de óbitos, comprometendo qualquer análise caso não fosse feita uma pesquisa de dados de forma mais ampla. No entanto, com relação à mortalidade, os referidos estudos demonstraram importante diminuição da mortalidade por DIP e aumento por doenças não transmissíveis e causas externas.

Outros estudos de acordo com a Estratégia Mundial de Vigilância das Doenças Crônicas (EMVDC-OMS), comparando os Estados Africanos Insulares em Desenvolvimento (EAID), no ano de 2002, demonstraram importantes modificações na estrutura de mortalidade em Cabo Verde. De acordo com o referido documento, nos Estados Insulares como Cabo Verde, Ilhas Maurícias e Seychelles, com exceção de Comores e São Tomé e Príncipe, verificou-se uma supremacia das DCNT em relação às DIP, como principais causas de mortalidade. O documento faz referência às semelhanças entre os referidos países, em que no passado enfrentaram sérios problemas socioeconômicos e com indicadores de saúde muito baixos. Mas a melhoria nas condições econômicas e sociais, em consequência de políticas públicas mais eficazes fizeram com que houvesse melhorias nas condições sanitárias, com redução acentuada de mortalidade, sobretudo por causas transmissíveis. No entanto essas melhorias não foram iguais para os referidos países como o caso de Comores e S. Tomé e Príncipe que apresentam os piores indicadores socioeconômicos e de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Passando a abordagem da evolução da mortalidade em Cabo Verde, de acordo com o presente estudo constatamos modificações importantes na estrutura de mortalidade.

Analisando em primeiro lugar a evolução da mortalidade proporcional por grandes grupos, verificamos que as alterações mais significativas foram a diminuição proporcional dos óbitos por DIP e aumento por DAC. Em relação às neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório, observamos um crescimento ligeiro, principalmente das duas primeiras, superando as DIP a partir de 2001, mas

isto se deve principalmente pela diminuição das DIP. Este fato, segundo a OMS (2005), em países em fase de transição, as mudanças no padrão epidemiológico ocorrem em primeiro lugar devida às quedas da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias. A diferença é que nos países industrializados, as mudanças ocorreram de forma coerente e sustentável de modo que quando as doenças crônicas se tornaram as principais causas de morte, as doenças infecciosas e parasitárias já estavam sob controle. Nesse sentido que autores como Araújo (1992) afirma que o modelo linear de transição epidemiológica verificado nos países desenvolvidos não se aplica aos países menos desenvolvidos ou em desenvolvimento. Isto porque as transformações econômicas e sociais verificadas nos países desenvolvidos se deram de forma sustentável, pela substituição da morbimortalidade pelas doenças infecciosas, para as crônicas não transmissíveis. Nos países, sobretudo em desenvolvimento, essas transformações ocorrem mais tardiamente e de forma lenta e com grandes diferenças dentro de um mesmo país, devida às desigualdades sociais características desses países.

Relativamente aos óbitos por subgrupos, debruçamos sobre os subgrupos das DAC e das DIP. Verificamos que de entre as DAC, as doenças cérebro vasculares representam a principal causa de óbito, fato semelhante ao que ocorre em Portugal e em vários outros países desenvolvidos como o Japão e em desenvolvimento como a China, evidência clara da importância das doenças crônicas no cenário epidemiológico de Cabo Verde. Em relação aos subgrupos das DIP, verificamos acentuadas quedas de mortalidade proporcional por doenças infecciosas intestinais, com períodos de aumento, como ocorreu no ano de 1995, em consequência da epidemia de cólera com 241 óbitos. As quedas de mortalidade por doenças infecciosas intestinais podem ser explicadas pelas melhorias do saneamento básico e acesso à água potável, porém a ocorrência de epidemias é reflexo da grande vulnerabilidade de Cabo Verde relativamente à ocorrência de epidemias. Fato esse que ocorreu em alguns países da subregião ocidental africana como Guiné-Bissau e Senegal. Ainda sobre as DIP, observamos que a mortalidade proporcional por HIV/aids tem estado a aumentar de modo significativo, enquanto que por tuberculose o aumento é ligeiro, com grandes oscilações, sobretudo a partir de 1999.

A propósito da epidemia de cólera ocorrida na Guiné-Bissau, no Senegal e em Cabo Verde, esse fato é importante tendo em conta que a cólera é endêmica nos dois primeiros países. A ocorrência de determinadas epidemias em Cabo Verde está muitas vezes relacionadas com a circulação de pessoas no espaço da Comunidade Econômica dos Países da África Ocidental (CEDEAO). Relativamente aos países do referido espaço, a maioria apresenta um "perfil arcaico" com predomínio da morbimortalidade por DIP e baixo desenvolvimento social e econômico como acontece em toda a África Ocidental.

A evolução da mortalidade em Cabo Verde assume um padrão característico semelhante ao ocorrido em alguns países da América Latina, como o Brasil e o México, onde há uma superposição de etapas segundo Schram et al. (2004), nas quais predominam as doenças transmissíveis e crônico-degenerativas.

Tendência dos coeficientes de Mortalidade

Para melhor compreensão, abordamos a tendência da mortalidade, considerando as DCNT (as DAC, os subgrupos das DAC, as Neoplasias, os subgrupos das Neoplasias, a Diabetes Mellitus), as Causas Externas e respectivas causas específicas e as DIP (doenças infecciosas intestinais, Tuberculose e HIV/aids).

Relativamente às DAC, apenas o subgrupo de outras doenças do coração apresenta tendência crescente estatisticamente significativa. As doenças hipertensivas apresentam tendência decrescente. As doenças cérebro vasculares que representam as principais causas de óbitos por DAC, apresentam uma tendência estatisticamente não significativa.

Esse comportamento da tendência de mortalidade por DCNT, no caso por DAC pode estar relacionado com o período curto da série histórica, com os problemas de correta identificação e registro das causas de óbito, com as questões de informação em saúde, com ainda elevada taxa de óbitos por causas desconhecidas e mal definidas. Mas também pode representar uma melhoria no diagnóstico e tratamento dos casos.

Em relação às neoplasias, no geral apresentam tendências não significativas. As neoplasias malignas do trato urinário e dos órgãos genitais femininos apresentam decréscimo estatisticamente significativos. Essa situação provavelmente se deve principalmente pelas melhorias dos meios de diagnóstico e tratamento, sobretudo os relacionados com a saúde da mulher.

