

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

ORLANDO PEREIRA DIAS

**UMA ANÁLISE COMPREENSIVA DA REFORMA
DO SISTEMA DE SAÚDE DE CABO VERDE:
IDENTIFICANDO AS PERSPECTIVAS DE
FUTURO NA OPINIÃO DOS PRINCIPAIS
ATORES**

**RECIFE
2010**

ORLANDO PEREIRA DIAS

**UMA ANÁLISE COMPREENSIVA DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE DE
CABO VERDE: IDENTIFICANDO AS PERSPECTIVAS DE FUTURO NA OPINIÃO
DOS PRINCIPAIS ATORES**

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

ORIENTADOR:

Profº. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior- PhD

CO-ORIENTADORA:

Profª. Idê Gomes Dantas Gurgel-PhD

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

D541a Dias, Orlando Pereira.

Uma análise compreensiva da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde: identificando as perspectivas de futuro na opinião dos principais atores / Orlando Pereira Dias. — Recife: O. P. Dias, 2010.
197 f.: il., tabs, graf., mapas.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior, Co-Orientadora: Idê Gomes Dantas Gurgel

1. Sistemas de Saúde. 2. Saúde Pública. 3. Política de Saúde. 4. Cabo Verde. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas. II. Gurgel, Idê Gomes Dantas. III. Título.

CDU 614.39

ORLANDO PEREIRA DIAS

**UMA ANÁLISE COMPREENSIVA DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE DE
CABO VERDE: IDENTIFICANDO AS PERSPECTIVAS DE FUTURO NA OPINIÃO
DOS PRINCIPAIS ATORES**

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

Aprovado em: 27/04/2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araujo Júnior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof. Dr. Antônio Carlos do Espírito Santo
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a minha inesquecível mãe Suzana Dias Tavares (in memoriam) pelo esforço titânico que ela fez para que eu alcançasse este nível de conhecimento científico e por saber que ela estaria satisfeitiíssima com esta dissertação, feito que ela não pôde alcançar por contingências da vida.

O trabalho é dedicado também a Nira, Lenira e Leny, minhas companheiras de sempre, pela compreensão, carinho e afeto nos momentos bons e menos bons da vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pelas oportunidades oferecidas nessa trajetória de vida, de aquisição de conhecimento, de estudo, prática profissional e política.

Ao Ministério da Saúde de Cabo Verde e ao Instituto Aggeu Magalhães-Unidade da Fundação Oswaldo Cruz de Recife-Pernambuco pela oportunidade e financiamento do curso de Mestrado em Saúde Pública.

Agradeço profundamente á minha família em geral, pelo apoio e incentivo permanentemente dados e de forma irrestrita.

À minha esposa e às minhas filhas pelo apoio constante, afeto, companheirismo e carinho verdadeiros demonstrados nesses anos todos seguidos juntos.

Os meus cordiais e especiais agradecimentos aos Professores Doutores Idê Gomes Dantas Gurgel e Garibaldi Dantas Gurgel Júnior pela orientação sábia, inteligente tranquila e generosa, e pela atenção, paciência e solidariedade sistematicamente dispensadas durante todo o curso de Mestrado em Saúde Pública.

Aos Docentes do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz-Recife, responsáveis pela construção dos alicerces sustentáveis da minha formação em Saúde Pública.

Especiais agradecimentos ao Diretor do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Professor Doutor Eduardo Freese, pela contribuição dada nesse percurso e pelo papel extraordinário que tem desempenhado no estreitamento de relações de cooperação entre o Instituto Aggeu Magalhães e autoridades cabo-verdianas nas áreas de formação e de pesquisa.

Agradecimentos especiais aos Professores Doutores. Lia Giraldo, Eduarda Cesse, José Luís Araújo Correia Júnior, André Monteiro, Djalma Agripino, Fermin Roland Schram, Antônio Carlos Santo, Wayner Souza, Giselle, Ana Brito, Maria Luísa e Alice Branco pelas aulas tão estimulantes e conhecimentos que se levam para uma vida toda.

A Margarida Teixeira, Ivo Moreno e em especial ao Francisco Xavier Lozano pelo apoio e incentivo constantes e efetivos em todas as fases desse estudo.

Ao Júlio Monteiro Rodrigues, Romi, Sheila, Ronise, Dos Anjos, Sarita, Edi, Andi e Kiki pelo companheirismo sempre manifestado.

A todos os Colegas do Curso de Mestrado em Saúde Pública, pela solidariedade e colaboração sempre manifestadas e pelo alegre e bem-humorado convívio.

A todos os Funcionários do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, por serem pessoas muito atenciosas e altamente prestativas, especialmente à Wilson, Mégine, Adagilson, Nalva, Nilda, Luana, Joselice, Márcia, Bety, Joselma, Sara e Oriane.

Às pessoas entrevistadas para esse trabalho, pelo acolhimento e disponibilidade em compartilhar de suas experiências profissionais e acadêmicas comigo.

A todos os amigos e colegas do partido e do parlamento de Cabo Verde, pelo dia-a-dia descontraído e alegre, a despeito de todas as tempestades, em especial, a Carlos Veiga, Jorge Santos, Agostinho Lopes, Fernando Elísio Freire, Miguel Sousa, Filomena Delgado, Lourenço Lopes, Filipe Furtado, Clemente Garcia, João Cabral, Moisés Monteiro, Júlio Correia, Rui Semedo, Antero Teixeira, Manuel Fernandes e Joanilda Alves pela motivação permanentemente manifestada.

Agradecimento especial ao Presidente do parlamento de Cabo Verde, Aristides Lima por sua disponibilidade e presteza.

Aos Doutores Luís Leite, Júlio Andrade, Ildo Carvalho, Fernando Almeida, Tomás Valdez, Artur Correia e à Dra. Dulce Dupret, por acreditarem e apoiarem essa proposta de trabalho.

À Dra. Rejane Ferreira, pelo acolhimento sincero e pela disposição em ajudar, sempre.

Aos Enfermeiros Euclides Lomba, Justino Lima e Dina Furtado pelo estímulo e contribuições valiosas para este estudo.

Enfim, a todos que contribuíram de alguma forma para que esta pesquisa fosse uma realidade, meu muito obrigado.

“Onde há procedimentos que podem estar certos ou errados, a sua avaliação constitui uma ciência. Não há ciência onde não existe o certo e o errado. Uma ciência consiste na separação e junção de diferentes procedimentos”.

Hipócrates, no século v a. C.

**“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza dos seus sonhos.
As boas ideias não têm idade, apenas têm futuro”.**

Robert Mallet

DIAS, Orlando Pereira. **Uma análise compreensiva da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde**: identificando as perspectivas de futuro na opinião dos principais atores. 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Neste estudo adota-se o modelo de análise compreensiva de política de saúde para investigar a reforma do sistema de saúde de Cabo Verde, no período de 1991-2009, e identificar as perspectivas de futuro da reforma na opinião dos seus principais atores. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso baseada no modelo de Walt e Gilson (1994) para análise de política, operacionalizado por Araújo Júnior e Maciel Filho (2001). A reforma do sistema de saúde de Cabo Verde é examinada com base em quatro categorias: o macro contexto geográfico, histórico, político e socio-econômico em que a política de saúde cabo-verdiana é desenvolvida; o micro contexto enfocando a estrutura e características do sistema de saúde do país; o conteúdo da reforma desse sistema de saúde; o processo da sua formulação e implementação; e uma análise dos principais atores envolvidos no tocante a sua opinião sobre as perspectivas futuras. Durante o seu percurso o sistema de saúde de Cabo Verde tem sofrido importantes modificações que decorrem das mudanças no macro contexto observadas em escala mundial. A trajetória interna do sistema de saúde evidenciada aponta para inúmeros desafios para cumprir seu papel na sociedade, principalmente sob aspectos relevantes apontados pelo estudo que afetam na atualidade todos os sistemas nacionais de saúde. O estudo identifica a opinião dos principais atores sobre o futuro que consideram haver necessidade de aprofundamento da reforma do sistema de saúde cabo-verdiano. Em que pese a necessidade de investigação mais detalhada sobre essa questão, por se tratar de uma pesquisa de opinião considerando a diversidade dos atores da política, pode-se dizer que eles apontam para fatores cruciais para o Sistema de Saúde de Cabo Verde. Entre eles destaca-se a redefinição da forma de financiamento e da política de recursos humanos. Assim como, observa-se tendência para nova diretriz da saúde pública no sentido de reestruturação dos programas existentes. Evidencia-se ainda opiniões que apontam para descentralização e regionalização com atribuição de mais poderes, competências, e alocação de recursos financeiros e materiais aos municípios para a prestação de cuidados de saúde. A introdução do programa de saúde de família e uma melhor articulação entre os setores público e privado no setor saúde, com a introdução de prática de avaliação e regulação no sistema são temas recorrentes na opinião dos entrevistados. O estudo conclui que repensar o modelo de sistema de saúde cabo-verdiano, encarando como fragilidades, a qualidade dos cuidados de saúde prestados, a segurança dos pacientes e o combate ao desperdício, na base de responsabilidade partilhada por profissionais de saúde, gestores, políticos, setor privado, sociedade civil, usuários e agencias internacionais afigura-se como um debate oportuno para contribuir de alguma forma para melhorar o desempenho do sistema universal de saúde daquele país.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde. Saúde Pública. Política de Saúde. Cabo Verde.

DIAS, Orlando Pereira. **A comprehensive analysis of the reform of the health system in Cape Verde: how key players see the prospects for the future.** 2010. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010

ABSTRACT

This study uses a comprehensive analysis of health policy to investigate reform of the health system in Cabo Verde from 1991 to 2009 and to identify how key players see the prospects for the future. It is a qualitative case-study based on Walt & Gilson's (1994) policy analysis model, as put into effect by Araújo Júnior and Maciel Filho (2001). The reform of the health system of Cabo Verde is examined using four categories: geography; history; the political and socio-economic macro-context in which Cape Verde health policy is developed; the micro-context of the structure and characteristics of the country's system of health; the content of the reform the health system; its formulation and implementation; and an analysis of the key players' views with regard to future prospects. The Cape Verde health system has undergone significant changes related to changes on a global scale. The health system faces many challenges if it is to fulfil its role in society, as do all national health systems. The study identifies the opinion of key players as to the need to extend reform of the Cape Verde health system. These key players point out the need rethink funding and human resources policy and the trend towards developing new public health guidelines as a way of reorganizing existing programmes. Furthermore, there is a need for decentralization and regionalization, with more power, responsibilities, and financial and material resources being devolved to municipal health care services. The key players interviewed also frequently made mention of the family health programme and the need for the public and private health sectors to work together more closely, with the introduction of assessment and regulation. The study concludes that there is a need to rethink the Cape Verde health system model, in view of its shortcomings, the quality of the health care services provided, patient safety and control of waste, involving health professionals, managers, politicians, the private sector, civil society, users and international agencies, in order to improve the performance of the country's national health system.

Keywords: Health Systems. Health Policy. Cape Verde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
AISM	Atenção Integrada à Saúde da Mulher
APS	Atenção Primária de Saúde.
BO	Boletim Oficial.
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
CONEP	Comité Nacional de Ética em Pesquisa.
CPqAM	Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães.
CS	Centro de Saúde.
CV	Cabo Verde
CVE	Escudo de Cabo Verde.
DGF	Direcção Geral de Farmácia.
E1	Entrevistado 1
E2	Entrevistado 2
E3	Entrevistado 3
E4	Entrevistado 4
E5	Entrevistado 5
E6	Entrevistado 6
E7	Entrevistado 7
E8	Entrevistado 8
E9	Entrevistado 9
E10	Entrevistado 10
E11	Entrevistado 11
E12	Entrevistado 12
E13	Entrevistado 13
E14	Entrevistado 14
E15	Entrevistado 15
EBI	Ensino Básico Integrado.
EUA	Estados Unidos de América.
GEPC	Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação.
GPs	General Practitioners
HHD	Países de Desenvolvimento Humano Alto.

HOMs	Health Maintenance Organizations.
IDRF	Inquérito das Despesas e Receitas das Famílias.
IDSR	Inquérito de Desenvolvimento da Saúde Reprodutiva.
INE	Instituto Nacional de Estatística.
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social.
MDM	Metas de Desenvolvimento do Milénio.
MHD	Países de Desenvolvimento Humano Médio.
MN	Mortalidade Neonatal
MPD	Movimento para Democracia.
MPN	Mortalidade Pós-Neonatal
MS	Ministério da Saúde.
NHS	National Health Systems.
NV	Nados Vivos.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
OMT	Organização Mundial de Turismo.
ONGs	Organizações Não Governamentais.
OSI	Organização Sanitária Integrada.
PPOs	Preferred Providers Organizations.
PAIGC	Partido Africano para Independência da Guiné e Cabo Verde.
PIB	Produto Interno Bruto.
PMA	Países Menos Avançados.
PNUD	Programa das Nações Unidas para Desenvolvimento.
PNSD	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.
PRM	Países de Rendimento Médio.
PS	Postos Sanitários.
PSF	Programa de Saúde da Família
RDH	Relatório de Desenvolvimento Humano.
SIDS	Small Islands Developing States.
SIS	Sistema de Informação Sanitária.
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SR	Saúde Reprodutiva
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil.

TMG	Taxa de Mortalidade Geral.
UE	União Europeia.
UCID	União Cabo-verdiana Independente e Democrática.
USB	Unidade Sanitária de Base.
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo.

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação intitulada **Análise abrangente da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde: identificando as perspectivas de futuro na opinião dos principais atores** tem como uma das inspirações o fato de o aluno de mestrado fazer parte ativa do sistema de saúde cabo-verdiano e de participar nele enquanto um dos atores desde 1987, ano de graduação em medicina geral. Por outro lado, para além de ter participado, de alguma forma, na gestão do sistema, o investigador envolveu-se no mundo da política ativa na qualidade de parlamentar, membro do governo e presidente da comissão especializada da saúde e questões sociais do parlamento cabo-verdiano e sendo neste momento parlamentar, obviamente, teve alguma dificuldade em distanciar-se plenamente de opiniões próprias que podem, às vezes, ser subjetivas, com ingredientes ideológicos, e por este constrangimento pede-se a compreensão de todos que, eventualmente, se interessem por este trabalho. Entretanto é de se reconhecer e deixar explícita a exigência permanente, sistemática no sentido de se cumprir o rigor científico e a equidistância necessária das lides político-partidárias. Meu esforço neste sentido contribuiu para concentrar-me mais na objetividade científica, princípio básico e fundamental de uma pesquisa baseada em evidências.

A evolução do sistema de saúde de Cabo Verde pode ser encarada como um dos marcos da independência e da democracia cabo-verdiana, e uma das suas vantagens é a capacidade que tem tido de se adaptar dinamicamente ao processo de desenvolvimento político, econômico e social do país e à evolução da procura e da oferta dos cuidados de saúde, apesar das inúmeras insuficiências ainda existentes, identificadas e reconhecidas por todos os principais atores do sistema. O sistema de saúde é entendido neste estudo como uma das estruturas do Estado que mais sofre as pressões das mudanças e das transformações que têm lugar na sociedade, sendo ao mesmo tempo objeto de feitos tecnológicos importantes, de inovações significativas e de demonstrações de desperdícios e deficiências quanto a qualidade, daí a necessidade de estudos científicos periódicos, de acompanhamento, fiscalização e de avaliação sistemática.

Penso que o crescimento da exigência da população cabo-verdiana, dos gestores e administradores, da ordem dos médicos de Cabo Verde e dos profissionais de saúde em geral sobre os políticos e formuladores de política, associados ao aumento do conhecimento sobre os cuidados de saúde podem ser considerados estímulos assinaláveis para este estudo e para possíveis mudanças que possam melhorar as várias dimensões do sistema de saúde cabo-

verdiano. Adiciona-se a esses estímulos o aumento da necessidade cada vez maior da regulação por parte do Estado que poderá proporcionar um equilíbrio entre o poder central, o poder local, o Instituto Nacional de Previdência Social, o setor privado e a sociedade civil, permitindo mais transparência e responsabilização de todos os intervenientes no sistema, incluindo os usuários. Foi com esse intuito que desenvolvi este trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 PROBLEMA	19
2.1 Caracterização do problema	19
3 JUSTIFICATIVA	26
4 OBJETIVOS	28
4.1 Objetivo Geral	28
4.2 Objetivos Específicos	28
5 PERGUNTAS CONDUTORAS	29
6 MARCO TEÓRICO	30
6.1 Análise de política no campo da saúde	30
6.2 Uma síntese dos processos de mudança nos sistemas de saúde encontrados nas últimas décadas e seus objetivos	35
6.3 Reflexões teórico-conceituais sobre financiamento nos processos de reforma	42
6.4 Aspectos conceituais da descentralização, regionalização e integração relacionadas com a reforma do sistema de saúde	46
7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	57
8 MACRO-CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE CABO VERDE	64
8.1 Características geográficas e históricas de Cabo Verde	64
8.2 Esferas econômica e social	69
8.3 Esfera política	78
9 MICRO-CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE CABO VERDE	83
9.1 Organização dos serviços de saúde	83
9.2 Aspectos da política de financiamento, recursos humanos e materiais	91

9.3 Situação epidemiológica do país	102
9.4 Algumas insuficiências do sistema de saúde cabo-verdiano	113
10 CONTEÚDO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE CABO VERDE	122
10.1 Princípios fundamentais da política de saúde de Cabo Verde	122
10.2 Principais instrumentos e programas de saúde	125
11 PROCESSO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE CABO VERDE	135
12 ANÁLISE DE ATORES ENVOLVIDOS NA POLÍTICA DE SAÚDE DE CABO VERDE	140
13 PERSPECTIVAS DE FUTURO NA VISÃO DOS PRINCIPAIS ATORES	146
14 DISCUSSÃO	159
15 CONCLUSÕES	177
15.1 Recomendações	180
16 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	183
REFERÊNCIAS	185
APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA	196
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	197

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, cada vez mais a análise de política pública tem sido considerada um recurso importante para os governos e em se tratando da análise da reforma do sistema de saúde, ela assume papel fundamental para a melhor compreensão do funcionamento do Estado neste setor, permitindo a análise dos recursos disponíveis e a compreensão do desempenho dos Sistemas Nacionais de Saúde.

A dicotomia entre a análise teórico-conceitual periódica e sistemática de política de saúde e o processo da sua formulação pode dificultar a análise e a compreensão dos principais problemas que se colocam a reforma do sistema de saúde cabo-verdiano. Não há investimentos mais produtivos que aquisição de conhecimentos científicos e formação dos recursos humanos como base para a formulação e implementação de política.

A necessidade de articulação entre a análise teórico-conceitual da política de forma periódica, sistemática e de acordo com a realidade e a formulação de políticas do setor da Saúde em Cabo Verde, como um dos países de referência no continente africano, exige pesquisas científicas, pois delas poderão surgir contributos com impacto positivo e necessário na melhoria da sua gestão e conseqüentemente do processo de reforma do sistema nacional de saúde.

Embora sejam ainda muito poucos, Cabo Verde tem alguns estudos científicos sobre a reforma do sistema de saúde, como por exemplo o de Valdez (2007), sobre “Regionalização e Integração Sistémica: cenários (prospectivos) para a reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde”.

Este estudo cujo título é “Uma Análise Compreensiva da Reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde: Identificando as Perspectivas de Futuro na Opinião dos Principais Atores” pode contribuir para a identificação de problemas que requerem intervenção, a análise de aspectos relevantes do processo de reforma do sistema de saúde cabo-verdiano, a familiarização com as questões inerentes ao campo da política, seus principais atores, o processo e tempo inerentes à ação.

Nesta pesquisa aprofunda-se o conhecimento sobre a evolução do setor da saúde em Cabo Verde e os principais conceitos e práticas de saúde pública no contexto do desenvolvimento do sistema de saúde Cabo-verdiano. Descrevendo a evolução e analisando os resultados chegar-se-á a conclusões com vista a contribuir de alguma forma para uma

melhor redefinição de políticas e perspectivas de gestão para o futuro na visão dos principais atores do sistema. Neste estudo aborda-se de forma compreensiva problemas da política de saúde, como o financiamento, descentralização, regionalização e integração no campo da saúde, como tópicos relevantes da atual reforma do sistema nacional de saúde.

A dissertação está estruturada em capítulos e sessões que contêm a parte introdutória (1), a problematização da reforma do sistema de saúde (sessão 2.1), justificativas do estudo (3), objetivo geral (4), objetivos específicos (sessão 4.1) e perguntas condutoras da pesquisa (5). Em seguida o capítulo 6 onde é construído o marco teórico que inclui a análise de política no campo da saúde (sessão 6.1), uma síntese dos processos de mudança nos sistemas de saúde encontrados nas últimas décadas e seus objetivos (sessão 6.2), as reflexões teórico-conceituais sobre financiamento nos processos de reforma (sessão 6.3) e os aspectos conceituais da descentralização, regionalização e integração relacionadas com a reforma do sistema de saúde (sessão 6.4). Os procedimentos metodológicos e o percurso do estudo estão no capítulo sete.

Os capítulos 8, 9, 10, 11 e 12 trazem os resultados do estudo dividido nas categorias analíticas, o macro contexto da política de saúde de Cabo Verde, o micro contexto do sistema de saúde, o conteúdo, o processo e os atores da política de saúde de Cabo Verde. Para finalizar fazem parte da pesquisa as perspectivas de futuro na opinião dos principais atores (capítulo 13), discussão (14) conclusões (15), incluindo recomendações como sessão, considerações éticas (16) e referências bibliográficas.

2 PROBLEMA

2.1 Caracterização do problema

Cabo Verde já experimentou três modelos distintos de sistema de saúde no processo de organização e reorganização setorial na tentativa de melhor responder às demandas da população. O país passou por um sistema de saúde desorganizado e mal definido durante a era colonial até 1975. Num estágio seguinte do seu desenvolvimento passou por um segundo momento em que experimentou um sistema completamente estatal com limitação da liberdade de escolha, tanto dos usuários quanto dos recursos humanos e provedores até 1991. A partir de 1991 começa a passar por uma nova fase em que se observa a implementação de um sistema de saúde misto, onde foi liberado o exercício privado da medicina, ao lado do setor público e estatal, mas que continua apresentando grandes dificuldades e desafios aos formuladores de política, tanto quanto a sua sustentabilidade, quanto no que diz respeito às carências nos mais diversos níveis, relacionadas diretamente ao seu financiamento, a alocação de recursos humanos e materiais, e sobretudo, quanto a capacidade de gestão, face as insuficiências observadas na integração dos serviços e nos processos de regionalização/descentralização.

As condições de proteção das crianças contra as doenças, o estado de saúde dos jovens e dos idosos, a dignidade das pessoas vulneráveis e, em suma, a vida das pessoas depende diariamente do sistema de saúde, que por sua vez exerce responsabilidades essenciais no processo de reprodução social. Assim o sistema de saúde é indispensável para desenvolvimento saudável dos indivíduos, das famílias e das sociedades no mundo inteiro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000). No caso particular de Cabo Verde, observa-se uma carência de estudos que possam ser aproveitados no campo da reforma do setor saúde.

Desde a crise econômica do final da década de 70 e início da década de 80, o mundo vem experimentando uma grande transformação, sob a égide da qual, virtualmente, tudo está mudando se compararmos com o longo período de relativa estabilidade, durante mais de trinta anos após a Segunda Guerra Mundial. As mudanças simultâneas que aconteceram nas esferas socio-econômica, política e tecnológica afetaram todos os países do mundo e foram descritas por vários autores como novas dimensões da crise estrutural do modo capitalista de produção

(GURGEL JR., 2008). As reformas dos sistemas de saúde podem ser consideradas como uma parte importante do processo de mudança estrutural que ocorre em escala mundial, por razões econômicas, sociais, políticas, epidemiológicas e demográficas. Apesar de várias motivações que estão por de trás de cada caso particular, todos parecem convergir para aspectos comuns sobretudo na primeira e segunda geração de reformas induzidas por organizações internacionais.

Em princípio, as orientações no campo macro da política estavam apoiadas na mudança do papel do estado e redução do tamanho do setor público, introduzindo uma aproximação com as diretrizes de mercado, permitindo maior competição entre os prestadores, e o exercício do direito de escolha dos consumidores. Esses processos de reforma do sistema de saúde ocorreram em diferentes países e por certo alteraram profundamente a organização e o *modus operandi* dos sistemas de saúde. Entretanto, não há modelo perfeito, principalmente considerando que a organização do sistema de saúde está relacionada com a dinâmica própria de cada sociedade. É mais provável que a reforma do sistema de saúde seja um ajuste permanente às necessidades sociais em saúde de cada sociedade em particular (ARAÚJO JR., 1997).

A reforma do setor da saúde está inserida em processos de reforma estrutural do Estado que por sua vez tem se baseado numa crítica contundente a administração burocrática ortodoxa. Neste contexto, a Nova Administração Pública propõe uma maior flexibilidade gerencial, a remoção das barreiras burocráticas ao atendimento das demandas do consumidor, e apóia, por um lado a introdução de mecanismos de competição de mercado e, por outro, a terceirização e mudança nos procedimentos e processos (ALMEIDA, 1995). Entretanto, parece claro que a introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde, feita segundo uma perspectiva do neoliberalismo clássico, nos marcos de um Estado mínimo, com a substituição da regulação estatal pelo livre mercado apresenta inúmeros problemas e enfrenta grandes contradições. Apesar do atrativo embutido na simplicidade dessas propostas, mundialmente, tem-se demonstrado, teórica e empiricamente, sua inadequação e suas disfuncionalidades quando aplicadas no setor saúde.

Considera-se que as razões para a inviabilidade da opção mercadológica na saúde são várias: os serviços de saúde, pela sua natureza intrínseca, não podem ser considerados objetos de transação em mercados concorrenciais; os mecanismos de mercado tendem, pela seleção adversa, a penalizar os velhos e os portadores de doenças crônicas. A saúde é um atributo que condiciona a possibilidade de consumo de todos os outros bens e serviços e os consumidores

não são soberanos para decidir quando, nem como utilizar os serviços de saúde, o que exige a intermediação de um profissional. O desequilíbrio de informação existente entre prestadores de serviços e consumidores aliado a existência de externalidades, ou seja, o fato de que a utilização de alguns serviços de saúde produz vantagens não somente para quem os adquire mas à sociedade em seu conjunto fazem da saúde um setor que apresenta particularidades que devem ser levadas em consideração nos processos de reforma. Além disso, o carácter aleatório do aparecimento das doenças; a ocorrência de risco moral; a indução da demanda pelo provedor e a natureza potencialmente infinita das necessidades de saúde ante o carácter finito dos recursos para atendê-las são aspectos não adequadamente resolvidos pela reforma (MENDES, 1999).

Por outro lado, para deixar essa situação ainda mais complexa, os processos de reforma sanitária, com o objetivo de universalização dos sistemas de saúde deflagrados a partir dos anos 80, em vários países do mundo em desenvolvimento vem produzindo alguns modelos, difundidos como novos paradigmas para a reestruturação de sistemas ainda em construção. Algumas mudanças nesse percurso foram implementadas e são evidentes também determinadas práticas que vêm sendo preconizadas como estratégias de mudança. Entre as quais destacamos, a introdução de várias medidas racionalizadoras da assistência médica, na tentativa de diminuir a ênfase no gasto hospitalar e redirecionar para as práticas extra-hospitalares (atenção ambulatorial, atendimento domiciliar, privilegiamento da atenção primária) e de saúde pública (prevenção, promoção). A separação entre provisão e financiamento de serviços (ou entre compradores e prestadores), com fortalecimento da capacidade regulatória do Estado. A construção de “mercados regulados ou gerenciados”, com a introdução de mecanismos competitivos (assistência gerenciada-*managed care*, competição administrada- *managed competition*, mercado interno, competição pública) tem utilizado subsídios e incentivos os mais diversos (tanto pelo lado da oferta quanto da demanda) visando a reestruturação do mix público e privado (ALMEIDA, 1997).

Nos países industrializados do Oeste da Europa, onde os sistemas de saúde são essencialmente públicos e permaneceram com acesso universal, de uma maneira geral os diversos países têm implementado mudanças na forma de alocação de recursos na área dos serviços de assistência médica flexibilizando a gestão. Alguns países europeus, preservam fortemente os princípios de universalidade e os mecanismos originais de financiamento dos sistemas de serviços de saúde, não apenas como revalorização da solidariedade, mas como uma dimensão crucial de regulação estatal, asseguradora tanto da contenção de custos quanto

de padrões mínimos redistributivos. Mesmo assim, os modelos que incorporam a separação de funções de financiamento e provisão implementados nas diferentes reformas e a introdução de mecanismos competitivos tem sido, em alguns casos, criticada (ALMEIDA, 1999).

A separação das funções e a introdução de mecanismos de mercados internos chegou a ser um dos aspectos das reformas sanitárias mais promovidos pelos sistemas nacionais de saúde em alguns países como Suécia, Reino Unido, Finlândia, Itália e Espanha nas décadas de 80 e 90 do século passado. Entretanto, nos últimos anos observa-se a tendência para abandonar estas estratégias de promoção de competição a favor de políticas que se baseiam na colaboração (parceria) e coordenação entre promotores da saúde, como via para melhorar a eficiência, eficácia e a efetividade do sistema e a continuidade da assistência (NAVARRETE; LOURENZO, 2007).

Nos Estados Unidos da América, onde o sistema é consideravelmente privado (49%), tem significado também aumento da regulação pública e privada com importante interferência na autonomia técnica profissional. Entretanto, o gasto sanitário continua a subir continuamente, ainda que a velocidade desse crescimento tenha diminuído nos últimos anos, permanecendo o país que ostenta o sistema mais caro do mundo e com menor cobertura em relação aos seus “pares” com igual nível de desenvolvimento, em função das falhas de mercado encontradas no setor saúde. Os EUA atualmente gastam mais com a saúde do que qualquer outro país desenvolvido, e mesmo assim há 47 milhões de pessoas sem direito a atendimento. Em geral, as pessoas possuem planos de saúde das empresas onde trabalham, mas os patrões se queixam dos custos explosivos, que estariam prejudicando sua competitividade no mercado global (SMITH, 2008).

Para a América Latina (inclusive o Brasil) e África, esse referencial internacional tem sido bastante importante, embora os processos de reforma setorial, na maioria dos casos, não tenham sido desencadeados por excesso de gasto, mas pela exacerbação das desigualdades, que se refere tanto à distribuição de renda quanto de serviços e benefícios, com marcada pioria das condições de vida das grandes majorias nacionais e da pauperização de extensas camadas da população (BORÓN, 1995; BUSTELO, 1994; COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E O CARIBE, 1990, 1993; HOEVEN; STEWARTE, 1996; ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 1994). Esse aprofundamento de problemas foi induzido, isto é, se deu em função das políticas macroeconômicas implementadas, que excluíram as políticas sociais, diminuindo de forma importante o investimento público com consequente deterioração da infra-estrutura, dos serviços e da

capacidade gerencial (HOEVEN; STEWARTE, 1996, p. 3). Por outro lado, ao longo de duas décadas são concomitantes à consolidação de regimes democráticos, restaurados através de complicadas transformações políticas que se confundem com os processos internos de reforma principalmente no que diz respeito a descentralização.

A introdução dessas reformas na América Latina e na África é fenômeno bastante complexo face a exacerbação dos alarmantes índices de pobreza e agravamento da situação de saúde das populações. A oscilação dos investimentos públicos na área, a emergência e/ou visualização de novos atores que vocalizam demandas sociais, as condicionalidades da reestruturação econômica exigidas pelos credores internacionais e a necessidade de reforma do Estado, onde a mudança setorial figura como prioritária acrescenta elementos bastante problemáticos aos processos de reorganização dos sistemas de saúde. Os mesmos modelos de reforma foram difundidos e preconizados para África e América Latina pelos organismos internacionais, sobretudo o Banco Mundial, e estão atrelados aos planos macroeconômicos de estabilização e ajuste, principalmente no que diz respeito à retirada do compromisso do Estado com a prestação da assistência médica à população, com a reestruturação do mix público e privado e a focalização da ação pública nos pobres e mais necessitados (pacotes básicos, subsídios, etc.) (ALMEIDA, 1995, 1997a; MELO; COSTA, 1994).

O diagnóstico inicial da crise da década de 80, formulado nos países centrais, veio a servir para um forte questionamento político, se os modelos de sistemas de saúde por eles desenvolvidos (considerados caros, inflacionários, ineficientes e viabilizados através de intenso investimento público, sobretudo na Europa) seriam pertinentes ou adequados para enfrentar o quadro de carências e iniquidades existentes nas regiões Africana e da América Latina (ALMEIDA, 1997). Dentro deste contexto como afirma Samba (2002), com base em mais diversas intervenções pode-se afirmar que há necessidade de revitalizar e trazer a primeiro plano os esforços de reforma nos países Africanos, sobretudo quanto ao reforço do papel da administração geral. Normalmente o debate e a investigação sobre políticas incidem, também, sobre como melhorar esse papel no futuro, analisando principalmente o modo como a reforma do setor da saúde pode chamar as atenções para uma melhor performance da administração geral do Estado.

Embora na última década muitos países da Região Africana tenham formulado e implementado reformas do setor da saúde, incluindo abordagens de âmbito setorial em alguns níveis, um certo número de fatores continuam a dificultar os processos de reforma, destacando-se: fracas capacidades institucionais e em recursos humanos, o fenômeno da fuga

de competências, falta de incentivos, fraca coordenação dos parceiros para o desenvolvimento sanitário, alterações frequentes das políticas governamentais, muitas vezes inconsistentes, pouca responsabilização e falta de transparência, bem como um deficiente aproveitamento dos acordos e regulamentos internacionais.

Presume-se que para que os governos possam enfrentar os desafios da reforma dos sistemas de saúde, de alguma forma, eles podem assumir plenamente o seu papel da administração do Estado, no desenvolvimento sanitário que transcende a noção convencional de direção geral do setor da saúde (que dá maior ênfase a áreas sob a jurisdição directa do Ministério da Saúde), sendo antes a administração geral uma função com reflexos em todos os aspectos do desenvolvimento do sistema de saúde, incidindo não só nas responsabilidades e nas ações de administração estratégica da saúde, mas também em fatores mais vastos, de natureza social, política e econômica, em cujo âmbito o sistema de saúde opera.

Segundo Organização Mundial da Saúde (2000), pode-se aceitar que as principais condições indispensáveis para que os governos possam desempenhar eficazmente o seu papel de administração do Estado são a paz e segurança, formulação e implementação de políticas adequadas pelos Ministérios da Saúde, coordenação e participação dos parceiros na implementação de políticas e planos sanitários, participação da sociedade civil numa melhor concepção e implementação de programas públicos, tomada de decisões apoiadas em dados fatuais, transparência e responsabilização no financiamento, colaboração intersectorial, integralidade, regionalização e descentralização.

Admite-se que a administração do Estado pode ter uma vasta influência e um papel central em qualquer sistema de saúde, tendo possibilidade de permitir que os governos ou os ministérios da saúde se empenhem diretamente, não só no financiamento, na geração de recursos e na prestação de serviços, mas também na criação e manutenção de um ambiente no qual, os municípios, as organizações não-governamentais, as empresas privadas, os seguros públicos e privados e profissionais individuais da saúde possam atuar com efetividade, podendo esses atores ter uma importância fundamental numa era em que se assiste ao surgimento de múltiplos intervenientes, incluindo agencias internacionais e organizações não-governamentais que, possuindo muitas vezes mais recursos que alguns países, podem ter valores e políticas diferentes das dos próprios governos.

Neste sentido, a Organização Mundial da Saúde (2000) entende que o papel das ONGs na complementação dos governos pode ser parte importante da reforma. Embora as competências de administração geral e da saúde possam ser delegadas, pode ser necessário

um especial cuidado em garantir que tal delegação seja coerente e bem definida, e que não venha a comprometer o interesse público.

Atualmente, na maioria dos países desenvolvidos e em muitos países em desenvolvimento os governos exercem uma influência essencial na política social em geral e em particular no sistema de saúde, de forma a dar resposta à problemática de equidade, eficácia e efetividade. O sistema de saúde pode não somente melhorar a saúde das pessoas, mas também protegê-las contra os custos financeiros elevados das doenças e tratá-las com dignidade. As experiências de reformas contemporâneas na saúde, ainda que muito variadas em fundamentos doutrinários, abrangência, radicalidade e êxito, buscam conciliar, no plano discursivo ou fático, pelo menos dois objetivos contraditórios: a ampliação universalizante do acesso à assistência médica ante a pressão por mais e melhor atendimento à saúde, *vis-à-vis* a contenção do gasto público e privado setorial ante o crucial problema do aumento dos custos na medicina (LABRA; BUSS, 2000). Nesse particular o sistema de saúde de Cabo Verde lida com o dilema de conciliar os objetivos da universalização contínua da prestação dos cuidados de saúde de forma a garantir a qualidade e a equidade, racionalizando ao mesmo tempo os custos com a saúde e envolvendo positivamente o setor privado, todos os atores e a sociedade em geral no processo de reforma do sistema de saúde.

O conceito de Reforma Sanitária que foi idealizado em consonância com processos de redemocratização, refere-se a uma proposta de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado (COUTINHO et al., 1989). A democratização de Cabo Verde a partir de 1991, na sequência das mudanças verificadas no mundo e internamente, levou a alterações das leis e regras que regem a sociedade cabo-verdiana, exigindo conseqüentemente a reorientação do sistema de saúde e a uma maior responsabilização do Estado e de toda a sociedade na garantia do direito à saúde a todos os cidadãos. Neste sentido, a vasta problemática da reforma atual do sistema de saúde de Cabo Verde demanda estudos que possam ajudar na compreensão das densas e complexas relações que envolvem a busca da universalização e sustentabilidade de sistemas nacionais de saúde, num mundo em constante perplexidade face as crises e desafios quanto ao futuro.

3 JUSTIFICATIVA

Este estudo se justifica em função de Cabo Verde apresentar insuficiência no campo da pesquisa sobre análise de políticas públicas de saúde que, como se sabe, tem repercussão no processo de formulação e implementação de ações de saúde pública. A análise da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde e identificação das perspectivas dos atores, quanto ao futuro desse processo, poderá permitir ao pesquisador compreender o processo político e sistematizar o conhecimento científico necessário a equalização de alguns problemas. A análise de política como um campo das ciências sociais utiliza modelos que buscam a explicação e ao mesmo tempo em que procura evidências que justifiquem as propostas de ação do Estado no campo da saúde. Isto pode auxiliar nas escolhas, contribuindo para o uso racional dos meios de que se dispõe para instrumentalizar a política.

Esse estudo pode contribuir para esclarecer pontos importantes do processo de reforma com base em evidência científica. Embora sejam indiscutíveis os avanços alcançados no setor da saúde depois da independência nacional, ainda persistem inúmeros problemas que desafiam esse sistema de saúde. A análise da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde, é entendido como um processo dinâmico, onde se dão relações sociais, políticas e econômicas que articulam setorialmente um plano formalizado e normatizado com conteúdo e objetivos bem definidos “no papel”.

Esta pesquisa se insere também no quadro de que a atuação do pesquisador de modo alternado no processo de formulação das políticas pode ser importante para uma maior aproximação entre os mundos da política e da academia, permitindo a vivência na política e possibilitando a criação de canais de comunicação. Neste sentido, não é difícil constatar que em Cabo Verde não há uma sintonia desejada entre a condução de políticas de saúde dos sucessivos governos e a análise acadêmica periódica e sistemática da política adotada para o setor. De fato os formuladores da política de saúde têm alguma dificuldade em utilizar sistematicamente as evidências da análise de políticas públicas e de saúde na formulação das mesmas e em saúde pública o que perturba a articulação intrínseca e potenciadora no processo político (CABO VERDE, 2006).

Esta pesquisa contribui para a formação de um ator da política de saúde de Cabo Verde, como especialista em saúde pública com grau de mestre, que permitirá a partir de então um outro registro da dimensão dos problemas do sistema de saúde daquele país. Assim

como espera-se desenvolvimento de novas idéias ou soluções que possam expandir o leque de opções possíveis, da construção de evidências acerca da efetividade das diferentes intervenções políticas, impactos sobre a saúde ou sobre as pessoas, sua capacidade de execução e os possíveis custos. Pode-se entender que é relevante a análise do sistema de saúde no processo de formulação, gestão e implementação da política de saúde, havendo necessidade de uma articulação adequada entre esses momentos. Embora não seja possível desligar completamente os referidos processos, até hoje a política de saúde em Cabo Verde tem-se baseado essencialmente em ideologias, interesses e maiorias conjunturais. Hoje, na gestão dos serviços de saúde, há clientelismo político a mais e responsabilização de menos.

A pesquisa do problema já descrito pode contribuir para a adoção de políticas coerentes e consequentes pelo Estado, permitindo compreender melhor os principais determinantes e contexto epidemiológico, político, social, econômico e cultural da evolução das políticas de saúde em Cabo Verde, levando a identificação das perspectivas dos principais atores sociais que influenciam as políticas de saúde, assim como os processos socio-econômicos, geográficos, demográficos, migratórios, religiosos e epidemiológicos, através dos quais estas influencias se exercem. Por outro lado, há necessidade de desenvolvimento da capacidade de se situar melhor no sistema de saúde do país, na base de análise da política de saúde, identificando e tirando partido das oportunidades para influenciar melhorias no processo de gestão.

A reciprocidade implícita, óbvia, lógica e potenciadora entre a análise da reforma do sistema de saúde, a política de saúde e os aspectos jurídicos, socio-econômicos, ambientais e culturais e a programação do setor da saúde fundamentada em políticas e gestão criteriosas e mais adequadas, é uma ambição científica que vai para muito além deste estudo acadêmico. O sonho de criar bases concretas para uma contribuição sistemática as políticas institucionais do estado de Cabo Verde é a força motriz que impulsiona esse trabalho. Esta pesquisa pode ter alguma influência em atividades de docência, na promoção de investigação em saúde, como elemento chave na criação de um espírito de rigor e de fomento da curiosidade científica e da disciplina mental necessárias à evolução positiva do setor, na consultoria e na criação de contributo para estudos acadêmicos futuros naquele país.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar a reforma do sistema de saúde de Cabo Verde no período 1991-2009.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o sistema de saúde de Cabo Verde nas suas fases históricas de reforma;
- b) Identificar estratégias atuais das autoridades sanitárias relacionadas com a reforma do sistema de saúde de Cabo Verde;
- c) Descrever os princípios fundamentais da política de saúde de Cabo Verde e o atual processo de reforma em curso;
- d) Identificar na perspectiva dos principais atores do setor qual o futuro da reforma do sistema de saúde cabo-verdiano.

5 PERGUNTAS CONDUTORAS DA PESQUISA

1. Como é que o processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde vem sendo desenvolvido desde o início da década de 90?
2. Diante desse processo quais são as perspectivas futuras para o Sistema de Saúde Caboverdiano na opinião dos principais atores?

6 MARCO TEÓRICO

6.1 Análise de política no campo da saúde

O termo “política” é usado por agências governamentais com a finalidade de descrever um conjunto de diferentes atividades, dentre as quais: a definição de objetivos, as prioridades, a descrição de um plano e, as regras de decisão (GORDON et al., 1997). O Estudo de política pública como campo acadêmico já tem longa tradição e apresenta cada vez mais a necessidade de procurar o desenvolvimento de análises que façam a interface entre os ambientes social, político e econômico no âmbito do estado, caracterizando assim a complexidade desse tipo de estudo.

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação do estado e regulam as atividades governamentais relacionadas com as tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (GURGEL, 2007).

Nos primeiros modelos de análise de política, conduzidas desde as primeiras décadas do século vinte, apontava-se que as políticas públicas passam por diversos estágios que vão desde a formulação de propostas até que os resultados possam ser percebidos a partir da implementação desses estágios. Os estudos baseados em estágios heurísticos apontavam que tais estágios evoluem da identificação do problema, passando pela formulação da política, introdução na agenda, a implementação e avaliação dos resultados que podem ser realizadas a partir de várias abordagens analíticas, identificando processos que foram iniciados desde uma decisão técnica e unilateral, a uma decisão política bilateral, com a participação ampliada ou restrita, até a finalização da política/programa de governo.

O estudo de política pública é um campo acadêmico e de pesquisa claramente estabelecido em países desenvolvidos, mas com pouca aplicação nos países em desenvolvimento, onde parece haver alguma negligência para com esse tipo de estudo (WALT; GILSON, 1994).

A compreensão do processo político requer o conhecimento sobre os objetivos e percepções dos atores. O processo político inclui a forma como as questões são dirigidas e

trazidas para o governo para encontrar uma “solução”, a formulação das alternativas e seleção das soluções políticas pelas instituições e a maneira como estas são implementadas, avaliadas e reformuladas durante o processo (SABATIER, 1999).

A análise de políticas públicas tem a finalidade de desenvolver explicações para as diferentes fases ou etapas da política, como assinala Viana (1996, p. 11). Para essa autora: conhecer os caminhos da ação estatal, que se traduzem no ato de “fazer” políticas públicas, na verdade busca principalmente analisar o modo de funcionamento da máquina estatal, tendo como ponto de partida a identificação das características das agências públicas fazedoras de política; dos atores participantes desse processo de fazer políticas; dos mecanismos, critérios e estilos decisórios utilizados pelas instituições responsáveis por fazer políticas; de inter-relações entre essas variáveis (agências e atores); e das variáveis externas que influenciam esse processo (VIANA, 1996). A análise da política de saúde permite ainda uma maior compreensão dos processos de sua formulação, decisão e implementação e do ambiente sócio político e institucional que a caracterizam e a contextualizam (BRITO, 2007).

Os estudos que abordam a questão de análise de políticas públicas constituem um grande desafio para qualquer pesquisador, pois, ao procurar compreender a ação governamental, exige-se do mesmo um aporte teórico de múltiplas áreas de conhecimento. Os modelos existentes hoje para análise de políticas propõem realizar uma análise mais detalhada de todo o processo da formulação até a execução de uma política pública (LABRA, 1997).

Apesar das tensões existentes, a análise de política traduz-se numa atividade capaz de formular os problemas que podem ser resolvidos, por isso ela pode ser considerada uma arte (WILDAVSKY, 1980). Segundo Weiss (1998), pode-se acreditar que a influência da pesquisa sobre políticas e programas se viabiliza através da procura de utilização de resultados e recomendações, suas idéias, generalizações, principais pontos e particularmente os parâmetros que são aplicados e o desenho do estudo. Os resultados da pesquisa podem estar intrinsecamente relacionados com o foco da avaliação, os parâmetros utilizados e o desenho escolhido.

A revolução técnico-científica, os avanços, êxitos/falhas e experiências existentes no âmbito de políticas públicas e de saúde, das ciências ligadas ao meio ambiente, da educação, do direito, da sociologia, da antropologia, da estatística, das ciências políticas e outras, levam a uma nova descoberta do problema da sabedoria que deve servir de base ao nosso comportamento e ações em termos de análise, formulação e implementação da política de saúde. É de reconhecer que para que se possa ter políticas mais adequadas e gestão “mais

correta” do setor da saúde a sua análise periódica e sistemática tem um papel preponderante, pois ela pode ser um instrumento indispensável para a adoção de melhores políticas para proteger a saúde das pessoas (SERENKO; ERMAKOV, 1984).

Pode-se afirmar que não há formulação de política e desenvolvimento sem a ciência e a tecnologia e para melhor se compreender este fenômeno nada melhor do que estar inserido nas duas áreas técnico-científica e política. A investigação e as pesquisas da política de saúde, de economia sanitária de gestão e outras, podem não só visar beneficiar a saúde de todas as coletividades, mas também constituir um meio indispensável para a melhoria e o reforço do processo de formulação e implementação de política de saúde e de desenvolvimento (COMLAN, 1985). Segundo Viana (1997), as políticas sociais são expressões de um tipo específico de intervenção estatal, cuja finalidade é proteger os indivíduos contra os riscos inerentes à vida individual e social. E nesse campo há ainda inúmeras possibilidades de estudos e recortes de pesquisa.

Considerando que o setor da saúde, no mundo, tem passado por inúmeros processos de reforma, na visão de Frenk (1994) a sua análise requer a compreensão dos quatro níveis em que o sistema de saúde opera, designadamente o Sistêmico, Programático, Organizacional e o Institucional. Nesse contexto no nível sistêmico influencia a definição dos tipos de políticas que serão implementadas nos demais níveis. Qualquer sistema de saúde tem como base fundamental a política e, mais concretamente a política de saúde, enquanto elemento indispensável de políticas públicas e fundamento essencial e orientador dos sistemas de saúde.