A mortalidade por causas externas globalmente teve uma tendência não significativa estatisticamente. Das duas causas selecionadas, a mortalidade pelos acidentes de transporte teve uma tendência decrescente estatisticamente significativa, enquanto que a mortalidade pelas agressões/homicídios teve uma tendência não significativa.

Considerando a classificação de Freese e Fontbonne (2006), no perfil "tradicional" ou "arcaico", a mortalidade proporcional por causas externas é elevada, principalmente por homicídios. No perfil "de desigualdade" a mortalidade por causas externas encontra-se em elevação. Os homicídios em elevação com níveis muito altos, cerca de 30 por 100 mil habitantes e os acidentes de trânsito apresenta incidência e mortalidade em elevação. O que verificamos em Cabo Verde é que a mortalidade proporcional por causas externas nunca passou dos 10%, oscilando entre um mínimo no período de 1971-1975 de 2,9% e um máximo de 9,1% em 2005. A proporção da mortalidade por acidentes de transporte diminuíram enquanto os homicídios aumentaram, sendo 9,4% o valor mais alto atingido por este último no ano de 2005.

Os resultados encontrados sobre a evolução e tendência de mortalidade por causas externas é seguramente consequência dos problemas da correta identificação e classificação das causas de óbitos e do correto tratamento dos dados. Isto porque durante a pesquisa constatamos uma série de situações acima referidos.

Em termos proporcionais, a diabetes mellitus aumentou significativamente, concordando com a classificação de Freese e Fontbonne (2006), mas a tendência da mortalidade por diabetes mellitus foi estatisticamente não significativa. O aumento proporcional de óbitos por diabetes mellitus é explicado pela diminuição dos óbitos por outras doenças metabólicas, endócrinas e nutricionais como o

marasmo e a mal nutrição proteico-calórica. Essas alterações são consequência da melhoria das condições socioeconômicas e dos meios de diagnóstico e tratamento.

Em relação à tendência de mortalidade por DIP, verificamos tendência decrescente estatisticamente significativa para as DIP no geral e para as três causas selecionadas (doenças infecciosas intestinais, tuberculose e HIV/aids). Os óbitos por doenças infecciosas intestinais e a tuberculose tiveram um decréscimo estatisticamente significativo, enquanto que HIV/aids houve um aumento significativo. Essas modificações na tendência de mortalidade, para as doenças infecciosas intestinais e tuberculose têm a ver com as melhorias das condições sociais, econômicas e sanitárias, enquanto que o aumento da tendência de morte por HIV/aids tem a ver com o aumento considerável de casos, apesar de uma prevalência ainda relativamente baixa, e a introdução do tratamento anti-retroviral muito recentemente com efeitos ainda pouco visíveis.

10 CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES

Globalmente, os resultados encontrados na análise dos vários componentes estruturais que compõem o objeto do presente estudo justificam a pertinência da escolha do tema da pesquisa.

Os pressupostos colocados como possíveis fatores determinantes e condicionantes da evolução do perfil epidemiológico em Cabo Verde foram amplamente confirmados, desde aspectos políticos, econômicos, sociais, demográficos, culturais, passando por questões sectoriais como as ligadas à informação sanitária.

O percurso metodológico adotado com abordagem de vários métodos de pesquisa, permitiu de forma mais ampla conhecer a situação de Cabo Verde, no que diz respeito ao seu perfil epidemiológico.

Apesar dos enúmeros progressos alcançados pela humanidade, sobretudo a partir dos finais do século XIX, Cabo Verde somente começou a conhecer algumas transformações sociais significativas, a partir de 1975 com a independência nacional, onde as autoridades nacionais tinham a possibilidade de assumir as responsabilidades do país e iniciar o processo de reconstrução nacional.

A partir da independência, apesar da forte dependência do exterior, através da ajuda pública ao desenvolvimento, vários fatores contribuíram para a melhoria das condições socioeconômicas do país, destacando a posição geopolítica e geoestratégica de Cabo Verde, a postura e abertura de Cabo Verde ao mundo e a boa gestão dos recursos postos à disposição, que passa pela boa governação.

As mudanças políticas ocorridas no país com a instauração de um regime democrático e plural a partir de 1991, um novo modelo de gestão despontava para o país com o reforço do poder local. Houve reformas econômicas e a economia se tornou essencialmente de mercado e o setor privado a ter um papel fundamental no desenvolvimento do país.

Sendo signatário de vários acordos globais de desenvolvimento como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Cabo Verde através dos seus representantes tem buscado sempre a melhoria das condições de vida da sua população. A estabilidade política e as boas relações no cenário internacional têm permitido conseguir apoios de vários países e organizações como Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM), MCC (Millennium Challeng Corporation), entre outros, fazendo levar adiante os vários programas de desenvolvimento.

A melhoria de investimentos em políticas públicas de saúde, educação, moradia e saneamento, aliada às relações intersectoriais têm contribuído para a melhoria das condições de vida no geral, e da saúde em particular. Mas a priorização de programas voltados para o combate às DIP tem permitido diminuir de forma considerável a mortalidade por essas doenças, por um lado, e por outro, tem contribuído para um fraco conhecimento do peso real das DCNT no cenário epidemiológico do país.

Embora tenha conseguido atingir progressivamente alguns indicadores que o faça sair de um "perfil Tradicional", como é o caso da supremacia das DAC a partir de 1991 e das neoplasias e causas externas a partir de 2001, em relação às DIP, a expectativa de vida e o IDH em 1995, a mortalidade infantil no ano 2000, globalmente só no ano 2005, para o conjunto dos indicadores o país passa de um "perfil tradicional" ou "arcaico para um "perfil de desigualdade".

A análise de tendência da mortalidade pelas causas seleccionadas revela que no capítulo da mortalidade, a transição epidemiológica se dá principalmente pela queda acentuada dos óbitos por DIP. Por outro lado, as altas taxas de óbitos por causas desconhecidas e mal definidas, embora com tendência a diminuir, provavelmente deve ter prejudicado em parte os resultados da pesquisa.

As recentes ocorrências de epidemias por doenças preveníveis por vacinação e a prevalência relativamente elevada e persistência secular de doenças negligenciadas, endêmicas e epidêmicas, com surtos epidêmicos evidencia a fragilidade do país no controle e erradicação de tais enfermidades.