A experiência existente a nível mundial sobre a política de saúde, a formulação e implementação da mesma exige que sejam desenvolvidas análises teórico-metodológicas para que esses processos possam ter uma melhor articulação e potenciação mútua essencialmente fundamentada nos avanços alcançados nesse domínio. Nessa base a concepção e implementação das políticas de saúde poderão ter um resultado cada vez melhor, contribuindo eficazmente para a melhoria do estado bio-psico-social das pessoas (VIEIRA, 1999).

Política de saúde é conjunto de princípios, propósitos, diretrizes e decisões de carácter geral voltadas para questão saúde, baseada numa proposta de distribuição de poder no setor e nas formas de intervenção do Estado sobre a organização social das práticas de saúde e sobre os problemas de saúde da população. A política de saúde abrange as questões relacionadas com o poder em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) e as concernentes ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (PAIM, 2003).

A política de saúde é um campo muito controverso e complexo, cheio de ambiguidades. De fato estabelecer uma definição clara da saúde não é uma tarefa fácil e de certa forma dificulta o poder de analisar intervenções concretas. Uma das principais controvérsias conforme McGuire et al. (1994) é que o conceito saúde tem significados diferentes e conseqüentemente práticas distintas. O conceito de saúde pode situar-se entre dois extremos. De uma definição simplista que a saúde é o oposto da doença a um conceito mais amplo baseado na idéia global de boa qualidade de vida, tradicionalmente descrito como perfeito equilíbrio do estado físico, mental e social. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do estado orientado para a melhoria das condições de vida da população e dos ambientes natural, social, econômico e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

Os conceitos sobre a saúde tiveram uma evolução durante a história da saúde pública que passou por diferentes etapas designadamente religiosa, ou seja supersticiosa, miasmática, ambientalista, biologista, até se chegar as preocupações com as determinações sociais, econômicas, políticas, culturais, ambientais e integral-social (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). As políticas de saúde se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento (monitorização) dos processos pelos quais elas são formuladas e implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente devem ser permanentes e sistemáticos.

Barker (2000) assinala que no âmbito da sociedade atual, a saúde não pode ser entendida de maneira simplista. A sua compreensão se baseia em diversas concepções, desde ser entendida como direito social; como um assunto de batalhas políticas; como forma de obter votos; como um caminho de usar recursos improdutivamente; como um caminho para reduzir a insatisfação da população; como um investimento numa sociedade mais produtiva; entendida como uma indústria. Significa que a análise da política de saúde deve ser feita de forma multifacetada, tendo em conta as diferentes concepções da saúde existentes.

Com relação a análise de política de saúde, como campo acadêmico ou uma área de estudos científicos, Araújo e Marciel Filho (2001) identificam dois principais tipos de análise de política de saúde: a análise parcial e a análise compreensiva. O primeiro concentra-se em

questões específicas, num determinado estágio ou numa situação particular da política em estudo. O segundo objetiva analisar todo o processo da política, com foco mais ampliado.

O Modelo de Walt e Gilson modificado é considerado como estratégia para realização de uma análise compreensiva-abrangente da política de saúde, sendo indicado na perspectiva de fortalecer uma cultura de análise e avaliação das políticas, para fortalecer a prática de formular políticas baseadas em evidências, e contribuir com o desenvolvimento de estudos no setor. Ele serve como um mapa para orientar a busca de evidências no campo da reforma dos sistemas de saúde.

Nesse modelo de análise serão considerados como principais categorias, o Contexto, o Conteúdo, os Atores e o Processo. Conforme Costa (2003), o ambiente em que as mudanças acontecem e onde a política é implantada considera-se contexto que por sua vez exerce influência sobre a política, assim como os possíveis impactos da política são refletidos nesse contexto. O contexto é composto por subcategorias operacionais elaboradas por Araújo Jr. (2001), designadamente o Macro contexto e o Micro contexto.

O macro contexto inclui as esferas políticas (mudanças políticas, regime político, ideologia, políticas públicas, influências internacionais); econômica (tamanho e condições da economia, mudanças econômicas, políticas econômicas e financeira, gastos públicos); e social (mudanças demográficas, qualidade de vida, pobreza, distribuição e desigualdade de recursos, desenvolvimento humano). O micro contexto está relacionado com as políticas setoriais (principais interesses, poder no setor, políticas de saúde, relação público e privado); financiamento do setor (orçamento da saúde, mecanismos e políticas de financiamento, qualidade de recursos); e problemas de saúde e serviços de saúde (mudanças epidemiológicas, principais problemas de saúde, sistema e serviços de saúde). Em síntese busca-se descrever a característica histórico-estruturais do sistema de saúde em processo de mudança e as condições de saúde da população.

Quanto ao conteúdo, ele representa o corpo da política, sendo expresso através de todos os seus componentes, como programas, projetos, atividades específicas, objetivos e metas. A análise do conteúdo da política é um elemento essencial para a sua compreensão. O conteúdo pode ser classificado segundo cinco perspectivas: Neoliberal, Conservadora, Social Democrática, Socialista e Feminista (ARAÚJO JR., 2004).

No que concerne os Atores eles são agentes de algum processo da política, podendo desempenhar os papéis de formuladores, responsáveis pela implementação, aliados ou

opositores da política, mas trazem consigo seus valores ideológicos e visões políticas. Segundo Araújo Jr. (2000), uma característica de todos os Atores Sociais é que eles possuem algum poder (influência sobre os outros). Os Atores podem ser uma pessoa, uma instituição, ou um movimento social.

Conforme Araújo Jr., o processo da política se dá em três etapas, nomeadamente a formulação da política, a implementação da política e a avaliação da política. Essas etapas não são necessariamente estanques entre si, podendo desenrolar simultaneamente. Segundo Walt e Gilson (1994) o modelo de estudo sugerido para analisar o processo da política é dividido em quatro estágios: identificação dos problemas, formulação da política, implementação da política e avaliação da política. O processo inclui momentos de formulação e implementação das políticas que contem tomada de decisão, extensão da política e tipo de política. A tomada de decisão pode ser pluralista e/ou elitista. A extensão classifica-se em sistêmica ou macro-políticas e setorial ou micro-políticas.

Por sua vez o tipo da política pode ser distributiva, redistributiva, regulatória e auto-regulatória. O processo inclui ainda a forma de implementação, relação entre níveis de governo e concepção de políticas públicas. A forma de implementação pode ser tradicional e/ou participativa. A relação entre níveis de governo se concretiza de forma bilateral e através de mecanismos de controle. A concepção de políticas públicas classifica-se em racional ou sinóptica, incrementalista e estratégica. Finalizando, a concepção geral do modelo Araújo Jr. (2001), aponta que a análise compreensiva de política de saúde deve resultar no conhecimento e explicação da sua globalidade, podendo contribuir com o aperfeiçoamento da política em questão o que justifica sua escolha para esse estudo.

6.2 Uma síntese dos processos de mudança nos sistemas de saúde encontrados nas últimas décadas e seus objetivos

Sistema de saúde é definido como: “Conjunto de relações políticas, econômicas, sociais, culturais e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade” (LIMA et al., 2008.). Essa definição do sistema de saúde permite-nos deduzir que a análise de qualquer processo de reforma do sistema de saúde passa pela intersectorialidade,

transversalidade, integralidade e de certa forma, transdisciplinaridade na concepção, tratamento e abordagem dos assuntos relacionados com o sistema de saúde em si, mas também de todas outras áreas que direta ou indiretamente estão ligadas ao estado de saúde das populações.

Os sistemas de serviços de saúde são polifinalísticos, por apresentarem múltiplos objetivos que podem ser alcançados em várias etapas do processo de atendimento dos usuários do sistema. Na prática esses objetivos nem sempre apresentam complementariedades, não sendo comum realizar todos, otimamente, ao mesmo tempo. Ao contrário, os diferentes objetivos dos sistemas de serviços de saúde tendem a manifestar, entre si, “trade-off”, isto é, a idéia de que é necessário sacrificar parte de consumo de um bem, se se pretende aumentar o consumo do outro.

Os sistemas de serviços de saúde constituem um sistema complexo, composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações. A cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada, ou seja, forma para procurar soluções que produzam um excelente cooperativo (MENDES, 2002). Isso pode sugerir que dificilmente todos os objetivos preconizados pelos sistemas de saúde podem ser alcançados plenamente ao mesmo tempo, tornando-se indispensável a negociação, a socialização e o estabelecimento de acordos entre as instituições e atores envolvidos no funcionamento dos sistemas de saúde e no seu processo de reforma.

Para melhor compreender e analisar o sistema de saúde de Cabo Verde torna-se necessário conhecer os modelos de sistema de saúde existentes e experimentados nos países desenvolvidos cujos percursos podem servir de base fatural para uma melhor compreensão do sistema de saúde cabo-verdiano, do seu percurso e de certa forma da opinião dos seus principais atores quanto a perspectivas de futuro desse sistema de saúde.

Segundo Mendes (1999), os países europeus, historicamente, organizaram seus sistemas de saúde segundo alguns modelos principais de sistema de saúde. O modelo Beveridje ou Sistema Nacional de Saúde, Modelo Bismarck ou Sistema de Seguridade Social, Modelo Semashko ou Sistema Centralizado e Modelo Seguro Social.

Os sistemas de saúde inspirados no *Informe Beveridje* de 1942 se caracterizam por financiamento público por meio de impostos, controle parlamentar, universalidade de acesso,

gestão pública e provisão através de um *mix* público/privado, em que as relações econômicas estabelecem-se com base num sistema legal que especifica direitos e obrigações dos cidadãos e dos prestadores de serviços. Este modelo foi adotado antes por Dinamarca, Finlândia, Reino Unido, Noruega e Suécia (CAMPOS, 2008).

O modelo de Bismarck de Seguridade Social se traduz num Sistema de Saúde financiado por quotas obrigatórias, pagas por empresários e trabalhadores com a gestão dos recursos financeiros por fundos públicos e contratação de prestadores pelos fundos públicos por meio de orçamento global ou pagamento por atos médicos, sendo as relações contratuais fixadas, normalmente, mediante negociações coletivas bilaterais que se rege por contratos ou quase-contratos entre usuários e seguradoras. Esse é o modelo implantado na Alemanha, Bélgica, Holanda e França.

Outro modelo existente tem como características principais o financiamento estatal, controle governamental mediante planejamento centralizado, universalidade do acesso, prestação por entes estatais e ausência de atividade privada e é conhecido por Modelo Semashko ou Sistema Centralizado, baseado nas idéias de Semashko, dos anos 20. Esse modelo foi adotado nos países socialistas do leste Europeu, mais notadamente na União Soviética e nos países onde exerceu forte influencia até a década de noventa.

Nos Estados Unidos o sistema de saúde é baseado no financiamento individual ou coletivo e, pela prestação privada dos serviços com objetivo de lucro. O Modelo de Seguro Social é voltado para crianças e idosos. Esse tipo de arranjo já se encontra também em processo de reforma e se manifesta muito marginalmente na Europa.

Pode-se afirmar que de um ponto de vista macro, o papel do estado foi mudado por três momentos de reformas estruturais. O primeiro momento que era coerente com o pensamento liberal dominante teve lugar a partir do fim do século XIX até a Segunda Guerra Mundial e foi marcada por uma intervenção restrita do Estado. O segundo momento aconteceu após a Segunda Guerra Mundial e concebeu a saúde como direito de cidadania e elemento dos Estados de Bem-Estar Social dos países capitalistas desenvolvidos. O terceiro momento de reformas está em curso, estando relacionada com a crise capitalista mundial que teve início na década de 1970. A legitimidade do Welfare State, enquanto modo de desenvolvimento liderado pelo Estado e as políticas sociais, foi desafiada por essas reformas sobretudo na sua primeira geração (GURGEL JR., 2008).

Segundo Gurgel Jr. (2008), o Welfare State está relacionado com o regime fordista de acumulação em vigor nos países capitalistas mais desenvolvidos após a Segunda Guerra Mundial. De forma resumida pode-se afirmar que o Fordismo, enquanto regime de acumulação, baseia-se no controle do Estado Nacional com forte presença do setor público; na produção em massa e em salários vinculados à produção como forma de obter economias de escala. Caracteriza-se ainda pelo controle hierárquico da produção em massa de mercadorias padronizadas que era realizada por trabalhadores semi-qualificados e organizada em linhas de montagem tayloristas para atender expectativas homogêneas. Com a crise do capitalismo na década de 1970 houve respostas ao processo de crise, as quais se consubstanciaram em uma nova organização estrutural, mudando profundamente o papel do Estado e as políticas públicas. Essa reorganização ainda em fase de consolidação é denominada de Regime de Acumulação pós-Fordista que se caracteriza, resumidamente, pela acumulação flexível da economia desenvolvida além das fronteiras dos Estados Nacionais, com abertura de mercados a concorrência e livre fluxo em escala internacional. O pós-Fordismo se expressa também por processos de trabalho em busca constantes de inovações dentro do escopo da economia do conhecimento, cujos trabalhadores qualificados orientam sua produção para consumidores muito mais exigentes. O período de transição do Fordismo para o Pós-fordismo também se opera uma reestruturação do papel do Estado e uma nova administração pública.

No esteio das mudanças observadas nas estruturas e relações institucionais, as principais características dos modelos de reformas do setor saúde que tiveram emergência nos anos 70 e 80 podem assim ser sintetizados. Reformas racionalizadoras orientadas pelo mercado e implementadas a partir da crença no poder das organizações e da regulação privadas para influenciar os padrões de prestação de serviços centrados na comoditização da saúde, independentes do governo e a preços acessíveis para a população. Esse foi o cerne da reforma implementada nos EUA com a Assistência Médica Gerenciada ou “managed care”. A assistência gerenciada consiste, portanto, numa reatualização dos planos de saúde que se propõe fornecer assistência a grupos específicos - em geral empregados de determinada empresa - através da negociação prévia de pagamentos e de pacotes assistenciais (ALMEIDA, 1995). Analisando este conceito, ele além de se concentrar na contenção de custos por meio de medidas reguladoras da relação médico-paciente, tem como finalidade a articulação da prestação e do financiamento de serviços, estando voltado essencialmente para o controle de utilização de serviços agindo tanto do lado da oferta como da demanda.

A Competição Administrada ou “managed competition” proposta por Alain Enthoven, em documento preparado pelo autor em 1978 (ENTHOVEN, 1978a, b) para uma reunião promovida pela Federal Trade Commission, em Washington, tem uma linha de intervenção que consiste em discutir a introdução de mecanismos competitivos nos sistemas de saúde. Posteriormente, o modelo foi reelaborado numa proposta de reforma do sistema de saúde norte-americano, com base no aproveitamento dos mecanismos competitivos e regulatórios existentes no sistema para redirecionar a organização da assistência médica norte-americana numa perspectiva de ampliação da cobertura (ENTHOVEN; KRONICK, 1985).

Na base da proposta estava, segundo Enthoven (1989), a distinção entre um mercado livre para o financiamento e distribuição de serviços de saúde – que para o autor não permite alcançar objetivos de eficiência e equidade – e a formulação de um sistema de “competição administrada”, designado para direcionar o financiamento de um sistema de saúde segundo aqueles objetivos. A intenção era, portanto, tentar utilizar a competição entre as forças de mercado para orientar os sistemas de serviços de saúde na perspectiva da eficiência e da equidade.

O mercado, nessa perspectiva não seria bilateral – oferta e demanda – mas trilateral, composto de consumidores – não necessariamente os usuários dos serviços – planos de saúde e sponsors (responsáveis, patrocinadores). A proposta consistia em habilitar esses “responsáveis” na utilização da competição para superar problemas causados pelas estratégias de lucro dos seguros privados. Os sponsors são os “terceiro pagadores”, definidos como ativos agentes coletivos do lado da demanda, que contratam planos competitivos e continuamente estruturam e ajustam o mercado privado no sentido de superar suas tendências naturais para a iniquidade e a ineficiência. Poderiam ser, nos EUA, os empregadores por exemplo Health Maintenance Organizations (HMOs), as organizações administrativas dos serviços de saúde, as agências governamentais e/ou os governos estaduais (ENTHOVEN; KRONICK, 1978a).

Como argumentação considerava-se que esse arranjo organizacional possibilitaria: agregar a demanda; superar os problemas de assimetria de informação; organizar a oferta, concentrando o mercado em situações monopsônicas; e desenvolver a consciência de custos nos usuários e nos prestadores. Acreditava-se que um sistema privado pode ser modelado e organizado de forma a motivar prestadores a perseguirem eficiência alocativa, consumidores a fazerem escolhas conscientes quanto ao custo, ao mesmo tempo que serem atendidos plenamente em suas necessidades.

O Mercado Interno (Internal Market) ou Reforma do “Working for Patients” Britânico (1989/1991) fundado em mecanismos de “contracting out” (terceirização) que apresenta como principal objetivo a separação entre responsabilidades, de um lado, de financiamento, direção e controle integral do sistema sanitário; e de outro, de prestação de serviço – em termos sucintos, a separação entre financiamento e provisão mediada por contratos entre compradores e prestadores. Adota-se como eixo central o recurso à competição para a seleção dos prestadores que conseguem fornecer determinado pacote de prestação com melhor relação qualidade/preço. A melhor oferta pode ser comprada de um serviço público, de um serviço privado, lucrativo ou não. O contracting out caracteriza-se como versão particular da extensão de mecanismos concorrenciais ao âmbito público e, dependendo do caso, como expansão da oferta privada (ALMEIDA, 1995). É de se constatar que os objetivos dessa proposta de reforma constituem-se naqueles tradicionalmente associados à privatização: obter maior eficiência técnica e alocativa, isto é, minimização dos custos de produção para determinadas quantidades de bens/serviços; e produção de pacotes quantitativa e qualitativamente mais adequados à livre escolha do consumidor.

O conceito de Mercado Interno foi inicialmente desenvolvido pensando-se na assistência hospitalar, talvez porque a idéia foi construída a partir das revisões feitas em função da reforma do National Health Service inglês, em que grande parte da assistência especializada, exceto a clínica geral prestada pelos General Practitioners (GPs) (médicos clínicos) é fornecida em contexto hospitalar, como também na Suécia. A reforma implementada no Reino Unido inclui também a atenção primária (Gps). Transformou os hospitais públicos e “agências autônomas” (self-governing trusts hospitals) e os GPs em gerenciadores de orçamentos para compra de serviços para as respectivas clientela (fund holders) segundo Almeida (1995).

A essência do conceito está na distinção entre o papel do prestador da assistência médica e o de comprador de serviços, mas ambas as atividades continuam a ser desenvolvidas no âmbito público, ainda que por atores diversos; origina-se disso o uso do termo mercado, ou seja, estabelece-se uma situação em que as partes se envolvem em relação de troca. O princípio orientador é de que o dinheiro segue o paciente (HOUSE OF COMMONS, 1989). Em termos gerais, o quadro teórico de referência do modelo de mercado interno parece ser mesmo o da teoria econômica neoclássica, fundada na troca bilateral entre fornecedores e consumidores. Entretanto, se de um lado, obriga os prestadores a assumir atitude competitiva, ao mesmo tempo que reduz o poder dos médicos e aumenta o dos gestores/administradores,

por outro lado comporta a subtração do papel de consumidor do paciente, que vem a ser atribuído a uma autoridade sanitária, salvaguardando-se assim, os tetos de gasto.

A Competição Pública (Public Competition) ou da Reforma Sueca que foi formulado por Saltman e Von Otter (1987), tendo como referência as necessidades de mudança no sistema de saúde sueco e, principalmente, como alternativa tanto aos desenvolvimentos do setor privado na última década, impulsionados e definidos por governos locais neoconservadores, quanto às demandas e críticas da população à rigidez dos serviços prestados, ou ao que os autores chamam o “congelamento do sistema de saúde sueco”, sua falta de flexibilidade (ENTHOVEN; KRONICK, 1985). É uma proposta voltada para os sistemas públicos de saúde, cujo modelo tem como ponto essencial encorajar os prestadores a usarem os recursos públicos disponíveis de forma mais eficiente e efetiva, reforçando a estrutura descentralizada, priorizando a atenção primária, localmente controlada, estimulando, porém, a mudança de ênfase para atividades de promoção e prevenção. A satisfação e a escolha dos pacientes são os principais objetivos do modelo, relacionados entretanto, com os princípios de equidade e acesso universal, o que significa retirar do conceito de escolha individual sua relação com o valor de troca. A implantação do modelo requereria também substancial flexibilidade dos sindicatos dos profissionais de saúde e dos políticos (ENTHOVEN; KRONICK, 1997).

Almeida (1995) destaca que a competição pública distingue-se do *contacting out* pela adoção de um mecanismo competitivo específico, diferente do mercado tradicional: em vez do *shopping around* independente do regime de propriedade e da estrutura em que operam os diversos atores. A competição pública relaciona remuneração das diversas organizações prestadoras à capacidade de atrair pacientes, ou seja, à quota de mercado satisfeita e ao cumprimento de alguns indicadores de resultados, sendo que as instituições prestadoras que participam desse modelo são apenas as de propriedade pública. Pela experiência já referenciada e analisada dos conceitos de Assistência Médica Gerenciada, Competição Administrada, Mercado Interno e Competição Pública na prestação de cuidados de saúde, está claro que o Estado continua a ter o seu papel central na orientação e coordenação do sistema de saúde.

Elementos centrais nos processos de reforma na última década dizem respeito a cobertura, ou seja quem tem acesso aos serviços de saúde como forma de garantir a universalização do direito a saúde. Isso é particularmente mais importante em locais que esse direito ainda não se materializou em sistemas nacionais de saúde de base pública financiada

por taxas e impostos. Uma segunda questão é quem paga, qual o grau de participação e compartilhamento dos recursos e sua distribuição, fato que está intimamente associado a processos de reconfiguração da participação dos poderes públicos no que se pode chamar de uma reorientação escalar dos serviços com fortes trações descentralizadoras.

6.3 Reflexões teórico-conceituais sobre financiamento nos processos de reforma

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2007) no processo de reforma do sistema de saúde deve-se ter em conta que o desempenho de um sistema de financiamento da saúde depende, entre outros fatores, da sua capacidade de gerar rendimentos de modo equitativo e eficiente; do grau de partilha do risco financeiro entre a população saudável e os doentes, e entre ricos e pobres; da extensão dos subsídios concedidos aos pobres; da eficácia na aquisição de produtos e serviços para a saúde; e da situação macro-econômica prevalente, ou seja: crescimento econômico, desemprego, dimensão do sector informal comparado com o formal e boa governança.

As perspectivas reformistas setoriais têm sido orientadas por dois eixos centrais sobretudo na sua primeira fase após crise fiscal dos estados: a contenção dos custos da assistência médica, traduzida na busca de maior eficiência; e a reestruturação do *mix* público/privado, a partir da descentralização de atividades e responsabilidades (operacionais e de financiamento), tanto para os níveis sub-nacionais de governo, quanto para o setor privado, e do aumento da participação financeira do usuário no custeio dos serviços que utiliza (sejam públicos ou privados). Neste sentido, tem havido forte iniciativa na inclusão de mecanismos de mercado nas relações internas dos provedores dos sistemas nacionais de saúde em todo mundo (GURGEL JR., 2008).

Entretanto, depois de várias crises ocasionadas pela implementação de reformas de orientação tipicamente neoliberal em vários países, novos objetivos da reforma do sistema de saúde vem sendo também submetidos a processos de disputa política, principalmente diante da crise financeira observada mais recentemente. A reforma do sistema de saúde dirigido por alguns partidos da direita com objetivo de reduzir custos, em vez de alcançar a eficiência das ações para responder aos desafios dos países piorou a situação, contraditoriamente ao esperado (GURGEL JR., 2008).

Mendes (2002) é de opinião de que, no processo de reforma é preciso ter em conta que “os gastos dos sistemas de saúde vão aumentar até atingir o nível de recursos disponíveis”, de modo que esse nível deve ser limitado para manter os custos controlados. Essa opinião admite assim o fato de que, os sistemas de saúde podem carecer de mecanismos internos próprios de equilíbrio e tendem a crescer, sem limites, se não forem sujeitas a restrições, sobretudo na forma/configuração de terceiro pagador público ou privado. Foi neste sentido que as medidas de equilíbrio e de contenção, calcadas na corrente neoliberal hegemônica, envolveriam aspectos de constrangimentos, tanto do lado da oferta por parte dos serviços de saúde (lista de espera) como do lado da demanda (barreiras financeiras).