O perfil epidemiológico de Cabo Verde é marcado pela convivência de doenças típicas dos países desenvolvidos, com DCNT a ocupar um espaço importante no padrão de adoecimento e morte, e doenças próprias dos países subdesenvolvidos, com as DIP 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).

O estudo permitiu identificar vários desafios que se colocam, merecendo destaque a melhoria da qualidade de vida das pessoas através da política de emprego e formação profissional e da política da família para minimizar as desigualdades, da adequação do sistema de saúde ao novo panorama e da redifinição das estratégias, do investimento em políticas dos cuidados continuados e do melhoramento da multissetorialidade e do sistema de informação em saúde.

Posto isto, esperamos que os resultados trazidos à luz pela pesquisa possa contribuir no enfrentamento dos enúmeros desafios que o setor saúde, em particular, e a sociedade cabo-verdiana, no geral, enfrentam, já que um dos benefícios do presente estudo é contribuir na identificação de novas estratégias de intervenção. Recomendamos a necessidade de realização de novos estudos sobre o tema, incorporando outras variáveis como regiões (Ilhas e Municípios), espaço urbano e rural, faixa etária, sexo, nível de renda e de instrução, para melhor conhecer a distribuição dos fatores de risco na população. Recomendamos também uma análise e uniformização de séries históricas mais abrangentes sobre as categorias etárias da população e os dados e informações sanitárias, garantindo com isso condições mais fidedignas de análise.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. de. Apresentação. In: ALMEIDA FILHO, N. de et al. (Org.). **Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz: Abrasco, 1998. p. 9. (Serie Epidemiológica 2).

ALMEIDA FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **American journal of public health**, Washington, n. 93, p. 2037-2043, 2003.

ARAÚJO, J. D. Polarização Epidemiológica no Brasil. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 1, n. 2, p. 6-15, 1992.

BANCO MUNDIAL. **Relatório**. Washington, 2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Tendências recentes das doenças crônicas no Brasil. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto de promoção da saúde**. Brasília, DF, 2001.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais, saúde pública. **PHYSIS: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CABO VERDE. Assembleia Nacional. **Constituição da República de 1992**. Praia, 1992.

CABO VERDE. Direcção de Recenseamento e Inquéritos. **Censo de 1970**. Praia, 1970.

CABO VERDE. Direcção de Recenseamento e Inquéritos. **Censo de 1980**. Praia, 1980.

CABO VERDE. Governo. **Objectivos do milénio para o desenvolvimento**: relatório 2004, resumo executivo. Praia, 2004.

CABO VERDE. Ministério da Coordenação Económica. **Plano Nacional de Desenvolvimento 1997/2000**. Praia, 1997.

CABO VERDE. Ministério da Saúde e Assuntos Sociais. **Boletim estatístico**: termos de referência, Praia, v. 2, 1983a.

CABO VERDE. Ministério da Saúde e Assuntos Sociais. **Estratégia nacional de saúde**. Praia, 1976.

CABO VERDE. Ministério da Saúde e Assuntos Sociais. **II Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (1986/1989)**: diagnóstico da situação. Praia, 1984.

CABO VERDE. Ministério da Saúde e Assuntos Sociais. **Programa de acção**. Praia, 1978.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **A Saúde das crianças menores de cinco anos em Cabo Verde**. Praia, 1996.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **A saúde das crianças menores de cinco anos em Cabo Verde**. Praia, 1996.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. **Programa nacional de luta contra sida**. Praia, 2004a.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. Direcção Geral da saúde. Serviço de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**, Praia, 2007b.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos Planeamento e Cooperação. **Relatório estatístico-2005**. Praia, 2005.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos Planeamento e Cooperação. **Estatísticas de Mortalidade-2000**. Praia, 2000.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde**: análise da situação. Praia, 2006.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde: reformar para uma melhor saúde.** Praia, 2007a.

CABO VERDE. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Direcção Geral do Planeamento. **Estratégia de crescimento e redução da pobreza.** Praia, 2004b.

CABO VERDE. Ministério das Finanças e do Planeamento. **Terceiro plano nacional de desenvolvimento 1992-95.** Praia, 1992.

CABO VERDE. Ministério das Finanças, Planeamento e Desenvolvimento Regional. **Plano nacional de desenvolvimento 2002-2005.** Praia, 2002. v. 2.

CABO VERDE. Ministério do Ambiente e Agricultura. **Inquérito de seguimento da vulnerabilidade alimentar das famílias.** Praia, 2005.

CABO VERDE. Ministério do Plano e da Cooperação. Direcção Geral do Planeamento. **Elementos para apreciação da evolução socioeconómica em Cabo Verde.** Praia, 1989.

CABO VERDE. Ministério do Plano e da Cooperação. **Segundo plano nacional de desenvolvimento 1986-89.** Praia, 1986.

CABO VERDE. Secretaria de Estado da Cooperação e Planeamento. **Primeiro plano nacional de desenvolvimento 1982-95: relatório geral.** Praia: Grafedito, 1983b. v. 1.

CALDWELL, J. C. Introductory thoughts on health transition. In: WORKSHOP ON CULTURAL, SOCIAL AND BEHAVIOURAL DETERMINANTS OF HEALTH: WHAT IS THE EVIDENCE?, 1989, Canberra. **Proceedings...** Canberra: The Australian National University, 1990. p. 11-13.

CARVALHO, I. **Reunião de Divulgação da Conferência Internacional de Ougadougou sobre Cuidados Primários de Saúde em África.** Praia: Ministério da Saúde, 2008.

CESSE, E. A. P. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil.** 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY (USA). The World Factbook. **Transição demográfica**: categoria: demografia. Washington, 2005. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Transi%C3%A7%C3%A3o_demogr%C3%A1fica>. Acesso em: 9 out. 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma-Ata, URSS. **Cuidados primários de saúde**: relatório...Brasília, DF: UNICEF, 1979. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.

CORREIA, A. **O padrão de mortalidade em Cabo Verde por causas**: o padrão de mortalidade em Cabo Verde por causas. Praia, 2004.

DELGADO, A. P. C. **Políticas de saúde em cabo verde na década de 1980-1990**: experiência de construção de um sistema nacional de saúde. Praia: UNICV, 2009. (Coleção sociedade, vol. 2).

FREDERIKSEN, H. Feedbacks in economic and demographic transition. **Science**, Washington, v. 166, p. 837-847, 1969.