Autores como Duarte (2000) afirmam que em qualquer processo de reforma do sistema de saúde pode-se considerar que os gastos em saúde não são meras despesas de consumo, devendo ser reconhecidos como investimento voltado ao capital humano. O rendimento de investimentos efetuados em programas educacionais é sobretudo majorado quando é realizado de maneira conjunta com programas de saúde. Exemplo disso é a combinação de programas de nutrição com os de educação, induzindo um valor ou resultado final superior ao resultado esperado de cada programa se aplicado isoladamente. A qualidade dos recursos é de vital importância para o desenvolvimento econômico, pois a destinação ou concentração de recursos no fator capital não produzirá o desenvolvimento almejado, caso não existam recursos humanos em quantidade e qualidade suficientes para otimização do capital envolvido

A classificação dos custos em saúde relaciona-se com a reforma do sistema de saúde e eles podem ser classificados em diretos e indiretos. Os custos diretos em saúde são aqueles diretamente incorridos na prestação de cuidados de saúde, como rastreamento, diagnóstico e tratamento e os custos atribuíveis de alguns serviços sociais. Podem ainda ser classificados em visíveis e invisíveis. Os custos especificados nos orçamentos formais de saúde são exemplos de custos diretos visíveis. Os custos de serviços de saúde propiciados sem pagamento ou pagos informalmente pelos familiares dos pacientes, organizações voluntárias etc, são considerados como direto invisível. Os custos indiretos em saúde são oriundos das conseqüências e de condições particulares, doenças e suas sequelas, morte, morbidade, função reduzida, etc. Também podem ser divididos em visíveis e invisíveis. Os custos indiretos visíveis são aferidos principalmente em termos de perdas de produção econômica e usualmente incorporam valores imputados a produtos não comercializáveis, como serviços domésticos ou agricultura de subsistência. Os custos indiretos invisíveis são amplamente

subjetivos “intangíveis”, a exemplo dos custos de reações psíquicas como dor, desconforto, ansiedade, estigma etc., os quais são difíceis de calcular, porém podem ter valores implícitos, passíveis de dedução para a tomada de decisão (SILVA, 2003).

As medidas de reforma no setor da saúde, normalmente levam em consideração que o financiamento da saúde é uma das quatro funções dos sistemas de saúde e reporta-se ao recolhimento de fundos provenientes de várias fontes (como governos, famílias, empresas, doadores, sociedade civil, seguros), à sua agregação para partilha do risco financeiro entre grupos populacionais mais alargados e ao seu uso no pagamento de serviços de prestadores de cuidados de saúde públicos e privados. O financiamento da saúde tem como objetivos disponibilizar fundos, garantir a seleção e aquisição de intervenções de boa relação custo-eficiência, definir incentivos financeiros adequados para os prestadores de cuidados e garantir que todos os indivíduos tenham acesso a serviços de saúde eficientes, de qualidade e sustentáveis (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007). O modo como um sistema de saúde é financiado pode afetar a sua administração geral, o afluxo de contribuintes, a prestação de serviços e a consecução de objetivos como boa saúde, respostas às expectativas não médicas das populações (menor tempo de espera, respeito pela dignidade, a limpeza das instalações de saúde e a qualidade das refeições) e a justiça nas contribuições financeiras, para que as pessoas não fiquem expostas a um maior risco de empobrecimento (ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

No processo de reforma do sistema de saúde, entende-se como investimento em saúde toda aplicação de recursos, próprios ou de terceiros (inclusive aqueles provenientes do exterior), que contribuam para aumentar o estoque de capacidade técnica do complexo produtivo da saúde, utilizada na melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2005). A direcionalidade dos recursos de investimentos no setor da saúde está condicionada aos critérios e métodos de seleção, priorização e aprovação de projetos que respondam às necessidades dos sistemas de saúde (locais, municipais, regionais e nacionais), salvaguardando a harmonização, homogeneidade, equilíbrio e transparência na alocação dos recursos disponíveis. Do ponto de vista normativo, pode-se entender que o processo de reforma do sistema de saúde precisa de ter em conta esse condicionamento, como forma de melhorar a direcionalidade dos recursos disponibilizados ao setor da saúde.

Em países com sistemas de saúde não consolidados, como o Brasil, discute-se que a efetividade da atenção à saúde tem sido prejudicada por diversas disfunções, entre elas a falta de critérios definidos para a alocação de recursos em projetos pontuais e no investimento

descentralizado em saúde. Ademais, sustentabilidade e resultados são preteridos em prol de resultados físicos, sem a devida avaliação do impacto de determinada ação sobre a saúde pública, muitas vezes não se considerando a coerência com as prioridades políticas do setor. Para piorar, a forma de alocação de recursos descentralizados acaba seguindo critérios bem mais políticos do que a eficiência do sistema público poderia suportar. A integração das ações relacionadas com investimento em saúde é condição sine qua non à obtenção de eficiência, à melhoria dos cuidados de saúde e à redução das iniquidades (BRASIL, 2005). A integração e cooperação parecem ser fundamentais para a orientação do processo de reforma no setor da saúde na atualidade.

No processo de reforma do sistema de saúde é necessário ter em conta que cada investimento realizado em infra-estrutura física e tecnológica ou em capacitação de recursos humanos pressupõe uma modificação no complexo produtivo da saúde, quer em capacidade instalada, quer no desempenho técnico-gerencial. Isso implica em provável incremento na oferta de serviços, além de refletir na qualidade dos serviços prestados e na resolutividade das ações assistenciais. As consequências desejáveis podem ser: ampliação da oferta dos serviços de saúde nos seus diferentes níveis de complexidade, garantindo maior cobertura assistencial à população abrangida; o aumento da resolutividade e da cobertura de serviços causando impacto direto na organização da rede de serviços do sistema de saúde, no âmbito local, municipal, regional e nacional; modificações na reorganização do sistema de saúde, com o objetivo de ter impacto positivo na melhoria da saúde da população (BRASIL, 2005). Esse conceito é bastante enfatizado na readequação dos processos de reforma.

Nero (1995), olhando para os processos de reforma por um outro ângulo, afirma que é importante sublinhar o papel da economia da saúde para o estudo da dinâmica do mercado de serviços de saúde relacionado com a reforma sanitária. A economia da saúde lança mão da colaboração multidisciplinar para entender o significado das necessidades de serviços de saúde e as relações entre a oferta e a demanda. Também reconhece que a percepção dos processos patológicos é diferente para cada grupo social, afetando e sendo afetada pelo comportamento desses grupos em cada contexto. Cabe também analisar o papel influenciador que exercem os interesses comerciais, sejam de fabricantes de medicamentos ou equipamentos, sejam as diferentes formas de apresentação de planos e seguros-saúde, e o papel dos médicos e diversos tipos de prestadores na decisão de consumo de serviços pelos pacientes. Dai que a percepção e a concepção de alterações na gestão do sistema de saúde tem

a necessidade de ter em consideração a multidisciplinaridade de medidas e das ações ligadas à economia da saúde.

A cada dia o sistema de saúde se depara com novos desafios que conduzem a organização de saúde à necessidade de melhoria dos padrões de gestão e, muitas vezes, de sua própria sobrevivência. O atual momento tem destacado alguns aspectos de maior relevância – a adequação do modelo assistencial, a regulamentação dos planos de saúde e a reformulação do modelo de remuneração dos serviços médico-hospitalares (SCHREINER, 2001). Aspectos como o financiamento dos serviços, a segmentação do mercado, a demanda existente e o impacto de novos investimentos, todos temas comuns ligados à economia da saúde, reúnem elementos essenciais à orientação das decisões na reforma do setor. Assim: um grande número de países afirma-se que não suportam financiar sistemas públicos de saúde que, em grande parte, apresentam produtividade e desempenho baixos. E nesse sentido, segmentos da população pressionam por alternativas aos tradicionais serviços oferecidos, conduzindo a uma séria busca pela “combinação ideal” de recursos públicos e privados. Alguns países admitem que o setor privado preencha os vazios tecnológicos e operacionais existentes nos sistemas oficiais, conferindo ao setor privado maior responsabilidade pelo funcionamento geral do sistema; em outros, a privatização buscada tem o objetivo de livrar os governos do setor saúde, a confusão e da miríade de problemas nele contidos (NERO, 1995). Na atualidade sistemas de saúde podem enveredar-se pela conciliação do setor público e privado na prestação dos cuidados de saúde e provavelmente na partilha de responsabilidades no financiamento do sistema, como parece ser o caso dos Estado Unidos na sua mais recente reforma setorial.

6.4 Aspectos conceituais da descentralização, regionalização e integração relacionadas com a reforma do sistema de saúde

Na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, durante a década de 80 e 90, tiveram lugar reformas do tipo descentralizador, conforme estratégias específicas, abrangendo a descentralização, a delegação, a transparência de responsabilidade, a privatização e chegando, em muitos casos, a efetiva transferência de recursos e poder decisório para setores, grupos e territórios antes excluídos. Nesse processo de descentralização aconteceu uma significativa convergência de opiniões e decisões em

contextos políticos diferentes, considerando-se que a descentralização de prestação de serviços públicos seria mais efetivo e poderia melhorar, portanto, os níveis de bem estar da população, conduzindo à equidade, justiça social, redução da desigualdade, participação comunitária e da sociedade civil e controle social do Estado (BOISIER, 1985).

Como objetivo deste marco teórico conceitual torna-se necessário distinguir claramente a descentralização da desconcentração dos serviços de saúde, pois no primeiro caso há transferência efetiva de poderes, de competências, de recursos e autonomia legalmente definida e, no segundo caso praticamente só acontece a delegação de funções, continuando a existir uma autêntica dependência hierárquica em relação ao poder central, sem uma transferência legal e formal dos poderes.

Por outro lado a centralização passou a ser associada a práticas não democráticas de decisão, à inefetividade das políticas públicas e à falta de transparência. Muitos atores políticos com diferentes ideologias passaram a considerar a descentralização como uma condição chave e mais compatível com os princípios democráticos, permitindo o fortalecimento institucional e político do poder local ao conferir poder efetivo aos gestores municipais que estando mais próximas dos cidadãos poderiam reforçar a democracia de base territorial. Essa crença foi muito prevalente na década de noventa. Para Gomes (2006), a descentralização pode ser encarada como um meio para, com a distribuição de poder, chegar-se a uma real liberdade política.

Bobbio (1986) afirma, que *a centralização é autoritária e governativa, e a descentralização uma força liberal e constitucional*. Entretanto parece excessivo considerar a descentralização como pólo positivo e democrático e a concentração como pólo negativo, autoritário e totalitário. De fato, a descentralização é um processo que pode apresentar pontos fortes e pontos fracos, dependendo dos momentos histórico, político e social em que ela ocorre, do grau de desenvolvimento da sociedade, da cultura e das motivações que a ela conduzem (ARRETCHE, 1996). A transferência de poderes muitas vezes pode conduzir a constrangimentos, uma vez que nem sempre os interesses do Poder Central são coincidentes com os do Poder Local, constituindo o ponto fraco. Como ponto forte é considerada a afirmação do poder local como resultado das reformas introduzidas pela descentralização, possibilitando a aproximação entre os poderes públicos e a população, o que por sua vez pode permitir a participação da mesma no controle social e a uma maior visibilidade.

Durante o processo de reforma do Estado no continente africano, a descentralização foi promovida pelas administrações coloniais nos anos cinquenta e sessenta, sob o argumento

de que seria um elemento necessário à estrutura de um estado democrático independente, quer como meio de educação política da população, quer como forma de transferir responsabilidades aos serviços locais (SMITH, 1985). Nessa altura a descentralização baseava-se essencialmente nos modelos francês e britânico, embora com funções e autoridade bem limitadas. O modelo francês acha necessária a promoção e desenvolvimento de condições jurídicas e institucionais que possam permitir o deslocamento do poder, da gestão e das decisões para os níveis mais periféricos de um sistema ou organização. O modelo britânico considera a descentralização como forma de transferência de atribuições, competências e de poderes da Administração Central para a Administração Local (SMITH, 1985).

A descentralização tem sido concebida como um processo para aperfeiçoar a efetividade dos serviços locais, reduzir custos, aumentar a produção e rendimentos, propiciar a utilização mais eficaz dos recursos e a melhoria do bem estar coletivo. Isso na atualidade parece controverso e há evidências em contrario, dando conta da fragmentação excessiva e perdas de escala com desperdício de recursos. Para muitos, a descentralização significa o fortalecimento da responsabilidade, do traquejo político e da integração nacional, bem como a aproximação do poder do Estado à população, fornecimento de melhores serviços, promoção de liberdade e bem-estar social, diminuição das iniquidades, e estímulo à participação e à liderança política, seja em nível local como nacional (HILL, 1974; MASS, 1959; SMITH, 1985).

Na reforma do sistema de saúde a descentralização é entendida como a transferência de autoridade, ou distribuição de poder, no planejamento, gerenciamento e tomada de decisão da esfera pública, do nível nacional para entes sub nacionais, ou, mais genericamente, dos níveis de governo mais centrais para aqueles mais locais (ARAÚJO JR., 1994).

Smith (1985) refere que a descentralização territorial de poder está relacionada com o grau em que o poder e a autoridade estão repartidos entre as instituições, através da hierarquia geográfica do estado e os processos através dos quais tais repartições de poder acontecem, posição também defendida por Souza (1995). Portanto, a descentralização está vinculada à subdivisão do território do Estado em áreas menores e à criação de instituições políticas e/ou administrativas que podem, por si, decidir por novas formas de descentralização. Pode-se depreender que a descentralização inclui formas distintas de combinar hierarquicamente instituições e funções, assim como a distribuição do poder. Cada nível de governo, tanto no estado federado como no unitário, pode ter a capacidade de delegar poderes a níveis

hierarquicamente inferiores e as suas unidades administrativas, em todos os níveis, de modo a praticar a descentralização dentro das suas próprias organizações.

No rol de atores que são críticos quanto a descentralização encontra-se Smith (1979) que tece algumas considerações ao afirmar que, para algumas teorias do Estado, a descentralização pode ser tida como algo limitado e separador, ameaçando a unidade da vontade geral, tornando-se anti-igualitária ao apoiar a diversidade regional no fornecimento de bens públicos. A descentralização nos sistemas de saúde pode apresentar formas diferentes, não só em função das estruturas e objetivos políticos e administrativos gerais do Estado, como também, do tipo de organização do sistema de saúde prevalente num determinado país na medida em que a saúde é, apenas, uma das áreas de competência do Estado e sua organização pode ser muito influenciada pelo tipo de governo em funções. Neste sentido, a análise pode considerar estratégias no âmbito geral da administração pública, embora os temas possam ser tratados separadamente (GOMES, 2006).

A descentralização pode ser considerada como um processo político e concebida como uma redistribuição do poder político, do nível central para esferas hierarquicamente subordinadas do governo, e como um instrumento para o aprofundamento da democratização do Estado (SOUZA, 1995). O grau de autonomia que um serviço de saúde em nível local possui e exerce é influenciada pela forma de descentralização que for adotada num país, mas pode não determinar a relação entre o centro e a periferia. Pode-se afirmar que em conjunto, a extensão do país, o nível até onde se descentraliza a autoridade, a amplitude das funções descentralizadas, a composição dos órgãos do poder local que assumam responsabilidade nesse nível, os mecanismos para a participação comunitária, as fontes de financiamento, os critérios de planificação, os métodos de controle e supervisão adotados, as atitudes dos funcionários públicos face à descentralização e os métodos de colaboração intersetorial são fatores que determinam o nível real de autonomia (LEE; MILLIS, 1982). Considera-se que o grau de autonomia depende, também, da cultura política, das experiências e expectativas dos atores que atuam nos níveis central e local, bem como da autoridade que os funcionários locais pensam que têm para mudar as situações e suas capacidades e aptidões para fazê-lo.

O desenvolvimento sanitário não é apenas uma questão de efetividade de tecnologias utilizadas na prestação direta dos serviços mas também, de planejamento, gestão, controle e avaliação dos sistemas. Desse modo, assim como a melhoria da acessibilidade, a prevenção e promoção da saúde, a intersetorialidade, a integralidade e a transversalidade são fatores importantes para o desenvolvimento dos sistemas regionais, municipais e locais de saúde. A

descentralização administrativa efetiva é um elemento de capital importância para o alcance do processo de reforma do sistema de saúde, particularmente para uma estratégia sanitária que vise desenvolver o sistema de saúde a todos os níveis. A tônica atualmente posta sobre os sistemas locais de saúde implica uma descentralização, a nível regional, municipal e local, das responsabilidades dos serviços no que concerne à planificação, gestão, capacitação e desenvolvimento dos recursos humanos e controle financeiro (GOMES, 2006).

Em saúde a descentralização fundamenta-se na heterogeneidade das formas de governo, de estado, de organização jurídico-administrativa e da cultura, bem como de variáveis particulares do campo da saúde, tais como recursos humanos e materiais, as prioridades epidemiológicas e o nível de organização sanitária de cada país. Para Oszlak (1990), a descentralização é um instrumento adequado para a conformação de um sistema nacional de saúde que seja equitativo, eficiente, eficaz e efetivo, universal e participativo. A equidade, particularmente, implica numa distribuição diferenciada das ações de saúde para os diferentes grupos da população, de acordo com as suas necessidades; para o alcance desse objetivo pressupõe-se que o processo da descentralização seja acompanhado de planificação a nível local ou regional, reconhecendo-se, contudo, que algumas ações fiquem centralizadas para que se faça uma compensação das desigualdades sociais existentes nos diversos níveis operacionais, fruto da política econômica nacional.

Pode-se concluir que a descentralização no campo da saúde pressupõe o deslocamento do fluxo dos poderes político, administrativo, tecnológico e financeiro do nível central para os níveis intermediários, periféricos e locais. Com base em Boisier (1985), pode-se considerar que os objetivos de uma política de descentralização do sistema de saúde não se restringem a aspectos estritamente tecnológicos, como racionalizar ou burocratizar, mas estendem o campo das ações de transformações aos planos cultural, social, e político visando a melhoria da qualidade de vida da população. O processo de descentralização não é apenas um meio adequado para o alcance dos objetivos que tornem mais eficiente, eficaz e efetiva a administração dos serviços de saúde, mas pode contribuir também para garantir os objetivos da equidade social.

Relativamente a regionalização não existe consenso na definição do conceito. Alguns atores valorizam a perspectiva organizacional da regionalização com ênfase na dimensão territorial e populacional e outros valorizam a missão finalística da regionalização com dimensões que incluem a Atenção Primária à Saúde e a hierarquização da atenção. Os sistemas de saúde regionalizados são também denominados de sistemas dawsonianos, em

memória ao Lorde Dawson que lançou nos primórdios do século XX os alicerces deste modelo técnico-assistencial no sistema de saúde inglês, orientados por uma base populacional. Uma outra característica básica da regionalização é o princípio da organização dos serviços, tendo como base a territorialização (MENDES, 2001).

A regionalização como um processo de descentralização organizacional favorece a participação da população adstrita na identificação de problemas, formulação de estratégias e a participação na gestão dos recursos destinados aos serviços de saúde (VALDEZ, 2007). No que concerne a regionalização, a sua relevância pode estar nas capacidades de criar sinergias, complementaridade, intra e intersetorialidade entre os diferentes atores que coexistem num mesmo espaço e para objetivos finais comuns. A regionalização pode ser entendida como divisão do país em áreas geográficas onde se escalonam (regionalizam-se funcionalmente) os serviços de saúde. A regionalização difere da descentralização porque não implica necessariamente na tomada de decisão. De qualquer modo, esses processos de regionalização e de descentralização são complementares, na medida em que, no processo de descentralização, podem utilizar-se critérios relacionados com a delimitação de áreas geográficas, concentração populacional, existência de serviços de saúde, programas regionais de desenvolvimento, bem como as divisões políticas e administrativas, conforme as legislações dos países (GOMES, 2006).

A regionalização pode ser uma forma de implantação e gestão racional dos recursos de saúde, organizados segundo uma disposição hierárquica na qual se propõe uma máxima atenção nos centros primários, através de uma rede de Atenção Primária de Saúde (APS), enquanto os demais serviços vão sendo apropriadamente utilizados de acordo com as necessidades individuais do paciente (ARTMANN; RIVERA, 2003). Conforme esses autores, o princípio básico da regionalização é que a atenção à saúde deve ser oferecida, no máximo possível, pelo nível inferior do sistema, em uma ordem que facilite o acesso, ofereça alta qualidade dos serviços, baixo custo, equidade, com uma melhor e mais rápida resposta aos desejos e necessidades dos usuários.

Mendes (2001) apresenta três paradigmas alternativos de organização dos sistemas de serviços de saúde no âmbito local, a partir dos quais é possível identificar que tipo de regionalização está implementado e ainda servir de base para modelos de conformação das estruturas de saúde em redes. Esse autor classifica esses paradigmas em: a) paradigma da regionalização autárquica; b) paradigma da municipalização autárquica; e c) paradigma da microregionalização cooperativa. O paradigma da regionalização autárquica é o que mais se

encontra na experiência internacional, escreve Mendes. Nela, a instância de gestão de um sistema local de serviços de saúde é exercida por uma mesoregião sanitária, que funciona como financiadora e reguladora do sistema. Este modelo é mais comum nos Sistemas Nacionais de Saúde, tipo NHS. É o caso da regionalização dos serviços de saúde no Reino Unido. O paradigma da municipalização autárquica é o que tem prevalecido na construção social do SUS no Brasil, cuja gestão no âmbito local, é responsabilidade maior dos municípios. Esta é uma forma de construção da rede de saúde dentro do espírito do movimento democrático no Brasil, cuja a bandeira foi a “ municipalização é o caminho”. O paradigma da microregionalização cooperativa propõe a institucionalização dos Sistemas Microregionais de Serviços de Saúde, com base na cooperação gerenciada, por meio dos quais se procura maximizar suas fortalezas e diminuir as debilidades (MENDES, 2001).

A regionalização pode ser geográfica ou sistêmica. No primeiro caso cada região de saúde teria que atender à uma população de uma área geográfica definida pelas linhas isócronas determinadas pelo tempo mínimo de deslocamento das populações razoavelmente aceite para cada nível de atenção. O fluxo e a direção dos deslocamentos da população são levadas em consideração. Esta característica é também tida como um dos fatores para a definição dos pólos regionais de saúde que concentram maior peso percentual ou estrutural na distribuição dos recursos. Este entendimento visa racionalizar os recursos alocados para o cumprimento da missão. No segundo caso a regionalização está baseada em populações não definidas geograficamente, mas pela sua matrícula ou inscrição, por exemplo, clientela de um plano de saúde ou de grandes corporações. É uma forma flexível de oferta de serviços de saúde, pois as organizações aglomeram cada vez mais um número importante de pessoas (MENDES, 1994).

No que diz respeito a integração pode-se afirmar que os sistemas fragmentados de saúde, vige uma visão de uma estrutura piramidal, onde os pontos de atenção à saúde são organizados por níveis hierarquizados de atenção a saúde, segundo uma complexidade crescente que vai de um nível de baixa complexidade, o nível primário, até um nível de maior complexidade, o nível quartenário (MENDES, 2002). O processo de integração dos serviços de saúde relacionado com a reforma sanitária remete-nos para a integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O necessário diálogo e cooperação entre os diferentes atores envolvidos e motivados pela finitude dos recursos e a infinitude das demandas numa determinada população, seja ela atual ou futura pode destacar-se no processo de integração de serviços e redes assistenciais. O processo de integração pode implicar o conhecimento da univocidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto das ações promocionais, curativas e de reabilitação em que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde-doença, conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes naturais e social.

A integração da atenção e assistência do sistema de saúde no seu processo de reforma transformou-se numa prioridade em muitos países, especialmente para resolver problemas crônicos de saúde que requerem a atenção e o envolvimento de múltiplos profissionais e serviços. Algumas fragilidades do sistema de saúde designadamente a falta de eficiência na gestão dos recursos (por exemplo as duplicações de exames complementares de diagnóstico), a descontinuidade nos processos assistenciais e a diminuição da qualidade dos cuidados prestados podem estar relacionadas com a falta de coordenação e integração entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (NAVARRETE; LOURENZO, 2007).

Com pretensão de desempenhar o papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema integrado de serviços de saúde, a prestação de cuidados de saúde está sendo organizado de acordo com os princípios do primeiro contacto, da longitudinalidade, da integralidade, da coordenação da prestação dos cuidados, da focalização na família e da orientação comunitária. A integração dos serviços de saúde pode ter o papel resolutivo para a grande maioria dos problemas de saúde da população, organizando os fluxos e contrafluxo dos cidadãos pelos diversos pontos da prestação de cuidados de saúde e fazer com que o sistema se co-responsabilize pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de prestação de cuidados de saúde que estão dentro da rede (MENDES, 2002).

Nos últimos anos, os provedores, financiadores e analistas de política de saúde têm manifestado um crescente interesse no desenvolvimento de organizações sanitárias integradas. Esse interesse surge de um certo consenso que se gerou a volta da integração dos serviços de saúde, considerada por muitos uma forma inovadora que pode ser capaz de responder aos desafios emergentes relacionados com a saúde, designadamente o aumento da prevalência das doenças crônicas que requerem uma atenção coordenada e os rápidos avanços tecnológicos que incrementam a esperança (expectativa) de vida, aumentando os custos, mas proporcionando novas oportunidades de tratamentos alternativos à hospitalização

convencional e melhoria da efetividade mediante uma melhor articulação entre níveis assistenciais. Esta mudança de orientação na política de saúde segue a via de diversas experiências de integração de serviços de saúde que apresenta elementos comuns em diferentes países. A integração dos provedores da saúde foi analisada, sobretudo, nos Estados Unidos da América, onde durante a última década esse fenômeno experimentou um grande crescimento no contexto de um país com um sistema de saúde muito fragmentado (NAVARRETE; LOURENZO, 2007).

Hartz e Contandriopoulos (2004) entendem que é preciso dar um maior enfoque na integração de serviços e redes com destaque para o necessário diálogo e cooperação entre os diferentes atores “motivados” pela finitude dos recursos e a infinitude das demandas numa determinada população, seja ela atual ou futura. Estes autores propõem duas subdimensões para a integração: a integração normativa e a integração sistêmica.

A integração normativa pretende garantir a coerência entre os sistemas de representações e valores dos atores em simultaneidade com as interfaces da integração clínica e funcional. A integração sistêmica interessa-se pela coerência das diferentes modalidades integracionais em todos os níveis de atuação (organização, território, região, estado...), compreendendo que um projeto de intervenção sanitária que responda à complexidade e à incerteza dos problemas de saúde, não pode resultar apenas das relações entre organizações e profissionais, as relações locais repercutindo nos demais níveis e instâncias políticas decisórias.

Os sistemas integrados de saúde constituem um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto de intervenção clínica e coletiva. Essa perspectiva tem uma representação nuclear, uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionando a clínica e a governança às representações e valores coletivos (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Ao contrário dos sistemas fragmentados, os sistemas integrados de serviços de saúde são aqueles organizados através de uma rede contínua de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua a uma população definida, no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com custo certo, mas também que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relacionados com esta população (MENDES, 2002). Este autor considera a concepção integrada dos serviços como a substituição do sistema piramidal

hierarquizado por uma outra, de uma rede horizontal integrada. Aqui não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre eles.

Os sistemas de serviços de saúde constituem um sistema complexo, composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações. A cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam obter vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada, ou seja, as soluções procuradas podem produzir um excelente cooperativo.

O sistema de saúde é um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por muitos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos através de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora. Qualquer sistema de saúde pode pensar numa rede móvel (não estática), assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma distinta pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam (CECÍLIO; MERHY, 2003).

A integralidade do cuidado, de que cada pessoa real necessita frequentemente transversaliza todo o sistema. Não há integralidade radical sem a possibilidade de transversalidade. A integralidade dos cuidados pode ser obtida em rede, podendo haver algum grau de integralidade focalizada quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Uma Organização Sanitária Integrada (OSI) é uma rede de serviços de saúde que oferece uma atenção coordenada através de um conjunto de prestações de serviços de saúde a uma determinada população e que se responsabiliza pelos custos e resultados na prestação de cuidados de saúde à população. A continuidade assistencial abarca a atenção primária, a atenção especializada e a atenção sócio-sanitária através da promoção da saúde e prevenção da doença, o tratamento de pacientes agudos e crônicos e a reabilitação. A OSI tem como objetivo final a efetividade global na prestação dos cuidados e na continuidade da atenção à saúde pela via de coordenação da atenção e integração dos cuidados, por forma a garantir o custo/efetividade e a qualidade dos serviços (NAVARRETE; LOURENZO, 2007).

As necessidades que ficam à margem ou sobrepostas em duas categorias tendem a ser forçadas, artificialmente, em uma ou outra. Para o paciente cuja doença se enquadra satisfatoriamente em uma das especializações, não sugerem problemas de coordenação. Para outros, por exemplo, o paciente que se situa entre a psiquiatria e a clínica geral, isso significa várias transferências na busca do departamento correto, um processo demorado quando o tempo é fator crítico (MINTZBERG, 2003). O mundo dos serviços de saúde é um sistema de entrelaçamento contínuo. Dividi-lo em fatias, embora necessário para compreendê-lo, inevitavelmente o pode distorcer. Esse é o estado da arte sobre a organização de sistemas de saúde complexos que torna a necessidade de firmar conceitos claramente para o avanço dos estudos sobre a temática da reforma setorial.

7 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A análise da reforma do sistema de saúde Cabo-verdiano, na perspectiva de uma futura reforma foi realizada a partir da utilização do modelo de Walt e Gilson modificado como estrutura básica. Esta análise do sistema de saúde Cabo-verdiano enquadra-se no que chama o referido autor de uma análise Compreensiva de Política de Saúde, a qual apresenta um horizonte analítico mais ampliado (1991-2009) e objetiva entender todo o processo, conteúdo e contexto em que está inserida a política, além dos atores e das correlações de forças relevantes para a sua implementação.

Este estudo adotou uma abordagem do tipo estudo de caso, em que se pretende prover dados para o desenvolvimento e suporte para um entendimento multifacetado dessa iniciativa de análise da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde em profundidade. Do ponto de vista político, essa pesquisa foi mais um passo na direção de prover uma compreensão mais clara sobre as principais dimensões e objetivos para o desenvolvimento de sistemas de saúde em Cabo Verde, com vista à construção de um sistema universal e equânime.

Um estudo de caso é a exploração de um sistema delimitado ao caso (ou múltiplos casos), através de detalhadas coletas de dados realizadas com profundidade e envolvendo muitas fontes de informação ricas em contextos (MERRIAM, 1988). Este sistema é delimitado pelo tempo e pelo espaço em que o caso está sendo estudado. Quatro tipos de desenhos de estudos de caso podem ser identificados: desenhos de caso único com uma única unidade de análise; desenhos de caso único com múltiplas unidades de análise; desenhos de casos múltiplos com uma única unidade de análise e desenhos de casos múltiplos com múltiplas unidades de análise (MINAYO, 1996). Este projeto se insere na estratégia de estudo de caso particular de um país e seu processo de reforma, identificando sua trajetória e opiniões sobre perspectivas futuras.

O Modelo de Walt e Gilson modificado já está validado em diversos estudos sobre processos de reforma no setor saúde na década de 90, e apresenta como um esquema orientador para a realização de estudos abrangentes da política de saúde, sendo indicado para fortalecer a prática de formular políticas baseadas em evidências e contribuir com o desenvolvimento de estudos no setor. Com o objetivo de permitir uma melhor compreensão do processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde foram revisados aspectos

conceituais dos modelos de sistema de saúde existentes, Beveridge, Semashko, Bismarck e Modelo Seguro Social.

Para melhor analisar a reforma do sistema de saúde de Cabo Verde é trabalhado com base no modelo de Walt Gilson adaptado por José Luís Araújo Jr. (2000), conforme as seguintes categorias de análise:

OBJETO DA ANÁLISE	CATEGORIAS DE ANÁLISE	PRODUTO DA ANÁLISE
Reforma do sistema de saúde de Cabo Verde: Identificação das perspectivas de futuro na visão dos principais atores	<ul style="list-style-type: none"> • O Contexto em que acontece a reforma do sistema de saúde de Cabo Verde. 	Identificação de aspetos estratégicos atuais relacionadas com a reforma de saúde de Cabo Verde, caracterização do sistema de saúde cabo-verdiano nas suas fases históricas de reforma, descrição dos princípios fundamentais da política de saúde de Cabo Verde e do atual processo de reforma em curso e identificação das perspectivas de futuro na visão dos principais atores.
	<ul style="list-style-type: none"> • O processo de formulação, implementação, monitoramento e avaliação da política de saúde de Cabo Verde. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • O conteúdo orientador da reforma do sistema de saúde cabo-verdiano. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Os atores sociais envolvidos nesse processo. 	

Quadro 1 - Modelo para a análise da reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde.
Fonte: Adaptado de Walt e Gilson (1995 apud ARAÚJO Jr., 2000).

A seguir é apresentado a matriz de análise da categoria Contexto da política e suas subcategorias operacionais conforme Araújo Júnior e Marciel Filho (2001):

ANÁLISE COMPREENSIVA DA REFORMA DO SISTEMA DE SAÚDE DE CABO VERDE: IDENTIFICANDO AS PERSPECTIVAS DE FUTURO NA VISÃO DOS PRINCIPAIS ATORES.		
CONTEXTO		
Macro-contexto		
Esfera Política	Esfera Econômica	Esfera Social
<ul style="list-style-type: none"> • Regime político; • Mudanças políticas; • Tendências das políticas implementadas • Influências internacionais 	<ul style="list-style-type: none"> • Tamanho e condições da economia. • Mudanças econômicas • Políticas econômicas e financeiras • Gastos públicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudanças demográficas • Qualidade de vida • Desigualdades sociais e distribuição de renda • Pobreza • Desenvolvimento humano
Micro-contexto		
O Âmbito Político Setorial	O financiamento Sectorial, Recursos Humanos, Infraestruturas, Medicamentos, Informação em Saúde, Parceria e Saúde Reprodutiva.	O Panorama Sanitário, Epidemiológico e de Organização dos Serviços.
<ul style="list-style-type: none"> • Conteúdo da Política de Saúde de Cabo Verde 	<ul style="list-style-type: none"> • Atores envolvidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Processo da Política de Saúde de Cabo Verde

Quadro 2 - Matriz de análise da categoria Contexto da política e suas subcategorias operacionais.
Fonte: Adaptado de Araújo Jr. e Maciel Filho (2001).

Neste trabalho realiza-se um esforço de compreensão e de análise no período de tempo delimitado, entre 1991 e 2009, que por razões de natureza histórica marca o atual processo de reforma no país. As técnicas de pesquisa condizentes com a pergunta condutora deste trabalho foram a análise documental (documentos e dados esses de domínio público) e a aplicação de entrevistas semi-estruturadas. Para análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo das entrevistas de Kvale (1996), ou seja, a técnica de Condensação de Significados que consiste no resumo dos significados encontrados no conteúdo em um formato condensado, sem perder a sua essência. Na prática, o pesquisador busca identificar as Unidades Naturais da entrevista, permitindo a organização sistemática e resumida dos textos, sendo leal à expressão de cada entrevistado.

Essa abordagem se baseia numa hipótese interpretativa, a qual considera a idéia de que a compreensão de fenômenos sociais deve se dar através da própria perspectiva do ator social, da valorização da descrição do mundo por meio de subjetividade e com a presunção de que a realidade que realmente importa é aquela percebida pelas pessoas (KVALE, 1996). Nesse modelo, as unidades de registro podem estar relacionadas a trechos da fala do entrevistado, de documentos analisados ou mesmo de idéias e percepções registradas pelo pesquisador em seu Diário de Campo guiados pelas categorias de análise do modelo a ser utilizado.

Fonte de Dados: - Entrevista (n° _____) - Documento/Texto - Diário de Campo	
Objetivo Específico/Categoria Analítica relacionados: _____	
Unidades de Registro	Temas centrais
Trechos do material de pesquisa (fala, registro de campo, documento)	Análises do pesquisador sobre o trecho em questão (num esforço de síntese de conteúdo)
Descrições essenciais para responder aos objetivos da pesquisa	
Interpretação realizada pelo pesquisador acerca das questões suscitadas no trecho analisado	

Quadro 3 - Matriz de condensação e interpretação de significados
Fonte: Adaptado de Kvale (1996).

A aplicação desta técnica de análise foi realizada a partir da utilização de Planilha de Condensação de Significados, instrumento que sistematiza as informações de entrevistas realizadas. Quanto ao cronograma foram definidas três fases distintas para a realização deste trabalho (revisão bibliográfica, a análise documental e dos dados qualitativos disponíveis, a aplicação de entrevistas semi-estruturadas).

Uma *primeira fase* de pesquisa foi desenvolvida com foco na revisão bibliográfica sobre o marco teórico-conceitual na tentativa de entender os processos de reforma do sistema de saúde e dos temas relacionados. Esta revisão incluiu trabalhos dos autores brasileiros e estrangeiros e compreendeu publicações feitas no Brasil e no exterior. As fontes de pesquisa

foram os textos do curso de mestrado, livros publicados relacionados, revistas especializadas de saúde pública, artigos científicos de interesse para o tema, publicações de outras áreas afins (gestão, políticas, administração), pesquisas em bibliotecas e bibliotecas virtuais sediadas na internet.

Numa *segunda fase* foi realizada uma pesquisa sobre documentos nacionais e de banco de dados de Cabo Verde orientados pelas categorias do modelo para a caracterização do país, seu Sistema Nacional de Saúde (SNS), suas prioridades, a gestão, a organização, o financiamento do sistema, os recursos humanos e materiais, a integração e a problemática de descentralização e regionalização. Foi feita uma descrição de fatores condicionantes de saúde no contexto nacional. Foram definidos os principais atores-chave que foram entrevistados no decurso de pesquisa de campo, através de uma definição prévia do universo da amostra dos sujeitos da pesquisa e da definição do perfil dos mesmos (formuladores de políticas, gestores de saúde, responsáveis políticos nacionais e municipais, e usuários do sistema). Antes da pesquisa de campo, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM), para obtenção da sua aprovação.

A *terceira fase* compreendeu a realização de uma pesquisa de campo que procurou conhecer e analisar a opinião dos atores-chave do sistema de saúde Cabo-verdiano sobre às perspectivas futuras da reforma do sistema, utilizando como instrumento de pesquisa um guia semi-estruturado de questões relevantes que o modelo orienta investigar disponibilizado no quadro logo a seguir. Ou seja, optou-se por realizar a fase de coletas de dados através de entrevistas semi-estruturadas, seguindo um roteiro de perguntas relacionadas com o objeto (Apêndice A).

A pesquisa de campo foi realizada em Cabo Verde no período de Setembro a Novembro de 2009, com a aplicação das entrevistas semi-estruturadas junto aos atores-chave previamente definidos que foram gravadas e posteriormente transcritas. Entrevistas são consideradas como correspondendo a níveis mais profundos de informações, devido a sua liberdade para produção sintomática das mesmas (MICHELAT, 1987).

Para a realização operacional do trabalho de campo, foram utilizados ainda outros instrumentos de pesquisa: como o diário de campo para registros de observações, anotações operacionais. Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelos atores-chave selecionados para tomarem conhecimento sobre os termos de pesquisa.

Para a seleção dos atores-chave, foi considerado o fato de realmente serem pessoas competentes para responder às perguntas propostas (TOBAR; YALOUR, 2001). O vínculo que os mesmos têm com o sistema de saúde foi tido em conta, assim como a potencial diversidade de opiniões.

A seleção dos principais atores teve em conta a obediência dos critérios de uma abordagem qualitativa que se preocupa com a abrangência aprofundada da compreensão da política na base de definição clara do grupo social mais relevante para a pesquisa e privilegiando os sujeitos sociais que detêm os atributos que o pesquisador pretende conhecer, de modo que a escolha das instituições e do grupo de informação contenha um conjunto das experiências e expressões que se pretende alcançar com o estudo (MINAYO, 1998).

Foram entrevistados 15 atores-chave relacionados abaixo:

1. Representante do Ministério da Saúde.
2. Representante do Parlamento de Cabo Verde.
3. Representante de Antigos Primeiros-ministros.
4. Representante de Antigos Ministros de Saúde.
5. Presidente de Partido Político.
6. Líder de Grupo Parlamentar.
7. Representante dos Municípios de Cabo Verde.
8. Presidente de Câmara Municipal.
9. Representante dos Médicos de Cabo Verde.
10. Representante dos Hospitais Regionais.
11. Representante do Hospitais Centrais.
12. Gestor de Centro de Saúde.
13. Representante dos Profissionais de Saúde.
14. Representante da Sociedade Civil.
15. Representante dos Usuários.

O roteiro de entrevistas foi testado em duas entrevistas para seu aprimoramento e melhor adequação. As entrevistas foram realizadas individualmente a fim de evitar respostas induzidas, assim como a influência dos denominados formadores de opinião segundo recomenda Tobar e Yalour (2001).

Quanto ao tipo de entrevistas que foram realizadas durante a fase de campo, pode-se afirmar que as entrevistas semi-estruturadas foram baseadas, particularmente, no uso de guias de entrevistas, que constam de uma lista de perguntas ou temas que foram abordados. Foram listadas algumas questões relacionadas com os objetivos traçados no estudo, procurando-se conhecer as opiniões e motivações dos entrevistados (atores) sobre as perspectivas quanto ao futuro do processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde.

8 MACRO-CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE CABO VERDE

8.1 Características geográficas e históricas de Cabo Verde

Cabo Verde é um país-arquipélago situado no Oceano Atlântico, a cerca de 570km do cabo que forma o extremo do continente africano. É constituído por dez ilhas de origem vulcânica, sendo nove habitadas e oito ilhéus, tendo no total uma superfície de 4033 km² e cerca de um milhão e duzentos e oitenta mil habitantes entre os residentes e não residentes. O clima é tropical seco, com duas estações, uma de chuvas (Julho a Outubro) e outra de um período seco.

Cabo Verde está localizado na margem oriental do oceano atlântico norte na plataforma do continente africano, entre os paralelos 14° 48` N e 17° 12` N e os meridianos 22° 44` w e 25° 22` w, a uma distância da costa africana que varia entre 570 e 880 km, segundo situação de cada ilha (Figura 1). No entanto, convém destacar que as águas territoriais da zona económica exclusiva abrangem uma superfície da ordem dos 750.000 km² (SILVA et al., 1995).



Figura 1: Mapa do Arquipélago de Cabo Verde.
Fonte: Guia geográfico (MAPA..., 2009).

Geograficamente, o arquipélago divide-se em dois grupos, Barlavento e Sotavento, de acordo com os ventos dominantes: A norte, as ilhas-ao-vento (Ilhas do Barlavento) compreendem as ilhas de Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal e Boa Vista e ao sul, Maio, Santiago, Fogo e Brava formam as ilhas-sob-vento (Ilhas de Sotavento). Essa composição de Cabo Verde por ilhas e a insularidade característica do país faz com que em matéria de saúde as infra-estruturas sejam multiplicadas e construídas em todas as ilhas, onde cada uma delas tem no mínimo um centro de saúde com as condições essenciais para atender as respectivas populações e os turistas que procuram as ilhas de Cabo Verde para passar as suas férias. Tanto para as populações como para esses turistas a garantia de existência de uma estrutura sanitária com capacidade para atender as eventuais ocorrências em saúde que possam acontecer é imprescindível.

A combinação dos factores geográficos como o relevo, as precipitações associadas a orografia, os ventos dominantes, a vegetação, o tipo de povoamento e as atividades económicas tradicionais permitem um agrupamento diferente com destaque para:

Ilhas orientais: Sal, Boa Vista e Maio são ilhas com altitudes inferiores a 500 metros, formações geológicas mais antigas, mais próximas do continente africano, maior aridez, domínio de atividades ligadas ao turismo, à pesca e à pecuária. Nos últimos anos são as ilhas mais procuradas pelos investimentos turísticos devido aos valores paisagísticos associados às extensas praias e dunas litorais.

Ilhas do norte: Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia e São Nicolau – muito montanhosas, mas menos pluviosas que as ilhas do sul, sobretudo nos meses de verão, são mais frescas, podendo receber, contudo, com maior frequência, precipitações nos meses de inverno. Santo Antão e São Nicolau são ilhas montanhosas com relevo vulcânico de grande beleza cénica e grande diversidade de espécies vegetais endémicas afins aos arquipélagos da macaronésia. A atividade agro-pecuária e o turismo constituem a base da economia. São Vicente é uma ilha essencialmente portuária, cultural e turística.

Ilhas do sul: Santiago, Fogo e Brava – montanhosas e com maior pluviosidade sobretudo pela maior frequência de precipitações ligadas à aproximação no verão de convergência inter-tropical. Elas são ilhas predominantemente agrícolas, mas com grandes potencialidades turísticas e com povoamento disperso em que a paisagem é dominada pelo relevo vulcânico muito complexo que tem sido um factor de atração turística à semelhança do que acontece nas ilhas Canárias (SILVA et al., 1995).

Santiago é a maior ilha, com 991 km², ocupando 25% da superfície terrestre total do país, seguida de ilha de Santo Antão, que ocupa 779 km². A ilha da Boa Vista está em terceiro lugar em tamanho, com 620 km². A menor ilha habitada é a Brava que possui uma superfície de 64 km². As ilhas estão localizadas relativamente dispersas umas das outras, sendo a distância entre o porto da Praia (Santiago) e o de Mindelo (São Vicente) de 160 milhas marítimas ou seja 296km e a entre as ilhas de Santiago e Fogo de 61 milhas ou seja 113 km, facto que dificulta e encarece o transporte de pessoas e bens e comunicações (DELGADO, 2009).

Administrativamente, o país está dividido em vinte dois municípios: Ribeira Grande, Paul e Porto Novo na ilha de Santo Antão, São Vicente que coincide com a ilha, Ribeira Brava e Tarrafal na ilha de São Nicolau, Sal, Boa Vista e Maio que correspondem com os respectivos municípios, Praia, Ribeira Grande de Santiago, São Domingos, São Lourenço dos Órgãos, São Salvador do Mundo, Santa Catarina, Tarrafal, Calheta de São Miguel e Santa Cruz todos na ilha de Santiago, São Filipe, Santa Catarina e Mosteiros na ilha do Fogo e Brava que também coincide com a ilha. A divisão administrativa atual de Cabo Verde em vinte e dois municípios permite uma maior proximidade dos serviços de saúde às populações e a municipalização de alguns cuidados de saúde, especialmente os cuidados preventivos, primários e alguns cuidados secundários.

Cabo Verde foi descoberto em 1460 pelos portugueses (António Danoli, Diogo Gomes e Diogo Afonso), quando chegaram pela primeira vez e instalaram-se na primeira cidade de Cabo Verde (cidade velha), atualmente candidata a património mundial da humanidade (ALBURQUEQUE, 1991). As ilhas foram descobertas nos meados do século XV por navegadores portugueses, na primeira fase de expansão, para as terras tropicais por aquele país ibérico. Segundo documentação da época as ilhas achavam-se despovoadas e sem vestígios de presença humana na altura da chegada dos portugueses, pelo que foi necessário trazer gente, gado e plantas para dar início a um processo de permanência dos habitantes iniciada em 1462 (SILVA et al., 1995).

Os europeus e africanos trazidos dos dois continentes povoaram Cabo Verde e o isolamento das ilhas produziu, logo no início, uma forte aculturação entre as suas gentes, originando uma identidade cultural própria e muito rica, a meio caminho entre a Europa, a África, as Américas e Índia, com forte presença da Igreja Católica, sobretudo na dinamização da atividade escolar e de que é exemplo o seminário de São Nicolau, garantindo ao território a fama de gente culta e civilizada. Muitos cabo-verdianos com maior qualificação foram

aproveitados por Portugal no seu esforço de administração dos diferentes territórios, sobretudo na Guiné Bissau. A posição de destaque com que muitos cabo-verdianos chegavam a Guiné Bissau, ocupando postos de administração pública, fiscalidade, administração de justiça e outras funções despertou alguns ressentimentos locais, mas essa proximidade entre os dois povos acabaria por fazer com que os guineenses passassem a ter a ideia de que existiam africanos em melhor posição que a sua dentro da estrutura do império colonial (LOPES, 2000). Essa situação acelerou o processo de luta pela independência nacional que aconteceu em 1975 e permitiu a organização de um sistema de saúde estatizado durante os primeiros quinze anos, mas com ganhos assinaláveis em termos de indicadores de saúde pública e de melhoria das condições de saúde dos cidadãos.