FRENK, J. et al. La transición epidemiológica en América Latina. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 111, n. 6, p. 485-496, 1991.

FREESE, E. M. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

FREESE, E. M.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: vulnerabilidade, precariedade e vulnerabilidade. In: FREESE, E. M. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. cap. 1.

GOMES, I. F. B. **A Política de descentralização dos serviços de saúde em Cabo Verde (1975/2000)**. Praia: Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro, 2006.

INIQUIDADE em saúde no Brasil: nossa mais grave doença. **RADIS**: comunicação e saúde, Rio de Janeiro, n. 45, p. 25-27, maio 2006.

HOBSBAWN, E. **The age of extremes**: a history of the world, 1914-1991. Nova York: Patheon Books, 1994.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (Cabo Verde). **Censo de 1990**. Praia, 1990.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (Cabo Verde). **Inquério sobre as receitas e despesas familiares**. Praia, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (Cabo Verde). **Inquério sobre as receitas e despesas familiares 2001-2002**. Praia, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (Cabo Verde). **Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem-estar**. Praia, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (Cabo Verde). **Recenseamento Geral da População e Habitação: Censo 2000**. Praia, 2000.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. London: Sage Publications, 1996.

LUNA, E. J. A. Emergência das doenças emergentes e as doenças infecciosas emergentes e reemergentes no Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, n. 5. p. 5-9, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Objetivos do milênio para o desenvolvimento**. Washington, 2000.

NAÇÕES UNIDAS. **Objetivos do Desenvolvimento do Milênio**. Washington, 2000

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório Sobre o desenvolvimento humano**. Washington, 2008.

NASCIMENTO, J. O. R. Nação e Estado na Constituição de Cabo verde. Trabalho apresentado no VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro De Ciências Sociais, em Coimbra em Coimbra, set. 2004.

NAVARRO, V. What We Mean by Social Determinants of Health. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 39, n. 3, p. 423-441, 2009. Disponível em: <<http://ejournals.ebsco.com/direct.asp?ArticleID=42F796AA7978FED578A4>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

NOBRE LEITE, L. S. N. **A transição epidemiológica e a transição de formação em Cabo Verde**. Apresentado no III Congresso sobre Pandemias na Era da Globalização em Coimbra, maio 2009.

OLSHANSKY, S. J.; AULT, A. B. The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, v. 64, n. 3, p. 355-391, 1986.

OLSHANSKY, S. J. et al. Infectious diseases: new and ancient threats to world health. **Population Bulletin**, Washington, v. 52, n. 2, Jul. 1997. Disponível em: <<http://www.prb.org/Publications/PopulationBulletins/1997/InfectiousDiseasesNewandAncientThreatstoWorldHealth.aspx>>. Acesso em: 9 out. 2009.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 89, n. 2, p.161-170, 2001.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, v. 49, n. 4, pt. 1, p. 509-583, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 3. ed. 10. rev. São Paulo. Edusp, 1993. v. 1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório final sobre os determinantes sociais da saúde**. Genebra, 2005b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. **Relatório final sobre os determinantes sociais da saúde**. Genebra, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comité Regional Africano. **Promoção da Saúde**: estratégia para a Região Africana. Brazavile, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global da OMS sobre alimentação, atividade física e saúde**. 57ª Assembleia Mundial da saúde. Genebra, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **estratégia mundial de vigilância das doenças não transmissíveis**. Genebra, 2005a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **O Relatório da saúde no mundo 1997: derrotar o sofrimento, Enriquecer a humanidade**. Genebra, [1998?]. Disponível em: <http://www.nutriway.com.br/nw_diabnomundo.htm#Relatório>. Acesso em: 20 set. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da saúde no mundo: reduzir os riscos e promover uma vida saudável**. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. A saúde no contexto do desenvolvimento.. In: _____. **Saúde nas Américas: 2007**. Washington, DC: OPAS, 2007. 1 v. (Publicação Científica e Técnica No. 622). p. 1-11.

POSSAS, C. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

ROSEN, G. **The strategy of preventive medicine**. Oxford: Oxford University, 1992.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo da carga de doenças no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SILVA, J. B.; BARROS, M. B. A. Epidemiologia e desigualdades: notas sobre a teoria e a história. **Revista Pan-Americana de Salud Publica**, Washington, v. 12, n. 6, p. 375-383, 2002.

SOUZA, R. de S. **Modelos estatísticos para previsão de séries temporais: abordagens clássica e bayesiana**. Rio de Janeiro: IMPA, 1989.

VALDEZ, T. A. S. **Regionalização e integração sistêmica: cenários prospectivos para a reforma do sistema de saúde em Cabo verde**. Rio de Janeiro, 2007.

VIEIRA, H. L. S. R. **História da Medicina em cabo Verde**. Praia: Gráfica do Mindelo, 1999.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Geneva: WHO, 2000. (EUR/ICP/RPD 414, 7734r).

APÊNDICE A – Tabela 1 - Mortalidade Proporcional por Capítulos/Grupos, subgrupos e causas específicas, Cabo Verde, 1971 a 1995.

Tabela 1 - Mortalidade Proporcional por Capítulos/Grupos, subgrupos e causas específicas, Cabo Verde, 1971 a 1995.

(Continua)

Causa de óbito / Anos (períodos)	1971-1975	1981	1983	1989	1991	1992	1993	1994	1995
Causas Desconhecidas e mal Definidas	32	19,3	42,3	34,3	23,47	30,2	29,98	26,95	31,8
Doenças Infecciosas e Parasitárias	17,6	11,7	16,64	13,4	10,66	15,74	14,94	12,09	16,13
Causas Externas	2,9	3,6	4	5	6,3	7	6,99	6,67	6,25
Neoplasias	3,7	5,6	1,3	1,88	6,7	6,79	6,26	7,2	5,14
Doenças do Aparelho Circulatório	9,1	11,9	8,3	12,68	11,69	16,3	17,56	19,4	17,67
Doenças do Aparelho Respiratório	8,7	5,3	5,8	7,53	4,54	7,87	9,79	6,89	6,19
Afecções Perinatais	5,7	3,4	3,7	3,1	3,13	4,25	6,08	5,67	5,3
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	x	1,4	1,96	2,1	2,02	2,4	2,93		3,15
Doenças do Sistema Nervoso	1,5	x	x	x	x	3,27	x	2,65	x
Doenças do Aparelho Digestivo	0,8	1,6	x	x	1,9	x	2,4	2,65	2,2