Povoado com colonos europeus e escravos provenientes da costa ocidental africana, Cabo Verde evoluiu até finais do século XIX numa sociedade escravocrata. Nos primeiros séculos de povoamento desempenhou a função de uma importante plataforma atlântica, nas trocas comerciais entre a Europa, a África, as Américas e a Índia. A sua posição avançada no limite sul dos arquipélagos da Macaronésia permitiu a transformação destas ilhas numa importante área de experimentação de plantas, animais e culturas num período de intensa troca entre tropical e a Europa, organizada pelos promotores da expansão.

Essa importância é válida até hoje porque continua sendo importante no circuito Europeu e Americano. Ao longo da sua história a administração do arquipélago e toda a sua economia foram geridas em função dos interesses da Metrópole. A atividade econômica foi dominada por vários ciclos históricos que sempre terminara em graves crises de ordem social e econômica: O comércio de escravos, a criação de gado, o cultivo da cana-de-açúcar, o algodão, as atividades salineiras e portuárias. Registra-se que foi no âmbito da ocupação das ilhas da Macaronésia que os europeus experimentaram o sistema de agricultura de plantações que posteriormente foi levada para outras regiões tropicais.

Motivada por condições de ordem natural e sócio-cultural, Cabo Verde possui uma vasta tradição de emigração iniciada nos finais do século XVIII, sobretudo para os Estados Unidos da América. Atualmente existe uma extensa diáspora, ou seja, quase o dobro da população residente encontra-se emigrada na América do Norte, Europa, nos países da parte continental da África e em alguns países da América Latina (SILVA et al., 1995). A emigração cabo-verdiana é quase o dobro da população residente nas ilhas e contribui com cerca de 30% do PIB na economia de Cabo Verde e conseqüentemente no financiamento do seu sistema de saúde cabo-verdiano.

A primeira tentativa de separar o arquipélago de Cabo Verde da soberania portuguesa teve lugar na segunda metade do século XIX, não com o objetivo de obter uma independência nacional do território, mas sim com intenção de promover uma ligação ao Brasil, para onde a corte portuguesa se havia transferido na sequência das invasões francesas e até à Revolução Liberal de 1820. Em 1910 ocorre novo momento de propensão à separação com Portugal através de um levantamento popular em Ribeirão Manuel na Ilha de Santiago realizado pelos camponeses rendeiros que se revoltaram contra os donos das terras, exigindo, em mais um mau ano agrícola, o pagamento de rendas e a entrega de quota de frutas, no próprio dia de tomada de posse do recém chegado governador português Artur Marinha de Campos. Este gesto despertaria uma natural leitura de que teria chegado a hora de nova intentona separatista (MANALVO, 2009).

Amílcar Cabral, principal protagonista da luta pela independência da Guiné Bissau e Cabo Verde, chega à Guiné em Setembro de 1952 e começa um novo movimento de emancipação nos territórios da Guiné Bissau e Cabo Verde. Natural de Bafatá-Guiné Bissau, mas descendente de uma família cabo-verdiana de classe média, de Santa Catarina, fez a escola primária em Santiago e o liceu em São Vicente. Como excelente aluno, foi bolseiro em Portugal, onde teve contato com os também futuros líderes independentistas das colónias, nomeadamente Agostinho Neto e Mário Pinto de Andrade, de Angola, Vasco Cabral, da Guiné Bissau, Marcelino dos Santos, de Moçambique, Miguel Trovoada e Alda Espírito Santo de São Tomé e Príncipe, fato que lhe conferiu uma visão crítico-reflexiva do sistema colonial lusitana, das suas bases e das suas fraquezas, defendendo o ideal de independência e autodeterminação para Cabo Verde e Guiné Bissau (MANALVO, 2009).

Amílcar Cabral, Abílio Duarte, Aristides Pereira, Luís Cabral e alguns outros, a 19 de Setembro de 1956, criaram o PAIGC (Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde), em Bissau, agrupando as forças existentes que se opunham à presença portuguesa nos seus territórios, iniciando aí o caminho que conduziria ao processo de independência da Guiné em 1974 e de Cabo Verde em 1975 (CABO VERDE, 1976).

Essa caracterização geográfica e histórica de Cabo Verde está intrinsicamente relacionada com a estrutura, funcionalidade, organização, necessidades, evolução, estado de saúde da população e desempenho do sistema de saúde de Cabo Verde, componentes esses que serão descritos e analisados no capítulo micro contexto da política de saúde de Cabo Verde. Essa relação vai de encontro ao modelo de análise de política de saúde de Walt Gilson

utilizado neste estudo que prevê a apresentação das características geográficas e históricas na parte concernente ao macro contexto da política de saúde.

8.2 Esferas Econômica e Social

Pode-se considerar que a insularidade de Cabo Verde e a disposição das ilhas constituem a maior dificuldade econômica e social do país. A dispersão territorial da República de Cabo Verde obriga à um esforço financeiro maior para assegurar os bens essenciais ao desenvolvimento (transporte marítimo e aéreo entre as ilhas, produção e distribuição de energia e água, estrutura de prevenção e de cuidados de saúde, etc.) e de instalações necessárias para as prestações de serviços sociais, sanitários, administrativos e de segurança. Os custos induzidos pela multiplicação das infra-estruturas são inevitavelmente refletidos nos preços dos serviços em questão, incluindo os serviços essenciais relativos à saúde e educação. Essas discontinuidades provocam grandes problemas em relação ao objetivo de desenvolvimento equitativo entre as comunidades insulares regionais, quer se trate do acesso aos serviços de saúde e de educação, ou à informação e à cultura (CABO VERDE, 2006).

Cabo Verde tornou-se independente e considerado um Estado, pelas Nações Unidas, em 1975 e foi admitido na categoria de Países Menos Avançados em 1977. Em 1994, o país, pela primeira vez, satisfaz dois dos três critérios de saída desta categoria (o critério de baixo rendimento e o critério de atraso no desenvolvimento do capital humano, ou seja critério de qualidade de vida física). Esta situação, observada de novo em 1997, aparecia como resultado de uma progressão relativamente rápida do rendimento nacional por habitante (de 380 dólares em 1989 para 1.981,5 dólares em 2004) e de progressos não negligenciáveis no desempenho nacional em matéria de saúde e de educação (CABO VERDE, 2006).

O inquérito sobre às despesas e receitas das famílias (IDRF) de 2001 mostrou uma redução da pobreza no país. A estrutura da economia ainda não está bastante alargada de modo a que uma aproximação do limiar de saída dos PMA em 2000, pela terceira vez consecutiva, Cabo Verde situa-se acima dos limiares de saída relativos a dois dos três critérios (baixo rendimento, qualidade de vida física), enquanto que uma distancia importante instalou-se em relação ao limiar de saída relativo ao novo critério de vulnerabilidade econômica. A pobreza reduziu em Cabo Verde de 49% em 1988 para 37% em 2002. Houve uma redução da

pobreza em 12% em 14 anos. Nesse período segundo o Inquérito às Despesas e Receitas Familiares 2002 (IDRF-2002) a pobreza extrema reduziu-se de 32,34% para 20%. Contudo ainda persistem desigualdades quanto a concentração de riqueza no país. A taxa de pobreza extrema passou de 20% em 1998 para 14% em 2002 durante. Esta diminuição é de predominância rural visto que 51% desta população era pobre em 1998 e 46% em 2002 (CABO VERDE, 2006).

O desempenho do sistema de saúde depende reciprocamente e em grande medida dos níveis de pobreza, de empregabilidade, do saneamento básico, das condições de habitabilidade, de educação e em suma de desenvolvimento socioeconômico de Cabo Verde.

Segundo os dados do IDRF-2001/2002, 10% da população mais pobre tem apenas 15% do rendimento do país, sendo que 70% dos agregados familiares representam apenas 28% das despesas per capita, enquanto que 10% mais ricos representam 47% da despesa total (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS, 2001, 2002).

O PIB per capita em 2004 foi de 1981,5 US\$ (190 US\$ em 1975). A esperança de vida ao nascer é de 72 anos (49 anos em 1975). A esperança de vida saudável ao nascer é de 62,9 anos em 2004 segundo dados da OMS (acesso electrónico www.who.org).

Pode-se considerar que o produto interno bruto de e PIB per capita teve uma evolução bastante positiva ao longo de todos esses anos. A tabela seguinte indica-nos a evolução resumida do produto interno bruto de Cabo Verde:

Tabela 1 - Resumo da evolução do produto interno bruto de Cabo Verde.

PARÂMETROS	1976	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004
PIB (milhões US\$)	76,5	142,3	308,0	557,0	561,7	620,8	817,1	930,2
PIB/ cápita (US\$)	272,2	481,1	902,1	1.281,5	1.263,1	1.371,2	1.772,6	1.981,5
População	280.878	295.703	341.491	434.625	444.683	452.714	460.968	469.450

Fonte: Estatísticas Económicas Serie Victor Borges. Instituto Nacional de Estatísticas (2005).

Apesar de ser positiva a evolução do produto interno bruto em Cabo Verde, a partir de 2001 verificou-se uma quebra no crescimento da economia e aumento de desemprego que passou de 17% em 2000 para cerca de 19% em 2002. Entre 1995 e 2000 a economia cabo-verdiana tinha uma dinâmica de crescimento económico a uma taxa média de 8,4% tendo atingido uma taxa de 11,9% em 1999 e 7,3% em 2000. Entretanto entre 2001 e 2004 houve uma redução no crescimento económico de Cabo Verde, passando para uma média de de 5%.

O gráfico indica a evolução do crescimento económico de Cabo Verde de 1990 a 2004:

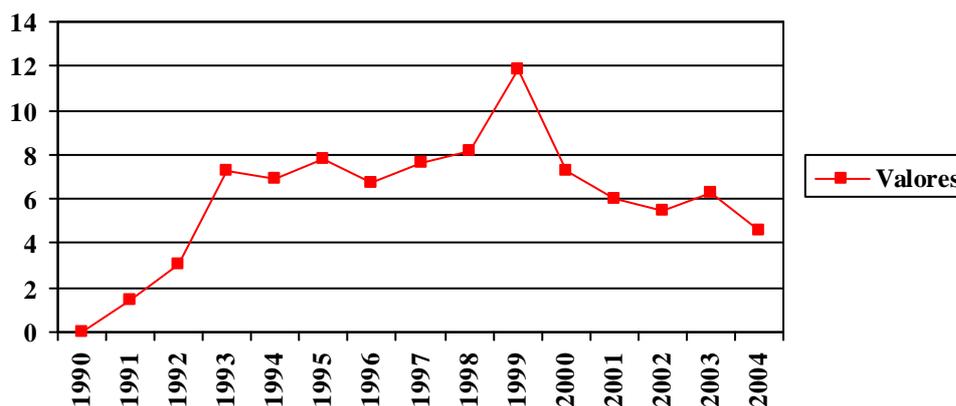


Gráfico 1: Crescimento Econômico de Cabo Verde de 1990 a 2004.
Fonte: Instituto Nacional de Estatísticas (2005).

A taxa de desemprego é de 18,7 com maior peso nas zonas rurais. Nas últimas três décadas o PIB do país multiplicou-se por oitenta (de 950 milhões de Escudos Cabo-verdianos no ano da independência para 75 bilhões em 2002 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS, 2002). Os dados publicados pela Organização Mundial da Saúde (2007) mostram que pelo índice de Desenvolvimento, Cabo Verde situa-se na posição 91 entre 171 países. Faz três anos que a Organização das Nações Unidas reclassificou o país, passando do grupo de Países Menos Avançados (PMA) para o grupo de Países de Rendimento Médio (PRM). Esse crescimento da riqueza nacional foi acompanhado por uma considerável melhoria de vida da população, especialmente apoiada pelo desenvolvimento alcançado nos setores de Educação, Saúde, Habitação, Saneamento Básico, entre outros. O escudo cabo-verdiano (CVE) é a moeda nacional e tem uma paridade fixa com o EURO garantido através de um acordo cambial com Portugal (membro da UE) desde o final dos anos noventa. Isso confere a moeda nacional uma forte estabilidade cambial na praça financeira (Cabo Verde. Orçamento Geral de Estado. B.O. I Série de 11/01/2007).

Segundo Instituto Nacional de Estatísticas (2004), a taxa de escolarização básica até 6ª classe é de 99% e até 9ª classe é de 89%. A taxa de alfabetização geral é de 87% (20% em 1975). O ratio h/m é de 0,9% para ensino secundário e de 0,85% para o ensino universitário. Os gastos com a educação representam cerca de 20% dos gastos totais do país. Os gastos com a saúde representam cerca de 9% das despesas governamentais e cerca de 1,9% do PIB.

A tabela seguinte espelha os indicadores de educação em Cabo Verde entre 1990 e 1999.

Tabela 2: Indicadores de Educação em Cabo Verde entre 1990 e 1999.

INDICADOR	1990	1999
Numero de Alunos Ensino Básico	70.000	93.000
Taxa Liquida escolarização Ensino Básico	89 %	99 %
Taxa de repetência Ensino Básico	20 %	10 %
Taxa de abandono Ensino Básico	6 %	3 %
Taxa de analfabetismo	38 %	13 %
1Professores Qualificados Ensino Básico	21 %	68 %
Ratío aluno/professor Ensino Básico	32	27
Numero de Alunos Ensino Superior	9.700	40.000
Taxa Liquida escolarização Ensino Superior	20 %	52 %
Taxa de repetência Ensino Superior	26 %	16 %
Numero de Professores	364	1541
Ratío aluno/professor Ensino Superior	41	23

Fonte: Elaborado pelo autor

Com a subida da taxa de escolarização básica em Cabo Verde, o ensino obrigatório de seis anos passou a ser assegurado a praticamente todas as crianças e jovens cabo-verdianos de todos os extratos sociais, estando mais de um terço da população global das ilhas a estudar e cerca de metade é do sexo feminino. Como resultado dessa política o analfabetismo baixou de 38% em 1990 para 13% em 2000, a cobertura do pré-escolar passou a situar-se em 65%, no ensino secundário os estabelecimentos privados de educação e formação passaram a gerir quinze escolas que albergam cerca de 4.500 alunos em 2000 e o número de formandos em instituições sediadas em Cabo Verde mais do que quadruplicou, tendo subido de 230 para 960 em poucos anos (ROSÁRIO, 2000).

A taxa de abandono escolar em 1990 era de 4,4% no ensino secundário, de 6,4% no ensino básico em 1990 e de 2,4 em 2000. No entanto, infelizmente; houve um aumento da taxa de abandono escolar nos anos letivos 2002/2003 e 2003/2004, passando para 7%.

Os gráficos seguintes indicam a evolução do abandono escolar nos liceus e no ensino básico integrado (EBI) de 2000 a 2003.

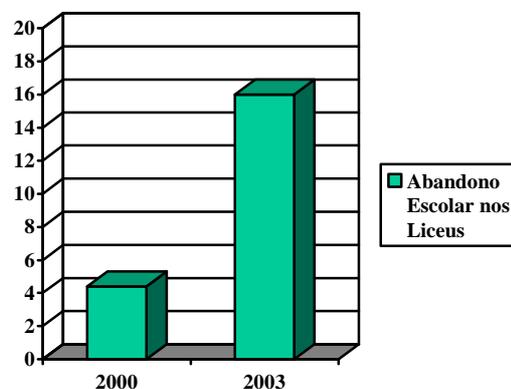


Gráfico 2: Taxa de abandono escolar nos Liceus de Cabo Verde em 2000 e 2003.
Fonte: Instituto Nacional de Estatísticas (2005).

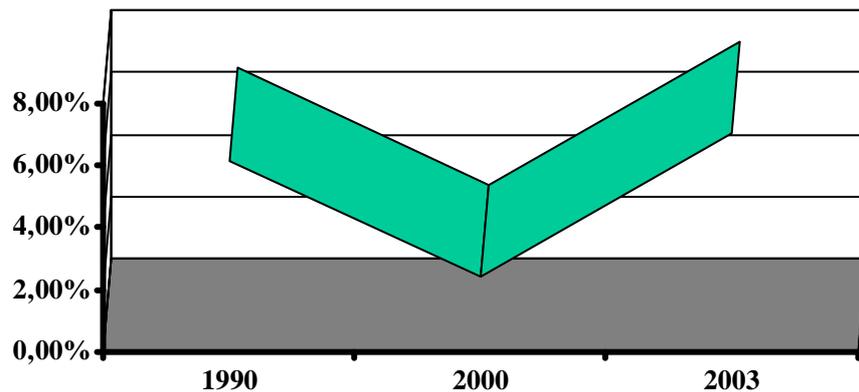


Gráfico 3: Evolução de taxa de abandono escolar no EBI
Fonte: Instituto Nacional de Estatísticas (2005).

Nos últimos 12 anos o Índice de Desenvolvimento Humano cresceu cerca de 14%, passando de 0,587 em 1990 a 0,670 em 2002 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS, 2004).

Em síntese, apesar de Cabo Verde ser um país pequeno, insular, com poucos recursos naturais, dependendo sobretudo do turismo, da pesca, da agricultura, da remessa dos emigrantes, da ajuda internacional e de uma pequena indústria de transformação, ele é um país democrático, seguro, com estabilidade política, econômica e social, estando a ter avanços significativos na esfera social e econômica, com um crescimento econômico médio de 8,5% na década de 1990 e de 5,5% a partir de 2001, com melhoria dos indicadores de saúde e de educação digna de registro e considerado país de desenvolvimento médio pelas Nações Unidas (2004) (Resolução 59/210 de 20 de Dezembro de 2004).

Cabo Verde passou a ter uma democracia constitucional liberal e uma economia livre após a mudança da constituição em 1992 e como reflexo das políticas e resultados de crescimento e desenvolvimento econômico na sequência da aprovação de uma constituição moderna e democrática. Os resultados conseguidos orgulham todos os cabo-verdianos. No entanto, o relatório de desenvolvimento humano (RDH) publicado pelo PNUD, em 2005 coloca Cabo Verde na posição 105 do ranking mundial em quanto a índice de desenvolvimento humano.

Após uma dinâmica de desenvolvimento humano alcançada no período 1995-2000, em que Cabo Verde subiu 24 posições (de 123^a para 100^a), os dados publicados evidenciam que, a partir de 2001, o país desceu 5 posições, entretanto, ou Índice de Saúde, que em 2000 era de 0,75, passou para 0,76, em 2003; ou Índice de Educação, que em 2000 era 0,75, mantém-se

com o mesmo valor e o Índice do PIB que era 0,65, ficou no 0,66, provando que não houve nenhuma evolução positiva significativa para a situação dos cabo-verdianos seja na área social, seja na área económica, no período 2000-2003. Pode-se afirmar que esta situação tem como consequência algum atraso de Cabo Verde em relação aos seus concorrentes na economia mundial. No que concerne as dinâmicas de desenvolvimento humano, Cabo Verde vê-se largamente ultrapassado por países como as Seychelles, Tonga e Maurícias que já ocupam as posições 51^a, 54^a e 65^a respectivamente.

A República de Cabo Verde pertence ao grupo de pequenos estados insulares Small Islands Developing States (SIDS), cujos desafios de desenvolvimento e de sustentabilidade são idênticos, derivados da pequena dimensão da população, vulnerabilidade ambiental e limitações em recursos económicos e humanos. Por outro lado, são os pequenos territórios Estados Insulares cujas tendências apontam como sendo os 10 com maior PIB relativo do setor turístico, segundo dados da Organização Mundial do Turismo.

No entanto é preciso ter em conta a singularidade de Cabo Verde como um país que apresenta uma série de equilíbrios muito instáveis e vulneráveis e com condições naturais adversas que não se encontram na maioria de estados insulares. Apenas para ilustrar constata-se que muitos estados pequenos insulares apresentam um nível de desenvolvimento socio-económico superior a Cabo Verde e encontram-se no nível de desenvolvimento humano elevado, como Barbados, Malta, Bahamas, Seychelles, Tonga, e na deanteira do desenvolvimento medio, como são os casos de Antigua y Barbuda, Maurícias e Dominica. Quarenta posições separam Cabo Verde das Maurícias que, por seu lado, esta a sete posições do primeiro país de desenvolvimento humano médio.

A seguir é apresentado a tabela que indica alguns dados comparativos de qualidade de vida em alguns pequenos Estados insulares:

Tabela 3: Alguns dados comparativos de qualidade de vida em alguns pequenos estados insulares.

	Esp. Vida (anos)	Educação (índice)	PIB per capita (dólar)	Ranking IDH
Barbados	75	0,96	\$9.708,00	30
Malta	78	0,85	\$12.157,00	32
Seychelles	73	0,89	\$8.610,00	51
Maurícias	72	0,80	\$4.274,00	65
Suriname	69	0,83	\$2.635,00	86
Fiji	68	0,86	\$2.438,00	92
Maldivas	67	0,90	\$2.441,00	96
Cabo Verde	70	0,75	\$1.698,00	105
Africa Sub.-S.	46	0,56	\$633,00	
HHD	78	\$25.167,00	
MHD	67	0,75	\$1.237,00	58 a 145

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: RDH-2005 (dados de 2003), HHD – Países de desenvolvimento humano alto, MHD- Países de desenvolvimento humano médio

Por outro lado, pode-se realçar que relativamente ao conjunto da África Sub-sahariana, Cabo Verde está bem posicionada dispondo de boas condições ao nível da Educação, Crescimento Económico, Desenvolvimento Institucional, Estabilidade Política e da Saúde.

Cabo Verde tem uma população residente de cerca de 500.000 habitantes (2008), sendo que 55% residem no meio urbano e 45% no meio rural. Verifica-se a tendência à urbanização da população cabo-verdiana, com grande concentração nas principais cidades do país, Praia e Mindelo. Admite-se que o ritmo acelerado da urbanização em Cabo verde depende, em grande parte, se não fundamentalmente, das migrações internas, das populações rurais, ou das outras ilhas, em direção da Praia, Mindelo e Sal com consequências preocupantes relativamente às dificuldades de habitação e capacidade de resposta em matéria de escolas, de estabelecimentos de saúde, saneamento básico e do equipamento social em geral (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS, 2000).

A densidade populacional é de 125 habitantes/km². A capital do país é a cidade da Praia e situa-se na Ilha de Santiago. O país tem uma população muito jovem. A população menor de 25 anos representa 62% da população geral e a maior de 60 anos representa 10%. Segundo o documento do diagnóstico da situação da saúde (CABO VERDE, 2005) a taxa de crescimento anual da população passou de 2,5% em 1988 para 1,8% em 2005, com tendência a baixar. Essa situação pode ser o reflexo de uma política de controle de natalidade fortemente

estimulada nos anos 80 e até os anos 2000. A prevalência contraceptiva foi de 31% em 2005. É óbvio que outros fatores contribuíram para essa situação como o incremento da escolaridade no país. Mas não deixa de ser paradoxal, já que de um lado o país precisa de mercado interno para determinados investimentos de maior envergadura. O aumento demográfico deveria ser visto como oportunidade de desenvolvimento para um país com poucos habitantes (CABO VERDE, 2005).

As características de uma população relacionadas com a quantidade e qualidade, ou seja, o nº de habitantes de um país, a sua distribuição por faixa etária, por sexo, por concelho e se possível por localidade, o nível de urbanização e a expectativa de vida são variáveis de grande importância em termos de saúde pública, permitindo a racionalização dos recursos disponíveis, administração e gestão, a formulação, implementação e avaliação de políticas em saúde, a organização e programação dos serviços e dos cuidados de saúde prestados, com repercussão em qualquer processo de reforma, pois a aposta na defesa da dignidade da pessoa humana para além de ser um princípio básico da Constituição cabo-verdiana, pode ser considerado o primeiro objetivo do sistema de saúde e do seu processo de reforma. Portanto torna-se uma exigência num trabalho em que se descreve e se analisa a reforma do sistema de saúde de Cabo Verde, a apresentação dos principais dados relacionados com a população que é o principal alvo desse sistema e do seu processo de reforma.