Causa de óbito / Anos (períodos)	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Causas Desconhecidas e mal Definidas	33,99	34,52	35,52	25,6	17,1	18,46	20,99	23,9	21,94	19
Doenças Infecciosas e Parasitárias	9,24	12,89	8,71	8,49	7,4	6,32	6,35	7,13	6,86	6,76
Causas Externas	7,29	5,77	6,75	7,29	6,83	8,24	7	6,49	6,97	9,1
Neoplasias	6	5,8	6,38	7,39	6,8	7,52	8	8,74	8,9	8,54
Doenças do Aparelho Circulatório	17,67	17,88	18,5	22,93	20,33	20,55	20,23	23,21	21,5	20,54
Doenças do Aparelho Respiratório	7,99	7,22	6,65	8,85	6,32	5,64	5,44	6	4,9	5,87
Afecções Perinatais	5,7	4,2	5,22	4,62	4,2	3,65	3,85	3,72	4,24	5,1
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	2,57	3,18	3,94	3,76	2,86	x	x	x	2,86	x
Doenças do Sistema Nervoso	x	x	x	x	x	1,74	2,11	2,35	x	2
Doenças do Aparelho Digestivo	2,57	2,72	2,8	2,95	3,6	2,87	3,43	3,26	2,93	2,77

Nota:

x – Dados não disponíveis ou não encontrados

Tabela 1 - Mortalidade Proporcional por Capítulos/Grupos, subgrupos e causas específicas, Cabo Verde, 1971 a 1995. (Conclusão)

Causa de óbito / Anos (períodos)	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cérebrovascular	50,6	48	47,1	51,7	53,2	52,1	47,7	50,8	52,1	44,5	45,6	45,6	46,8	47,1
Doenças Hipert.	18,5	15,3	5,7	4,8	2,9	5,6	8,5	15,3	5,1	5,4	5,1	4,9	3,4	5,2
Doenças Isq. do Coração	3,2	4,5	15,5	13	10,8	14,4	12,7	14,1	20,5	16,4	15,5	13,9	14	6,7
Doença C. P. Circulação Pulmonar	1,4	6,5	3,2	4,3	2,7	1,6	1,7	2,4	2,2	4,1	2,2	2,8	3,7	5,6
Outras formas de Doença do Coração	26	25,2	28,2	25,9	29,5	26	29,7	26,5	19,8	29,2	31,3	28,1	31,8	40,9
Neoplasias M. dos Órgãos Digestivos	49,2	41,3	39,3	43,6	49,6	42,3	46,6	47,5	53,4	53,6	46,3	46,5	45,8	45,8
Neoplasias AP. R. e Órgãos Intra T.	8,2	10,6	12,4	6,6	11,6	14,1	8,8	13,4	8,4	7,2	9,9	8,8	11,4	10,8
Neoplasias Malignas do Trato Urinário	4,6	14,5	9,4	8,8	12,8	6,7	5,5	2,4	4,9	3,6	7,3	6	4,3	4,5
Neoplasias dos Órgãos Genitais														
Femininos	10,2	12,2	9,4	13,2	14,1	11,2	12,2	7,2	8,4	8,1	9	8,8	4,7	7,5
Neoplasia da Mama	3,5	3,9	3,2	5,9	3,6	1,6	4,4	4,8	2,9	2,2	3,4	4,4	3,9	5,4
Neoplasias Malignas do Estômago	22,9	17,8	21,8	14,9	20,8	19,7	20,5	15,8	20,2	25,4	16,4	18,8	18,1	15,4
Diabetes Mellitus	37,5	42,9	30	22,5	34,2	21,6	31,5	39,6	44,7	55,3	43,1	49	56,8	58,8
Marasmo Nutricional	53,6	39,3	4,1	0,9	0	1	0	0,9	0	0	0	0	0	0
Acidente de Transporte	14,3	18	7,5	2,3	0	0,6	1,1	0,5	0,5	0,8	4,4	0,5	2	0
Agressões	5	6	3,2	0	0	9,1	8,9	5,4	9,4	5,4	4,4	3,8	6,1	6,25
Influenza e Pneumonias	56,2	42,1	61,5	60,6	63,5	74,5	67,2	60,6	53,7	46,7	48,4	65,3	51,8	50
Doenças Crônicas das vias Respiratórias	14,2	8,2	9,9	7,8	8,2	8,2	8,6	6,8	8	6,1	5,1	5,2	8,9	8,3
Doenças Infecciosas Intestinais	62,9	62,3	55,4	66,7	68,6	44,3	42,1	34	32,8	24,8	14,7	17,3	8,2	7,7
Tuberculose	8,9	7,3	9,8	7,6	8,7	5,1	10	12,5	6,4	21,8	8,2	13,5	23,5	7,2
HIV/aids	1,5	4,2	3,3	2	7,5	5,3	10,5	10	15,7	19,6	31,7	32,7	35,9	35

APÊNDICE B – Tabela 2 - Coeficiente de mortalidade por Capítulos/Grupos, subgrupos e causas espec., Cabo Verde, 1971 a 2005.

Tabela 2 - Coeficiente de mortalidade por Capítulos/Grupos, subgrupos e causas espec., Cabo Verde, 1971 a 2005.

(Continua)

Causa de óbito / Anos (períodos)	1971-1975	1981	1983	1989	1991	1992	1993	1994	1995
Causas Desconhecidas e mal Definidas	376,57	145,7	377,0	268,8	175,5	242	233,3	201,5	290
Doenças Infecciosas e Parasitárias	207,8	88,4	148	105,5	80	126	116,2	89,4	147
Causas Externas	35	27	35,69	39,73	47	58,4	54,4	49,3	57
Neoplasias	44	42,4	12	14,7	50,3	58,4	48,7	53,3	46,8
Doenças do Aparelho Circulatório	108	89,7	73,94	99,3	87,4	130,6	136,69	143,6	163
Doenças do Aparelho Respiratório	102,9	40,4	51,6	59	34	63	76,2	51	56,4
Afecções Perinatais	68	26	33	24,4	23,4	34	47,3	50	48,4
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	x	10,9	17,5	16,4	15	19,2	22,8		28,7
Doenças do Sistema Nervoso	17,6	x	x	x	x	26,2	x	74	x
Doenças do Aparelho Digestivo	10	12,5	x	x	14,2	x	19	74	20,19

Causa de óbito / Anos (períodos)	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Causas Desconhecidas e mal Definidas	233	258,78	239,45	182,14	116,74	121,3	132,62	147,88	132,46	112,34
Doenças Infecciosas e Parasitárias	63,35	96,67	58,7	55,8	50,35	41,58	40,4	44	41,4	40
Causas Externas	50	43,2	45,5	47,87	46,46	54,17	44,83	40,17	42	54
Neoplasias	41,14	43,53	43,14	48,5	46,23	49,45	51	50	54	50,49
Doenças do Aparelho Circulatório	121	134	124,8	150,6	138,2	135	128,75	143,4	130,2	121,36
Doenças do Aparelho Respiratório	54,77	54,1	44,8	58,14	43	37	34,67	37,56	30,12	34,7
Afecções Perinatais	39,12	31,4	35,2	30,35	28,6	24	24,5	23	25,63	30,5
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	17,66	23,87	26,6	24,75	19,45	x	x	x	17,3	x
Doenças do Sistema Nervoso	x	x	x	x	x	11,46	13,47	14,5	x	12
Doenças do Aparelho Digestivo	17,66	20,4	19	19,38	24,49	19,1	21,86	20,19	17,73	16,4

Nota:

x – Dados não disponíveis ou não encontrados

Tabela 2 - Coeficiente de mortalidade por Capítulos/Grupos, subgrupos e causas espec., Cabo Verde, 1971 a 2005.

(Conclusão)

Causa de óbito / Anos (períodos)	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Cérebrovascular	67,2	65,6	67,7	83,1	65,3	69,8	59,2	76,5	69,1	60,2	58,3	71,8	61,1	53,2
Doenças Hipert.	24,2	20,9	8,2	7,7	3,5	7,6	10,5	23,1	6,8	7,4	6,6	7,1	4,4	5,8
Doenças Isq. do Coração	4,1	6,2	22,3	20,9	13,1	19,4	15,8	21,2	27,2	22,5	19,8	19,9	18,3	7,5
Doença C. P. e Circulação Pulmonar	1,9	8,9	4,7	6,9	3,2	2,2	2,1	3,7	3,2	5,6	2,8	4,1	4,9	6,5
Outras formas de Doença do coração	34	34,5	40,6	42,2	35,8	34,9	37,1	39,9	31,8	39,5	41	40,3	41,4	48,1
Neoplasias dos Órgãos Digestivos	26,7	20,1	26,8	20,4	20,4	18,4	20,1	23,1	24,7	26,5	23,6	25,1	24,7	23,1
Neoplasias AP. R. e Órgãos Intra T.	4,4	5,1	6,6	3,1	4,7	6,1	3,8	6,5	3,8	3,5	5	4,7	6,1	5,4
Neoplasias Malignas do Trato Urinário	2,5	7	5	4,1	5,3	2,9	2,3	1,1	2,2	1,7	3,7	3,2	2,3	2,3
Neoplasias dos Órgãos Genitais Femininos	5,5	5,9	5	6,2	5,8	4,9	5,2	3,5	3,8	4	4,6	4,7	2,5	3,7
Neoplasia da Mama	1,9	1,9	3,1	1,2	1,5	0,7	1,9	2,3	1,3	1,1	1,7	2,3	2,1	2,7
Neoplasias Malignas do Estômago	12,5	8,7	11,6	6,9	8,5	8,6	8,8	7,7	9,3	12,5	8,3	10,2	9,8	7,7
Diabetes Mellitus	7,2	9,8	5,5	6,4	6	5,1	8,3	9,8	8,6	5,8	5,5	5,4	9,8	6,3
Marasmo Nutricional	10,3	8,9	7,7	0,25	0	0,24	0	0,23	0	0	0	0	0	0
Acidente de Transporte	8	9,8	3,7	1,2	0	0,2	0,4	0,2	0,2	0,4	1,9	0,2	0,8	0
Agressões/Homic.	2,7	3,2	1,5	0	0	3,9	4	2,5	4,3	2,9	1,9	1,5	2,5	3,1
Influenza e Pneumonias	35,4	32,1	31,3	34,1	34,8	40,3	29,9	35,2	23,1	17,3	16,7	24,5	21,1	17,6
Doenças Crônicas das vias Respiratórias	8,9	6,2	4,7	4,4	3,7	4,4	3,8	3,9	3,4	2,2	1,7	1,9	3,6	2,9
Doenças Infecciosas Intestinais	78,7	72,1	49,6	97,3	43,6	42,8	23	18,6	16,2	10,5	5,5	2,1	3,4	2,9
Tuberculose	11,1	8,4	8,7	10,8	5,5	4,9	5,5	3	3,2	4,4	3	2,8	4	2,7
HIV/aids	1,9	4,9	2,9	2,8	4,7	5,1	5,7	5,6	7,7	8,3	11,9	14,3	14,9	13,2

APÊNDICE C – Tabela 3 - Mortalidade proporç. por Cap. por períodos quinquenais/10 principais causas , Cabo Verde, 1971 a 2005.

Tabela 3 - Mortalidade proporç. por Cap. por períodos quinquenais/10 principais causas , Cabo Verde, 1971 a 2005.

Mortalidade proporcional	1971-1975		1981-1985*		1986-1990*		1991-1995		1996-2000		2001-2005	
Causas desconhecidas e mal definidas	5267	38,80	1623	42,59	947	42,79	4209	32,05	4264	32,93	2980	26,17
Doenças Infecciosas e Parasitárias	2906	21,41	732	19,21	372	16,81	2063	15,71	1348	10,41	955	8,39
Causas Externas	492	3,62	194	5,09	140	6,33	973	7,41	972	7,50	1083	9,51
Neoplasias	617	4,55	166	4,36	52	2,35	932	7,10	930	7,18	1193	10,48
Doenças do Aparelho Circulatório	1511	11,13	503	13,20	350	15,82	2439	18,57	2795	21,58	3032	26,63
Doenças do Aparelho Respiratório	1439	10,60	284	7,45	208	9,40	1035	7,88	1061	8,19	801	7,03
Afecções Perinatais	953	7,02	183	4,80	86	3,89	723	5,51	685	5,29	589	5,17
Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais	x	x	88	2,31	58	2,62	317	2,41	469	3,62	81	0,71
Doenças do Sistema Nervoso	247	1,82	x	x	x	x	168	1,28	x	x	236	2,07
Doenças do Aparelho Digestivo	141	1,04	38	1,00	x	x	272	2,07	422	3,25	437	3,84
Total de óbitos /10 causas/período	13573	100,00	3811	100,00	2213	100,00	13131	100,00	12946	100,00	11387	100,00

Nota:

x – Dados não disponíveis ou não encontrados

APÊNDICE D – Tabela 4 – Mortalidade proporcional por capítulos, por períodos quinquenais/total de óbitos, Cabo Verde, 1971 a 2005.