È apresentada nas tabelas 4, 5 e 6 a distribuição da população Cabo-verdiana residente, por concelhos e ilhas que compõem a República de Cabo Verde, sexo, faixa etária e nascimentos em 2006, antes da aprovação de mais cinco novos municípios:

Tabela 4: População de C V segundo o Concelho, 2006.

Concelhos	População	
	N.º	%
Ribeira Grande	21.961	4,5
Paúl	8.738	1,8
Porto Novo	18.230	3,7
São Vicente	75.995	15,6
São Nicolau	13.279	2,7
Sal	18.333	3,8
Boa Vista	5.401	1,1
Maio	7.705	1,6
Praia	127.305	26,1
São Domingos	14.016	2,9
Santa Cruz	37.015	7,6
Santa Catarina	56.010	11,5
São Miguel	17.155	3,5
Tarrafal	21.436	4,4
Mosteiros	9.806	2,0
São Filipe	28.321	5,8
Brava	6.415	1,3
CABO VERDE	487.138	100

Fonte: Perspectivas demográficas 2000-2020, INE

Tabela 5: População por sexo e grupo de idade em 2006.

Grupos de Idade	Total	Masculino	Feminino
0 – 11 meses	13.734	6.989	6.745
1- 4 anos	51.600	26.219	25.381
5 – 14 anos	119728	60462	59266
15 - 24 anos	113.144	56.420	56.724
25 - 49 anos	135.132	64.665	70.467
50 - 64 anos	25162	9987	15175
65 anos +	28.638	11.388	17.250
Total	487.138	236.130	251.008

Fonte: Perspetivas demográficas 2000-2020, INE

Tabela 6: Nascimentos em Cabo Verde em 2006.

Nascimentos em 2006	14.010
----------------------------	---------------

Fonte: Perspectivas demográficas 2000-2020, INE

8.3 Esfera política

O sistema de saúde e o seu processo de reforma está intrinsecamente ligado à organização política, ao regime político, ao sistema de governo, à estabilidade democrática, ao desempenho dos órgãos de soberania e do poder local, e às leis que regem a sociedade. Por isso e seguindo o modelo de Walt Gilson que inclui a análise da esfera política na análise do macro contexto da política de saúde, é analisada, de certa forma, o percurso e a situação política de Cabo Verde neste sub capítulo.

Depois de 515 anos de colonização portuguesa, Cabo Verde tornou-se independente e considerado um Estado, pelas Nações Unidas, na sequência de uma luta de libertação nacional realizada conjuntamente com a Guiné-Bissau, e governado sob regime de partido único até 1991. Esse período corresponde a implementação de um sistema de saúde completamente estatizado e público.

Na história da nação Cabo-verdiana, a proclamação da Independência Nacional constitui-se num dos momentos mais importantes. Factor de identidade e revitalização da nossa condição de povo, sujeito às vicissitudes do destino, mas comungando a tenaz esperança de criar nestas ilhas as condições de uma existência digna para todos os seus filhos e cidadãos residentes, a Independência permitiu ainda que Cabo Verde passasse a ser membro de pleno direito da comunidade internacional (CABO VERDE, 1999).

Infelizmente, a afirmação do Estado Independente não coincidiu com a instauração do regime de democracia pluralista, tendo antes a organização do poder político obedecido à filosofia e princípios caracterizadores dos regimes de partido único (CABO VERDE, 1992).

O exercício do poder político no quadro desse modelo demonstrou, à escala universal, a necessidade de introduzir profundas alterações na organização da vida política e social dos Estados. Novas idéias assolaram o mundo, fazendo ruir estruturas e concepções que pareciam solidamente implantadas, mudando completamente o curso dos acontecimentos políticos internacionais. Foi nesse contexto que a abertura política em Cabo Verde teve lugar em mil novecentos e noventa, levando à criação das condições institucionais necessárias às primeiras eleições legislativas e presidenciais num quadro de concorrência política.

Na seqüência desse processo, a 28 de Setembro de 1990, a Assembleia Nacional Popular aprovou a Lei constitucional nº 2/III/90 que, revogando o artigo 4 da Constituição e

institucionalizando o princípio do pluralismo, consubstanciou um novo tipo de regime político (CABO VERDE, 1992).

Desde então, com a abertura política, o país adotou um sistema político multipartidário de regime parlamentar. Em Janeiro de 1991 foram realizadas as primeiras eleições pluripartidárias, livres e democráticas e a expressiva participação das populações nessas eleições demonstrou claramente a opção do país no sentido da mudança de regime. Em 1992 foram realizadas as primeiras eleições autárquicas no país. A partir desse período, foram realizadas de forma regular as eleições presidenciais e legislativas (mandatos de cinco anos) e eleições autárquicas (mandatos de quatro anos), com duas grandes alternâncias políticas a nível de governo central, três a nível presidencial e várias nos municípios, em 18 anos, num ambiente de paz social e do aprofundamento do exercício democrático. A partir de 1991 o exercício da prestação dos cuidados de saúde no setor privado foi liberalizado de fato e Cabo Verde passou a ter um sistema de saúde misto público/privado que ainda vigora.

Em 1992 a Assembleia Nacional de Cabo Verde aprovou uma nova constituição e o país passou a garantir o respeito pela dignidade da pessoa humana, reconhecendo a inviolabilidade e inalienabilidade dos Direitos do Homem como essência de toda a comunidade humana, da paz e da justiça, passando Cabo Verde a ser considerado uma República soberana, unitária e democrática; a igualdade de todos os cidadãos perante a lei, sem distinção de origem social ou situação econômica, raça, sexo, religião, convicções políticas ou ideológicas e condição social e o pleno exercício por todos os cidadãos das liberdades fundamentais; a vontade popular e a realização da democracia econômica, política, social e cultural e a construção de uma sociedade livre, justa e solidária.

A partir de 1992 foram criadas as condições para à remoção dos principais obstáculos que possam impedir o pleno desenvolvimento da pessoa humana e limitar a igualdade dos cidadãos e a efetiva participação destes na organização política, econômica, social e cultural do Estado e da sociedade cabo-verdiana, na base de organização de um Estado de direito democrático Cabo Verde defende os princípios da soberania popular, o pluralismo de expressão e de organização política democrática e o respeito pelos direitos e liberdades fundamentais.

A nova constituição moderna e democrática de 1992 manteve natureza unitária do Estado, a forma republicana de governo e introduziu a democracia pluralista, a separação e a interdependência dos poderes, a separação entre as Igrejas e o Estado, a independência dos tribunais, a existência e autonomia do poder local e a descentralização democrática da

Administração Pública que passaram a ser reconhecidos e respeitados na organização do poder político em Cabo Verde.

A mudança de regime político trouxe consigo reformas políticas, econômicas e sociais e o país abraçou a defesa da dignidade humana como um valor que melhor se afirma com a liberdade individual, o primado da lei, a liberdade econômica e a criação de oportunidades para uma vida condigna e para a ascensão social nas diversas regiões de Cabo Verde. O desenvolvimento como sinónimo de liberdade pode ser considerado um paradigma que se sustenta no facto de o Homem ser a maior riqueza de um país, de qualquer país, seja ele rico ou pobre. Sustenta-se também no facto de que o Homem se realiza melhor num ambiente de liberdade e que a iniciativa do indivíduo pode ser determinante para o crescimento e desenvolvimento económico (CABO VERDE, 2006).

Em conformidade com a constituição da República de Cabo Verde, o programa eleitoral do Movimento para a Democracia de Cabo Verde (2006) considera que não é suficiente que a sociedade seja democrática. Ela pode também ser liberal e constitucional. Não basta procurar assegurar que o Governo seja baseado no consentimento dos governados. As democracias podem ser também liberais, isto é, comprometidas com os direitos individuais e a liberdade, com o princípio de que o Estado depende dos indivíduos, e não o contrário. As democracias podem ser também constitucionais: considera-se que “a Constituição é o fundamento e o limite do poder político e do seu exercício”.

A revisão da Constituição da República de Cabo Verde (1999) estipula que o sistema de governo cabo-verdiano baseia-se no primado da lei, “a forma de governo na qual nenhum poder pode ser exercido se não estiver em conformidade com os procedimentos, os princípios e as restrições contidas na lei, e na qual todos os cidadãos gozam do direito de apelar à justiça contra qualquer outro cidadão, por muito poderoso que seja, e contra o próprio Estado, por qualquer ação que implique uma violação da lei”.

O Estado de Cabo Verde defende o exercício pleno da cidadania através de uma sociedade civil responsável, actuante e autónoma em relação ao Estado. Defende a promoção de uma cultura da Constituição e da consciência aguda da importância dos direitos civis e políticos, com forte envolvimento do sistema educativo, da saúde e da comunicação social (CABO VERDE, 2006).

A República de Cabo Verde defende um Estado institucionalmente forte, eficaz e desenvolvimentista, capaz de assegurar a governação das relações contratuais e garantir os

arranjos institucionais e políticos que suportam a confiança entre os agentes económicos, em que o poder político e o seu exercício se confinam ao quadro constitucional, com um poder judicial forte e independente, vinculado à Constituição e à lei (ou equidade), promotor do desenvolvimento regional e da coesão económica e social, que reconhece e promove os direitos económicos fundamentais como a propriedade privada, a iniciativa económica privada sujeita a regras (ecológicas, de ordenamento, de concorrência leal, de protecção da saúde e proibição do abuso do direito), a liberdade de escolha do que e como produzir, distribuir e consumir, a liberdade de oportunidades e de condições de instalação, realização e concorrência para todos os agentes económicos, e que reconhece e promove os direitos sociais básicos a todos os cidadãos e os direitos dos consumidores (VEIGA, 2006).

O sistema político cabo-verdiano baseia-se no parlamentarismo, sendo o Parlamento considerado o centro vital do sistema o que vem permitindo manter a estabilidade política e económica e conseqüentemente o processo de desenvolvimento. No sistema político de Cabo Verde o Parlamento é de fato o centro do poder político, detendo o poder legislativo por excelência, a par do poder de fiscalização sobre a atividade do executivo governamental, no seio do qual todo o debate político é travado. Este modelo do sistema de governo foi proposto em 1990 (VEIGA, 1990).

Em Cabo Verde existem os seguintes órgãos de soberania: Presidente da República, Assembleia Nacional, Governo e Tribunais que são independentes do poder político.

Ao Presidente da República cabe o poder moderador do próprio sistema político, nomeando o governo com base nos resultados eleitorais, garantindo a conformidade constitucional da produção legislativa pelo poder de veto, dissolvendo o Parlamento em caso de crise constitucional grave. O Presidente da República também participa na nomeação de alguns Juizes para o Supremo Tribunal de Justiça que até este momento acumula as funções de tribunal constitucional. Ao governo cabe o poder de executar políticas públicas, sendo responsável perante o Parlamento por onde passam a discussão e a aprovação dos documentos essenciais definidores da sua estratégia política, dos projetos e das propostas de Lei (CABO VERDE, 1992).

Faz parte do sistema político cabo-verdiano um poder local forte eficaz e efetivo, com ampla autonomia municipal, podendo garantir a participação política de uma sociedade dividida por dez ilhas e vinte e dois municípios atualmente. Essa autonomia acaba por representar o garante da democratização do país pela cultura de participação cívica e política que estimula, ajudando na criação de novos hábitos democráticos. Dada a diversidade cultural

existente em Cabo Verde, hoje defende-se que esse poder forte e autónomo não pode continuar a ser apenas municipal, mas também regional para permitir o reforço dessa diversidade cultural e da sua defesa, politicamente participada por todos (MANALVO, 2009).

Segundo a Constituição de Cabo Verde (1999), os tribunais são órgão de soberania e administram a justiça juntamente com outros órgãos não jurisdicionais de composição de conflitos, criados de acordo com as normas de competência e do processo legalmente estabelecidas. Os tribunais são independentes e apenas estão sujeitos à Constituição e à Lei.

Toda essa trajetória política de Cabo Verde permitiu a introdução de mudança do modelo de sistema de saúde a partir de 1991, o reforço da estrutura organizacional do sistema, com avanços bastante significativos na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, destacando-se o setor da saúde, apesar de existirem ainda muitas deficiências e fraquezas que requerem tomada de novas medidas consistentes de política capazes de reduzi-las.

9 MICRO-CONTEXTO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE CABO VERDE

Em conformidade com o modelo de Walt e Gilson modificado utilizado neste estudo, o micro contexto inclui sistema e serviços de saúde, políticas setoriais, financiamento do setor, qualidade de recursos, mudanças epidemiológicas e principais problemas de saúde:

9.1 Organização dos serviços de saúde

Como foi referido na caracterização do problema, o sistema de saúde de Cabo Verde passou por três fases distintas ou seja a fase colonial portuguesa de 1460 a 1975, fase pós independência e de regime de partido único ou monolítico em que o sistema era completamente estatizado e público (1975-1990) e fase da liberalização do sector da saúde com o advento da democracia em 1991 e introdução do sistema misto ou seja público e privado.

A primeira etapa do sistema de saúde de Cabo Verde começa após a descoberta das ilhas pelos portugueses em 1460 e corresponde a fase colonial. Nessa época a política de saúde era desorganizada, sem legislação adequada e Cabo Verde vivia um vazio sanitário com um número reduzido de infra-estruturas degradadas, recursos humanos pouco qualificados e não diversificados, com uma taxa de mortalidade infantil de 108 por mil, taxa de mortalidade geral de 12 por mil (1975) e o sistema servia sobretudo os colonos portugueses e a classe média, enquanto a maioria da população originária era obrigada a recorrer aos cuidados da medicina tradicional empírica. Algumas atividades sanitárias de atenção primária e especializada eram praticadas de forma desorganizada e concentrada nos dois principais hospitais localizados nos dois centros urbanos de então, Praia capital do arquipélago, e Mindelo.

No período colonial, através da Carta de Lei de 30 de Junho de 1947, D. Manuel tomou a decisão de mandar construir o primeiro hospital da Colónia na Vila da Ribeira Grande, na ilha de Santiago, mas o mencionado hospital ficou sem funcionar, dado que o financiamento do mesmo não foi viabilizado pelos responsáveis por sua administração (GOMES, 2006).

Até finais de século XVI era inexistente a presença de médicos em Cabo Verde (VIEIRA, 1999). Em 1956 o Bispo de Cabo Verde, D. Frei Francisco da Cruz ordenou a construção do Hospital da Misericórdia, que contou com o apoio e expressiva participação financeira dos habitantes das ilhas e a recuperação de alguns materiais que pertenciam do hospital que D. Manuel dera ordens para construir. Entretanto, as condições de higiene do referido hospital eram deficientes, o nº de leitos insuficiente, chegando a ter leito ocupado por dois a três pacientes e havendo internações conjuntas de mulheres e homens na mesma sala.

Após a independência nacional em 1975, instalou-se a primeira República com um regime de partido único, monolítico e totalitário (1975-1990). Nesse período a política de saúde de Cabo Verde baseava-se num sistema completamente estatizado e somente público à semelhança dos países comunistas (ex-União Soviética, e outros países do leste europeu), com proibição categórica do setor privado de prestação de cuidados de saúde, verificando-se, mesmo assim, avanços assinaláveis no sector da saúde e melhoria significativa dos indicadores da saúde pública (TMI-56,2 por mil e TMG-7,3 por mil em 1990). Nessa fase, os princípios fundamentais da política de saúde estavam contidas na Lei da Organização Política do Estado (LOPE) e na Constituição da Primeira República. Os princípios fundamentais da política de saúde dessa etapa baseavam-se nos artigos 14º e 38º, "a saúde pública tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua inserção equilibrada no meio sócio ecológico em que vive" e todo o cidadão tem o direito à protecção da saúde e o dever de a promover e defender"

Em 1991 começa a fase de liberalização do setor da saúde após o advento da democracia em Janeiro de 1991 com a realização das primeiras eleições legislativas e presidenciais livres transparentes e democráticas, tendo acontecido a alternância do poder, mudança do regime totalitário e monolítico para o regime pluripartidário ou pluralista e democrático, permitindo a aprovação de uma nova constituição, consagrando um Estado de Direito Democrático com um vasto catálogo de direitos, liberdades e garantias dos cidadãos, a concepção da dignidade humana como valor absoluto, sobrepondo-se ao próprio Estado e introdução da medicina privada no sistema nacional de saúde com resultados bastante positivos (TMI-26,2 e TMG-5,6 por mil em 2000).

O Estado passou a ter a obrigação constitucional de garantir o direito à saúde a todos e o dever de a defender e promover, independentemente da condição económica com incumbência de assegurar a existência do funcionamento do setor público da saúde e de incentivar e apoiar a iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde preventiva,

promocional, curativa e de reabilitação. Cabo Verde passou a ter novo modelo de sistema de saúde inspirado no Sistema Nacional de Saúde ou modelo Beveridge já descrito e analisado no Marco Teórico. Como resultado dessa mudança no sistema de saúde cabo-verdiano, os principais indicadores de saúde pública como as taxas de mortalidade infantil, perinatal, neonatal, pós neonatal, juvenil, materna e geral tiveram uma diminuição muito significativa de 1995 a 2006 conforme demonstram a tabela e o gráfico que são apresentados logo a seguir:

A **tabela nº 7** que se segue mostra-nos a evolução bastante favorável de taxas de mortalidade no período 1995/2006, estando em concordância com os avanços alcançados no sistema de saúde Cabo-verdiano:

A tabela 7 - Evolução de Taxas de Mortalidade em Cabo Verde, 1995 – 2006.

Taxas	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Mortalidade Infantil	57,9	40,9	52,5	37,6	35,3	26,8	23,0	20,4	18,3	21,3	20,5	21,5
Mortalidade Neonatal Precoce	19,5	14,7	13,1	13,7	11,6	11,9	8,8	7,9	8,6	10,7	10,9	10,5
Mortalidade Neonatal Tardia	5,5	4,3	5,4	4,2	3,9	3,1	3,2	3,2	2,3	2,5	2,2	2,6
Mortalidade Pós-Neonatal	32,9	22,0	34,0	19,7	19,8	11,8	11,1	9,3	7,4	8,2	7,4	8,4
Mortalidade Perinatal	47,8	39,1	42,3	42,4	35,7	33,1	28,4	25,8	26,5	28,0	25,3	25,6
Mortalidade Juvenil (1 – 4 A)	4,3	2,4	4,3	2,4	2,3	1,6	1,2	1,0	1,1	1,1	0,7	0,9
Mortalidade menores de 5 Anos	76,8	49,8	69,3	47,0	44,3	32,6	27,2	24,1	22,1	25,5	23,1	24,8
Mortalidade Materna	71,1	47,6	34,3	42,6	42,0	88,2	39,5	7,8	30,6	37,6	14,7	36,2
Mortalidade Geral	9,1	6,9	7,5	6,8	6,6	5,6	5,4	5,3	5,6	5,4	5,1	5,4

Fonte: Gabinete de Estudo Planeamento e Cooperação do Ministério da Saúde, Estatísticas de Mortalidade (CABO VERDE, 2005).

A evolução da taxa de mortalidade geral em Cabo Verde no período que vai de 1995, ano que marca o início do segundo mandato do governo em Cabo Verde democrático, a 2006, ano que marca o fim do primeiro mandato, após a nova e segunda alternância política de governo verificada em 2001, é positiva, pelos dados que constam do gráfico que se apresenta no início da página seguinte. Nesse período a mortalidade geral diminuiu significativamente, passando de 9,1 por mil para 5,4 por mil habitantes, podendo essa redução da mortalidade

geral ser consequência de medidas de políticas tomadas a partir de 1992 com a aprovação da nova constituição e introdução de reforma no sistema.

O gráfico 4 apresenta a evolução de mortalidade geral em Cabo Verde de 1995 a 2006:

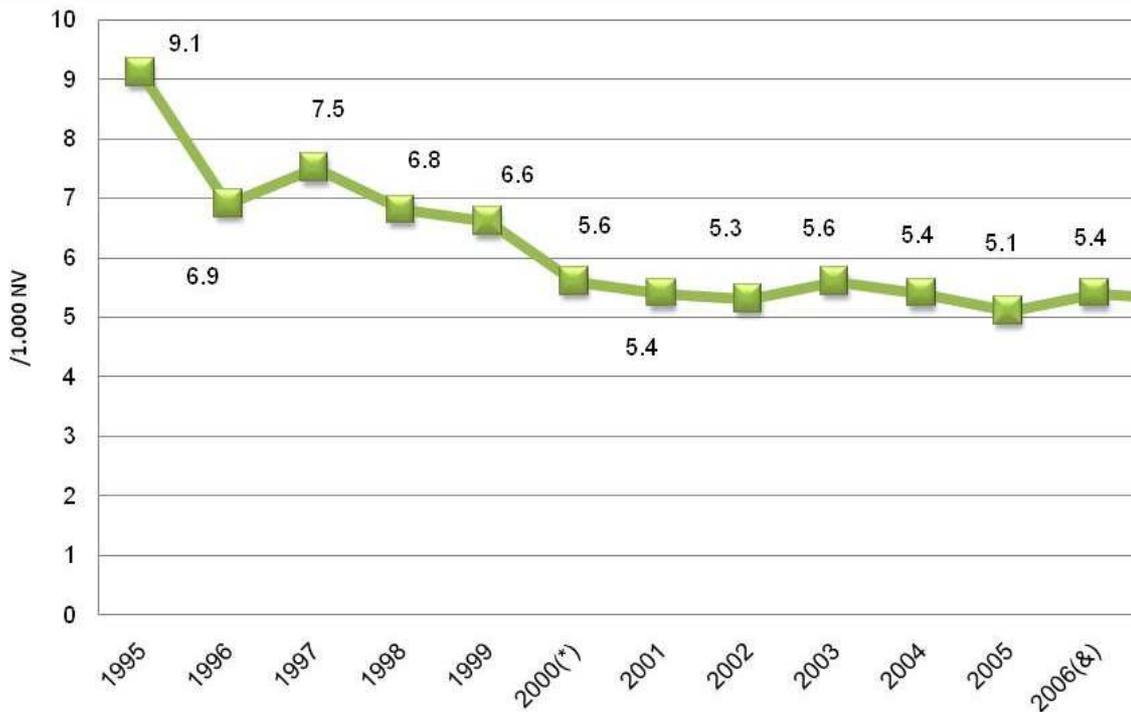


Gráfico 4: Taxas de mortalidade geral - Cabo Verde 1995 – 2006.

Fonte: Sistema de Informação Estatísticas de Mortalidade/Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação/Ministério da Saúde da República de Cabo Verde (2005). População INE

Conforme o Ministro da Saúde da República de Cabo Verde Ramos (2007), durante os trinta e quatro anos de independência de Cabo Verde o sistema nacional de saúde conseguiu avanços significativos, tendo, de forma positiva, cumprido a sua missão de promover o bem-estar físico, mental e social das populações e assegurar cuidados de saúde a todo o cabo-verdiano. Entretanto, o sistema de saúde cabo-verdiano experimenta dificuldades relacionadas com os desafios que se prendem com as alterações verificadas no quadro epidemiológico do país, o aumento das expectativas dos cabo-verdianos em matéria de saúde, a insuficiência de recursos para fazer face às demandas do setor, necessitando de medidas e ações que possam permitir uma melhor qualificação da promoção e da equidade no acesso aos cuidados de saúde, melhorar o funcionamento e o desempenho dos estabelecimentos de saúde e dos profissionais, adequar melhor a gestão dos recursos disponíveis, assegurar e garantir uma melhor forma de financiamento do sistema e a sua sustentabilidade, aumentando

paulatinamente o nível de humanização dos cuidados prestados com especial incidência no atendimento, para poder melhorar qualitativamente a satisfação das necessidades dos usuários.

Atualmente o Sistema Nacional de Saúde Cabo-verdiano é definido como um conjunto integrado de todos os recursos humanos, financeiros e materiais, de propriedade pública, privada ou mista, que a administração central do Estado, os municípios e outras instituições reúnem para proporcionar o direito à saúde da população e para a prestação de cuidados mais adequados possíveis às suas necessidades. O Sistema Nacional de Saúde tem os seguintes elementos: Setor Público de Saúde que corresponde ao Serviço Nacional de Saúde e Setor privado de prestação de cuidados de saúde.