Tabela 4 – Mortalidade proporcional por capítulos, por períodos quinquenais/total de óbitos, Cabo Verde, 1971 a 2005.

Mortalidade proporcional óbitos	1971-1975		1981-1985*		1986-1990*		1991-1995		1996-2000		2001-2005	
Causas desconhecidas e mal definidas	5267	32,04	1623	32,02	947	34,31	4209	28,73	4264	29,70	2980	20,86
Doenças Infecciosas e Parasitárias	2906	17,68	732	14,44	372	13,48	2063	14,08	1348	9,39	955	6,68
Causas Externas	492	2,99	194	3,83	140	5,07	973	6,64	972	6,77	1083	7,58
Neoplasias	617	3,75	166	3,28	52	1,88	932	6,36	930	6,48	1193	8,35
Doenças do Aparelho Circulatório	1511	9,19	503	9,93	350	12,68	2439	16,65	2795	19,47	3032	21,22
Doenças do Aparelho Respiratório	1439	8,75	284	5,60	208	7,54	1035	7,06	1061	7,39	801	5,61
Afecções Perinatais	953	5,80	183	3,61	86	3,12	723	4,94	685	4,77	589	4,12
Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais	x	x	88	1,74	58	2,10	317	2,16	469	3,27	81	0,57
Doenças do Sistema Nervoso	247	1,50	x	x	x	x	168	1,15	x	x	236	1,65
Doenças do Aparelho Digestivo	141	0,86	38	0,75	x	x	272	1,86	422	2,94	437	3,06
Total de todos os óbitos no período	16441	82,56	5068	75,20	2760	80,18	14650	89,63	14356	90,18	14286	79,71

Nota:

x – Dados não disponíveis ou não encontrados

APÊNDICE E – Tabela 4 - Coeficiente de mortalidade por capítulos por períodos quinquenais/10 causas princ., Cabo Verde, 1971 a 2005.

Tabela 4 - Coeficiente de mortalidade por cap. Por períodos quinquenais/10 causas princ., Cabo Verde 1971 a 2005.

Coeficiente de mortalidade	1971-1975		1981-1985*		1986-1990*		1991-1995		1996-2000		2001-2005	
Causas desconhecidas e mal definidas	1053	376,72	812	258,65	947	268,81	842	229,22	853	204,41	596	129,42
Doenças Infecciosas e Parasitárias	581	207,85	366	116,66	372	105,59	413	112,35	270	64,62	191	41,48
Causas Externas	98	35,19	97	30,92	140	39,74	195	52,99	194	46,60	217	47,04
Neoplasias	123	44,13	83	26,45	52	14,76	186	50,76	186	44,58	239	51,81
Doenças do Aparelho Circulatório	302	108,07	252	80,16	350	99,35	488	132,82	559	133,99	606	131,68
Doenças do Aparelho Respiratório	288	102,92	142	45,26	208	59,04	207	56,36	212	50,86	160	34,79
Afecções Perinatais	191	68,16	92	29,16	86	24,41	145	39,37	137	32,84	118	25,58
Doenças Endócrinas, Metabólicas e Nutricionais	x	x	44	14,02	58	16,46	63	17,26	94	22,48	16	3,52
Doenças do Sistema Nervoso	49	17,67	x	x	x	x	34	9,15	x	x	47	10,25
Doenças do Aparelho Digestivo	28	10,08	19	6,06	x	x	54	14,81	84	20,23	87	18,98
População do meio doperíodo	279627		313743		352291		367253		417200		460502	

Nota:

x – Dados não disponíveis ou não encontrados

**APÊNDICE F – Evolução da população por ilhas e municípios, Cabo Verde,
1960-2005.**

Ano/Ilhas – Municípios	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Santo Antão	33953	45051	43198	43845	47389	48225
Ribeira Grande	17246	23393	21872	20851	21683	21712
Paul	6024	8050	7991	8121	8427	8553
Porto Novo	10683 16707*	13608 21658*	13.335	14.873	17.279	17960
São Vicente	20705	31586	41792	51277	67511	74031
São Nicolau	13866	16320	13575	13665	13735	13291
Tarrafal de S. Nicolau	x	x	x	x	x	5039
Ribeira Brava	x	x	x	x	x	8252
Sal	2608	5642	6006	7715	14892	17631
Boa Vista	3263	3463	3397	3452	4225	5219
Maio	2680	3451	4103	4969	6788	7507
Santiago	88677	129508	145923	175691	237828	265207
Tarrafal	19140	28194	24463	11626	17883	20647
Santa Catarina	24556	34151	41201	41584	50275	44622
São Salvador do Mundo	x	x	x	x	x	10044
Santa cruz	14368	21150	23063	25892	33180	27579
São Lourenço dos Órgãos	x	x	x	x	x	8533
Praia	23144 44981**	40099 67163**	57196	71276	97232	113259
Ribeira Grande de santiago	x	x	x	x	x	9679
São Domingos	x	x	x	11526	13381	13954
São Miguel	x	x	x	13787	16213	16890
Fogo	25615	29692	31115	33902	37617	37823
Mosteiros	x	x	x	8331	9518	9700
São Filipe	x	x	x	25571	28099	23294
Santa Catarina do Fogo	x	x	x	x	x	4829
Brava	8625	7858	6984	6975	6838	6531
TOTAL CABO VERDE	199992	272571	296093	341491	436823	475465

Fonte: Elaboração própria a partir dos Censos de 1960, 1970, 1980, 1990 e 2000.

* - A população de Porto Novo incluía a população de Paúl

** - A população da Praia incluía a população de Santa Cruz, São Domingos e Cidade Velha

X – Corresponde aos municípios não existentes até a referida data

APÊNDICE G – Evolução dos principais indicadores demográficos e socioeconômicos, Cabo Verde, 1960-2010.

Ano/Indicadores	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
População total	272571	284331	296093	326087	341491	386185	436823	475465	517831**
População Urbana (%)	x	x	36	40,6	44,1	48	54	58,7	62,09**
População Rural (%)	x	x	64	59,5	55,89	52	46	41,3	37,9
População Masculina	131785	134630	137122	147782	161495	18355	211479	230094	250710**
População Feminina	140786	149701	158971	178305	179994	202632	225384	245371	267121**
População menor de 1 ano (%)	2,5	2,6	2,4	2,84	2,3	2,5	2,4	2,3	2,54**
População de 0 a 4 anos (%)	15,4	15,5	14	14,73	16,6	17,8	13,22	14,4	12,0**
População de 0 a 25 anos	63,9%	61%	59,1%	60,8%	68%	64,7%	62%	60,88%	57,95%**
População de 60 e mais anos (%)	7,9	9,7	9,1	9,8	8,88	7,66	8,5	7,3	6,3**
Mulheres de 15 a 49 anos (%)	x	x	x	x	18,8	20,9	23,5	26,08	27,50**
Taxa de fecundidade	7,5	7,6	7,1	6,1	5,6	4,0	4,0	2,9	2,87**
Esperança de vida Homens/anos	54,7	x	59,1	x	65,7	x	66,5	66,8	69,5**
Esperança de vida Mulheres/anos	56,1	x	60,6	x	71,3	x	74,9	75,9	77**
Esperança de vida total/anos	55,4	56,7	59,85	64,125	68,4	69,7	71	71,8	73,1**
Taxa de Mortalidade infantil/mil	95	108,6	60	70	41	45,1	26,8	20,5	23,9**
Taxa Bruta de Natalidade/mil	36,1	29,3	34,4	27,24	31,4	28,6	26,3	24,3	25,9**
Taxa Bruta de Mortalidade/mil	12,6	10,5	9,5	8,3	7,4	9,1	5,6	5,1	5,6**
PIB (em milhões de dólares americanos)	x	50,02	142,3	225,15	308,0	490,6	556,9	1 bi e 900 mil	1 bi 400 milhões**
PIB per capita (em dólares americanos)	x	190	481,1	690,4	902,2	1270,4	1274	2105,1	2703,5**
IDH	*	*	*	*	0,587	0,641	0,674	0,754	x
Posição em rel. Ao IDH	*	*	*	*	x	123º	x	102º	x
Escolarização Básica (%)	x	x	72,6	x	76	84	94	98,5	x
Pobreza Absoluta (%)	x	60	x	x	49	x	36,7	30	x

Fonte: Censos (1970, 1980); Instituto Nacional de Estatísticas (1990, 1998, 2000, 2005); Delgado (2009); Cabo Verde (1982, 1983); Estatísticas de Mortalidade/GEPC 1991-2005; Nações Unidas (2008)

* - O IDH foi introduzido a partir de 1990

X - Dados não disponíveis ou não encontrados

** - Dados provisórios ou estimativas

APÊNDICE H - Roteiro de entrevistas.

Roteiro de entrevistas:

- 1 Como percebe a transição epidemiológica em Cabo Verde?
- 2 Que determinantes atribui maior relevância no processo de transição epidemiológica em Cabo Verde?
- 3 Como esses determinantes influenciam o processo de transição epidemiológica em Cabo Verde?
- 4 Que desafios identifica diante do novo panorama que se coloca pela transição epidemiológica em Cabo Verde?
- 5 Que outras considerações faz sobre o tema em questão?

Obrigado pela atenção dispensada

O pesquisador

Júlio Monteiro Rodrigues

_____/_____/_____

APÊNDICE I - Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a fazer parte da pesquisa **Transição Epidemiológica em Cabo Verde e seus Determinantes**, como requisito parcial da dissertação de mestrado, elaborada por Júlio Monteiro Rodrigues, aluno do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, Brasil. A sua participação é voluntária. O (a) Senhor (a) foi escolhido (a) por se tratar de uma personalidade representativa do fenômeno que se coloca neste estudo, sendo, portanto, um ator chave no entendimento dos determinantes do processo de transição epidemiológica em Cabo Verde.

A sua participação na pesquisa será responder a um roteiro de entrevista com algumas questões que serão colocadas pelo pesquisador. Com a permissão do (a) Senhor (a), as suas considerações serão gravadas e transcritas para análise posterior.

Tendo em conta os objetivos desta pesquisa de analisar o processo de Transição e contribuir na adoção de medidas mais adequadas no enfrentamento dos novos desafios, a sua participação será fundamental. No entanto, caso queira desistir, a qualquer momento poderá retirar sua participação, sem prejuízo de relação com o pesquisador ou com demais atores ou instituições relacionados com o desenvolvimento do projeto.

Os riscos do estudo se relacionam com a possibilidade de divulgação das identidades dos entrevistados e de responder a alguma pergunta, constituindo constrangimentos para os mesmos nas suas instituições ou na sociedade. Porém, será garantido o respeito pela confidencialidade, anonimato e uso ético das informações fornecidas por si.

Os dados provenientes deste estudo serão utilizados para publicações científicas, relatórios, apresentações científicas. Um melhor entendimento do processo de transição, seus determinantes e contribuir na identificação de novas estratégias de intervenção são os benefícios esperados deste trabalho.

O (a) Senhor (a) receberá uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com informações do pesquisador caso necessite esclarecer alguma dúvida a respeito da pesquisa.

Júlio Monteiro Rodrigues – Mestrando - Pesquisador responsável

CPqAM_Fiocruz – julmond30@hotmail.com/julmond30@gmail.com – Tel.: Recife – 00 55 81 96568637; Cabo Verde – 00 XX 238 9926628.

Eu, _____ Identidade: _____, li e concordo em participar como voluntário da referida pesquisa.

Cabo Verde, ----- de 2009.

Assinatura do entrevistado

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética.



Título do Projeto: “Transição epidemiológica em Cabo Verde e seus determinantes”

Pesquisador responsável: Júlio Monteiro Rodrigues

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 09/06/2009

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 26/09

Registro no CAAE: 0024.D.095.000-09

PARECER Nº 09/2010

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 29 de março de 2013. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 29 de março de 2010.

Júlia Campozano Gouveia



 **Júlia Campozano Gouveia**
Farmacêutica
Coordenadora
Mat. SAPE 0403705
CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 08/10/2010.