Segundo o documento sobre política de saúde do Ministério da Saúde de Cabo Verde (2007), o Departamento governamental responsável máximo pelo setor da saúde é o Ministério da Saúde que é constituído pelos serviços centralizados e descentralizados de administração e de prestação de cuidados de saúde. Fazem parte dos serviços centralizados o Gabinete do Ministro da Saúde, a Direção Geral da Saúde que compreende o Serviço de Vigilância Epidemiológica e os Programas de Saúde Pública, a Direção Geral da Farmácia, a Direcção dos Recursos Humanos e Administração, o Gabinete de Estudos, Planejamento e Cooperação, incluindo o Serviço de Informação e Estatística, a Inspeção Geral da Saúde, o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário, o Comité de Coordenação de combate a SIDA, a Escola de Profissionais de Saúde, Hospitais Centrais (2), o Serviço de Saúde Reprodutiva e os Órgãos Consultivos-Conselho Nacional de Saúde e Conselho Nacional de Medicamentos.

Os Serviços Descentralizados incluem os Hospitais Centrais (2) na Praia e São Vicente, as Delegacias de Saúde em cada município (22), os Hospitais Regionais (3), os Centros de Saúde (21 e 5 em construção), os Postos Sanitários (36) e as Unidades Sanitárias de Base (115). Os serviços de saúde em Cabo Verde são classificados ainda em centrais, autónomos e simples. Como serviços centrais são considerados o Gabinete do Ministro da Saúde e as Direções gerais, os serviços autónomos são os Hospitais Centrais da Praia e São Vicente, o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário e as Regiões Sanitárias (ainda em discussão) e os serviços simples são considerados as Delegacias de Saúde.

Em 1975 só existiam em Cabo Verde 20 médicos, 28 enfermeiros, 2 hospitais centrais e 27 postos sanitários, mas em 2006 esse quadro mudou completamente para melhor conforme vamos elucidar na tabela seguinte:

A **tabela 8**, apresentada a seguir indica-nos as principais estruturas sanitárias que compõem o Serviço Público de Saúde Cabo-verdiano, assim como a distribuição por ilhas e concelhos de Cabo Verde.

Tabela 8: Estruturas Sanitárias por Delegacia de Saúde – 2006.

Estruturas	Ribeira Grande	Paúl	Porto Novo	S. Vicente	S. Nicolau	Sal	Boa Vista	Maio	Praia	S. Domingos	Sta Cruz	Santa Catarina	S. Miguel	Tarrafal	Mosteiros	S. Filipe	Brava	Total
Hospital Central	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Hospital Regional	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3
Centro de Saúde	0	1	1	3	2	2	1	1	5	1	2	2	1	1	1	1	1	26
Centro Saúde Reprodutiva	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	5
Centro Terapia Ocupacio.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Posto Sanitário	5	2	4	0	3	0	1	2	2	1	3	3	1	2	0	2	2	33
Unid. Sanitária de Base	7	4	15	3	10	2	5	3	9	10	9	9	6	8	4	6	2	112
Sede Delegacia Urbana	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2

Fonte: GEPCC/MS, Relatórios das Delegacias de Saúde, Cabo Verde (2006)

Segundo a Carta Sanitária de Cabo Verde (1999) os Hospitais Regionais (HR), Centros de Saúde (CS), Postos Sanitários (PS) e Unidades Sanitárias de Base USB) podem constituir uma Região Sanitária que assenta sobre a possibilidade de oferta de uma gama maior de cuidados de saúde de qualidade, englobando o ambulatório, o atendimento permanente, o internamento e, pelo menos, serviços essenciais de cirurgia e obstetrícia a nível secundário. A estrutura física e organizacional de suporte a funcionalidade da região possui um conjunto de unidades de saúde, hierarquizados em pirâmide, em função da complexidade dos cuidados a prestar.

Os Hospitais Centrais da Praia e do Mindelo prestam cuidados de saúde que cabem nos três níveis de complexidade dos cuidados de saúde (primários, secundários e terciários). Há que delimitar esses níveis, como base para uma programação correta das intervenções e da correspondente afetação de recursos. Os Hospitais Centrais da Praia e do Mindelo suportam uma grande carga com atendimento secundário, estando este fato relacionado com a ausência de alternativa a essa resposta por parte demandada pelas populações.

No que diz respeito aos Hospitais Regionais eles podem oferecer um conjunto de cuidados especiais do nível secundário, prestados por demanda dos usuários ou por referência dos Centros de Saúde. Esses cuidados incluem: atendimento de referência (ambulatório), atendimento de urgência/emergência permanente, obstetrícia essencial (incluindo cesariana), pediatria, cirurgia abdominal de urgência, traumatologia de urgência (fraturas expostas etc) e internamento.

Os Centros de Saúde (CS) são tomados como a unidade funcional periférica, próxima da população que oferece cuidados médicos e de enfermagem, nas vertentes preventiva e curativa. Os CS têm como funções a prestação de uma atenção primária de qualidade integrada e contínua e prestação de cuidados hospitalares acoplados de internamento. Os Postos Sanitários e as Unidades Sanitárias de Base funcionam como estruturas na dependência técnica dos Centros de Saúde e como suas extensões, para aproximar e assegurar a permanência de determinados cuidados essenciais e primários.

Os serviços de prestação de cuidados de saúde, da promoção, prevenção e de reabilitação juntamente com os órgãos gestores constituem o Sistema Nacional de Saúde (SNS). A Lei de Bases da Saúde define o SNS como sendo “o conjunto integrado de todos os recursos humanos, financeiros e materiais de propriedade pública, privada ou mista que a administração central, as autarquias e outras entidades reúnem para assegurar o direito à saúde da população e, em particular, a prestação de cuidados de saúde adequados às suas necessidades, (artigo 2, b).

Ao SNS são incumbidas as seguintes funções conforme dispõe o artigo 8º da Lei de Base da Saúde: função reguladora, de promoção da saúde e de prestação de cuidados, função financiadora e de acompanhamento.

A organização do SNS segue o princípio da organização político-territorial do país. No nível central existem os Hospitais Centrais para a atenção terciária e secundária à saúde e nos municípios existem os Centros de Saúde com capacidades para internações, parto e atividades ambulatoriais. Existe uma enorme variabilidade entre estas estruturas, sendo que alguns possuem serviços laboratoriais, de radiologia, de estomatologia, serviços de emergência 24 horas e outros que somente oferecem consultas médicas. Em três municípios existem Hospitais Regionais, mas que na realidade não desempenham esse papel, até porque ainda não existe uma região sanitária definida nos moldes conceituais do termo e não há um estatuto jurídico formal estabelecido para estas estruturas de saúde. No fundo os Hospitais Regionais são centros de saúde de maior complexidade, oferecendo inclusive cirurgias gerais e

procedimentos de gineco-obstetrícia. A definição do estatuto dos Hospitais Regionais consta da agenda do Ministério da Saúde (VALDÊZ, 2007).

A **Figura nº 2**: indica a Organização do Sistema de Saúde de Cabo Verde:

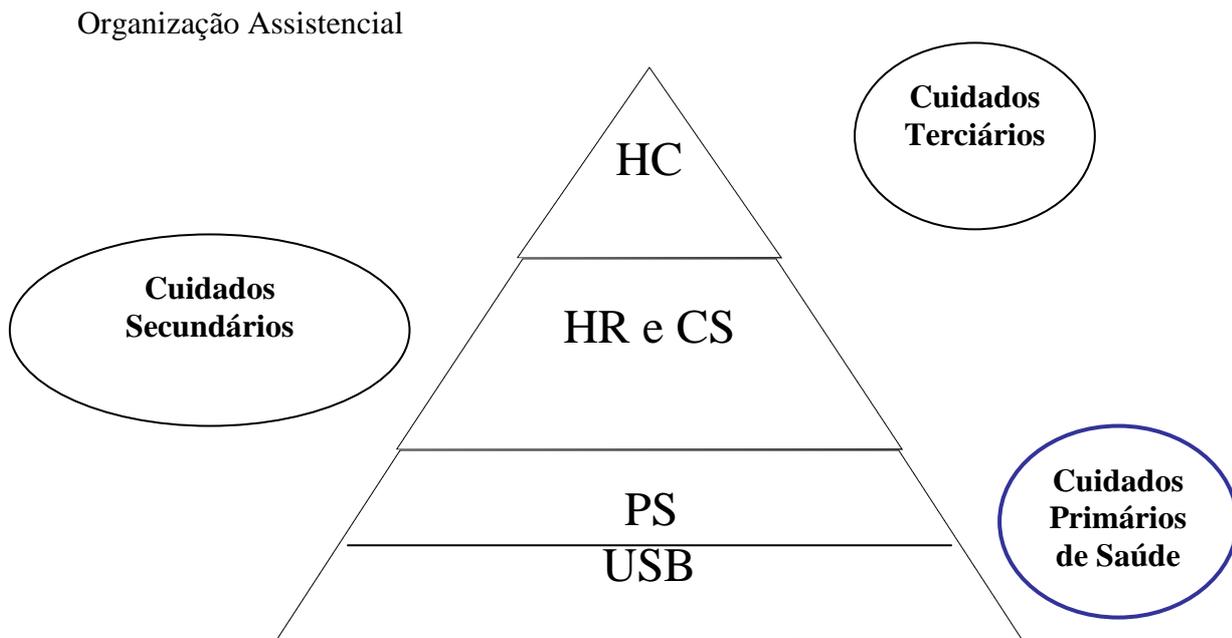


Figura 2 - Organização do Sistema de Saúde de Cabo Verde
 Fonte: Forum parlamentar sobre sistema de saúde de Cabo Verde (CABO VERDE, 2009).

A atual Lei de Bases da Saúde prevê Associações para a promoção e defesa da saúde, associações de direito privado que contribuem para assegurar a participação dos usuários em iniciativas colectivas, públicas ou privadas, para a promoção e a defesa da saúde e dos interesses dos mesmos perante os órgãos competentes para a definição da política de saúde. Essas associações gozam do direito de ação popular para promover a prevenção, a cessação ou a perseguição judicial das infracções contra a saúde pública, bem como do direito de informação e de participação.

É assegurado ao usuário e ao profissional de saúde, individual ou colectivamente, o direito à participação no planeamento do Sistema Nacional de Saúde e no controlo de financiamento dos respectivos serviços e estabelecimentos, através do Conselho Nacional de Saúde, dos Conselhos Consultivos das Regiões Sanitárias e Comissões Municipais de Saúde.

O Sistema Nacional de saúde pode ser organizado e determinado em função de políticas mais adequadas e de acordo com as necessidades do país para permitir o melhor

desempenho possível do sistema, com vista a assegurar a qualidade de prestação dos cuidados de saúde. Neste momento só 35% das famílias Cabo-verdianas avaliam positivamente a qualidade dos serviços de saúde (AFROSONDAGEM, 2007).

Apesar da evolução globalmente positiva da organização do sistema de saúde de Cabo Verde, os principais atores da política de saúde e os próprios documentos da política de saúde de Cabo Verde (2006, 2007) consideram que existem insuficiências, fragilidades e fraquezas a nível organizacional, estrutural e funcional que dificultam respostas adequadas às principais demandas da população que cada vez mais é melhor informada e mais exigente no que concerne os pressupostos da universalidade, acessibilidade equidade e qualidade dos cuidados prestados, sobretudo nos estabelecimentos públicos de saúde como pode ser visto abaixo.

O sistema de saúde de Cabo Verde vem evoluindo positivamente desde a Independência, mas continua com insuficiências e inadequações, no que concerne às necessidades crescentes da população cabo-verdeana que é, e com toda a razão, exigente quer em relação à qualidade do serviço prestado, quer em relação à universalidade (E 1).

Para eles, essas fragilidades e deficiências do sistema que se relacionam com a insatisfação dos usuários, merecem a atenção das autoridades competentes, no sentido de melhorar ainda mais o desempenho do sistema de saúde e os serviços prestados às populações.

Considerando que os diferentes documentos de política de saúde de Cabo Verde e os seus principais atores destacam a importância dos recursos financeiros, humanos e materiais como fatores determinantes para a organização, funcionamento e desempenho do sistema de saúde cabo-verdiano é apresentada uma sessão que espelha essa posição e entendimento.

9.2 Aspectos da política de financiamento, recursos humanos e materiais

Segundo o documento sobre política nacional de saúde do Ministério da Saúde de Cabo Verde (2006), encontra-se suficientemente documentado o fato de que os serviços de saúde, a nível mundial, são caros e os gastos em saúde são elevados e com tendência para crescer. Conforme esse documento, pelos dados da Organização Mundial da Saúde, em 1997, os serviços de saúde representaram um gasto global de três trilhões de dólares – 8% do PIB mundial.

Em todos os países do mundo as despesas com a saúde têm subido de forma considerável, não só paralelamente aos custos do progresso histórico em geral, da

modernização, mas também porque hoje os cuidados de saúde estão ligados a procedimentos de alta tecnologia, relacionados com o diagnóstico, as intervenções cirúrgicas e tratamentos com medicamentos que resultam de investigações e ensaios de alguma complexidade, sendo tudo isso bastante dispendioso (CABO VERDE., 2006).

A Assembleia Mundial da Saúde (2001) considera que os países da Região Africana, incluindo Cabo Verde, deparam-se com numerosos desafios fulcrais, como: investimento insuficiente na saúde; irregulares taxas de crescimento econômico; alguma escassez de políticas e planos estratégicos abrangentes para o financiamento da saúde; mancha significativa de pobreza; dificuldades de acesso aos serviços de saúde; reduzida cobertura por seguros de saúde; deficiências de redes de segurança social que protejam as populações pobres; uso deficiente dos recursos; ajuda ineficaz e alguma fragilidade dos mecanismos de coordenação do apoio dos parceiros para o setor da saúde. Essa Assembleia Mundial da Saúde considerou na altura que pode ser necessária a estimulação de concepção de um sistema nacional de financiamento da saúde adequado, eficaz e sustentável, que permita alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) e universalização do sistema.

Para alcançar as MDM relacionadas com a saúde e concretizar os objetivos nacionais de desenvolvimento sanitário, os sistemas nacionais de saúde da Região Africana podem estar a necessitar de mais dinheiro; maior equidade no financiamento e no acesso aos serviços de saúde; uso eficiente dos recursos para a saúde; e alargamento da cobertura dos serviços sanitários, em especial os que se destinam às populações mais pobres. Os países Africanos devem institucionalizar as contas nacionais de saúde para facilitar o planeamento financeiro, o monitoramento e a avaliação sistemática e periódica (MINISTROS DA SAÚDE DA UNIÃO AFRICANA, 2001).

No que concerne ao financiamento do SNS, o principal financiador é o Estado. O artigo 8º da Lei de Bases da Saúde define que a “função de financiamento é exercida pelo Governo, pelas autoridades do poder local e por todas as entidades públicas e privadas, às quais, por lei ou por contrato, incumbe o pagamento de prestações de saúde a assistidos”.

A lei nº 41/VI/2004 que cria a Lei de Bases da Saúde no seu artigo 37º sobre o financiamento da saúde estipula que:

1. O financiamento das actividades de saúde desenvolvidas no âmbito do Sistema Nacional de Saúde (SNS) é assegurado pelo Orçamento Geral do Estado, pelos utentes, pelas entidades gestoras do seguimento de doença e outros seguros, na parte correspondente às suas responsabilidades legais ou contratuais, pelos subsistemas de

saúde e por terceiros responsáveis pelos fatos determinantes da prestação de assistência.

2. Cabe ao Estado financiar a administração do SNS e a prestação de cuidados a doentes vulneráveis e grupos especiais em condições estabelecidas por lei.

3. As instituições integradas no SNS podem ainda inscrever como receitas próprias nos seus orçamentos:

- a) O pagamento de prestações de saúde por utentes (usuários) não beneficiários do SNS na assistência de terceiros responsáveis;
- b) O pagamento de outros serviços prestados ou de taxas sobre a utilização de instalações e equipamentos nos termos previstos na lei;
- c) O rendimento de bens próprios e o produto de legados ou doações;
- d) As taxas estabelecidas por lei para regular a utilização dos serviços de saúde.

Em Cabo Verde o Estado tem a obrigação constitucional de financiar a administração do Serviço Público de Saúde. A prestação de cuidados de promoção da saúde e de prevenção da doença, a prestação de cuidados de saúde às grávidas, crianças até dois anos e aos doentes vulneráveis são levados a cabo pelo Estado gratuitamente. Através de dotações inscritas no Orçamento Geral do Estado e no programa de investimentos, o Estado financia a administração do Serviço Nacional de Saúde e a prestação de cuidados de saúde a título gratuito.

Contraditoriamente ao princípio de universalidade do sistema, segundo os principais atores, o usuário não coberto por seguro e não vulnerável paga a prestação dos cuidados de saúde através da tabela dos referidos cuidados aprovada pelo governo, sendo esse pagamento feito por escalões de participação de acordo com a real situação socioeconómica do agregado familiar. Essa questão, para os atores e de acordo com os princípios de universalidade defendidos pelos documentos oficiais da política de saúde de Cabo Verde podia ser inserida nos impostos cobrados pelo Estado de Cabo Verde. O financiamento da administração do Serviço de Proteção Social e prestação de cuidados a doentes vulneráveis e grupos especiais em condições estabelecidas na lei é uma das atribuições do Estado

Em suma, o financiamento das actividades desenvolvidas pelo Sistema Nacional de Saúde é assegurado pelo Orçamento Geral do Estado, pelas entidades públicas gestoras do seguro doença e outros seguros, pelos subsistemas de saúde e por terceiros responsáveis pelos fatores determinantes da prestação de assistência.

Para alguns atores entrevistados, o modelo de financiamento do sistema de saúde de Cabo Verde pode ser complementado e aprofundado através de envolvimento das autarquias locais, do mutualismo voluntário, de parceria público/privado no financiamento do sistema. Esses atores acham que a cooperação com países amigos pode continuar a ser encontrada na tarefa de financiamento do sistema de saúde.

No período de 2000 a 2004 houve alguma tendência para a diminuição do orçamento do Estado cabo-verdiano para o setor da saúde em relação ao total do Orçamento Geral do Estado e ao PIB, fato que se pode considerar estranho e paradoxal, já que se reconhece o aumento dos custos dos serviços de saúde e a necessidade do aumento do orçamento do Estado para o setor da saúde e acontece precisamente o contrário, faltando coerência entre aquilo que se preconiza e se reconhece e aquilo que verdadeiramente se pratica. O financiamento do setor da saúde de um Estado que quer continuar a apostar na qualidade dos cuidados prestados e na universalidade é suposto ter um rumo inverso ao que aconteceu no período atrás referido.

O financiamento do estado, em termos de orçamento geral, não vem sofrendo evolução quantitativa ao longo dos últimos anos. Não se tem tido em conta as prioridades que nós temos, ou seja 8-9% do orçamento geral do estado não ajuda satisfatoriamente na resolução das principais insuficiências que o sistema de saúde cabo-verdiano enfrenta, por ser um país com desigualdade social significativa (E 8).

Em seguida é apresentada a tabela 9 que mostra a evolução do orçamento do setor da saúde em Cabo Verde referente aos anos 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004 e a relação com o orçamento geral do Estado e com o produto interno bruto.

Tabela 9: Orçamento de funcionamento do Estado e do Ministério da Saúde (Em milhares de Escudos de Cabo Verde).

ORÇAMENTOS	2000	2001	2002	2003*	2004*
ORÇ. SAÚDE (OS) **	1.186.472	1.437.633	1.511.458	1.474.458	1.667.365
ORÇ. ESTADO (OE)	12.091.458	16.504.508	17.158.942	18.451.476	18.607.422
P. INT. BRUTO (PIB)	64.680.000	68.630.000	73.500.000	81.200.000	87.400.000
OS/OE (%)	9,8	8,7	8,8	8,0	8,9
OS/PIB(%)	1,83	2,09	2,06	1,8	1,9

Fonte: Yolanda Estrela (2004).

Nota: * As cifras relativas ao PIB são estimativas provisórias nos anos 2003 e 2004. **Orçamento de funcionamento previsto.

Pode-se considerar que o financiamento do setor da saúde em Cabo Verde tem sido insuficiente para cobrir os objetivos de universalização, integralidade e equidade. Dessa forma, o sistema nacional de saúde padece ainda de um grande deficit e de falhas na cobertura das demandas.

Segundo o Ministério da Saúde através do documento sobre política de saúde de Cabo Verde (2006), alguns estudos realizados por investigadores nacionais e consultores de agências de cooperação, indicam que a sustentabilidade financeira do setor da saúde de Cabo Verde pode estar em risco e parece que as despesas com o sistema Nacional de Saúde não podem depender apenas das alocações do Orçamento do Estado.

A percentagem do Orçamento Geral do Estado atribuída actualmente para o financiamento do sector da saúde é de cerca de 9%, constituindo 1,9% do PIB em 2004, como indicado na tabela 9, mas insuficiente para cobrir todas as necessidades atuais do Serviço Nacional de Saúde, pois há em Cabo Verde uma franja considerável de população, sobretudo rural que não tem condições para suportar minimamente os custos com a saúde, situação que requer que o Estado assuma claramente as suas responsabilidades no financiamento dos cuidados prestados a essa parcela da população que não pode ficar descoberta.

A franja da população que é pobre não pode ficar à margem de cobertura e necessita de inclusão e coesão sociais. Queremos de fato ter uma sociedade solidária e o Estado deve assumir as suas responsabilidades no financiamento da saúde (E 6).

Em Cabo Verde, o Estado pode aumentar significativamente a sua contribuição ao setor da saúde, mas também o sistema público de Previdência social, as companhias privadas de seguros, a sociedade civil organizada e os usuários, em função da capacidade financeira, podem aumentar a sua contribuição ao financiamento da saúde. Esta pode ser uma das condições indispensáveis à melhoria do desempenho e da efetividade do sistema de saúde Cabo-verdiano como opina o informante abaixo.

A comparticipação do Estado é imprescindível devido a uma percentagem enorme de pobreza e de desemprego que se verifica no país, sendo poucas as famílias que conseguem suportar com as despesas da assistência médica e medicamentosa (E 9).

Segundo Fórum Sobre o Sistema de Saúde de Cabo Verde (2009), em contradição com os princípios básicos de universalidade e saúde para todos da Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde e da Constituição de Cabo Verde, para além do orçamento Estado de Cabo Verde e o Instituto Nacional de Previdência Social que é também estatal ou público, houve alguma tendência de participação das famílias cabo-verdianas no financiamento do setor da saúde em 2007. São apresentadas as tabelas 10, 11, 12 e 13 que analisadas indicam que em 2007 o Estado participou com orçamento de funcionamento no valor de 1.836.723.832\$00 e investimento no valor de 1.350.926.282\$00 num total de 3.187.650.114\$00 escudos cabo-verdianos (59%) enquanto que o INPS e as famílias participaram com 1.311.180.000\$00

(24,5%) e 840.579.000\$00 (15,7%) respectivamente no financiamento do setor da saúde. Esse Fórum entende que pode haver a necessidade de se clarificar melhor o sistema de financiamento para que a universalidade do sistema não seja posta em causa com essas incoerências.

Para elucidar essa situação de alguma contradição e incoerência a seguir temos as tabelas 10, 11, 12 e 13, todas elas sobre as principais fontes de financiamento do sistema de saúde de Cabo Verde:

Tabela 10: Orçamento do Estado de Cabo Verde referente a 2007 (em 1.000 ECV).

Principais Rubricas	Montante
O. Funcionamento 2007	1.836.723.832,00
Despesas Correntes	1.485.141.541,00
Despesas c/ Pessoal	1.216.410.204,00
Medicamentos	91.000.000,00
Evacuações de Pacientes	106.386.689,00
Orçamento de Investimento	1.350.926.282,00

Fonte: Forum Parlamentar sobre sistema de saúde de Cabo Verde (2009)

Tabela 11: Participação de algumas instituições no financiamento da saúde em Cabo Verde em escudos cv (em 1.000 ECV).

Instituição	2006	2007	2008	2009
Ministério da Saúde	3.163.489	3.187.650	3.369.033	3.380.707
INPS	1.142.833 (36,1%)	1.311.180 (41,1%)		

Fonte: Forum parlamentar sobre sistema de saúde de Cabo Verde (2009).

Tabela 12: Orçamento de funcionamento por principais rubricas (em 1.000 ECV).

Principais Rubricas	Montante
O. Funcionamento 2007	1.836.723.832,00
Despesas Correntes	1.485.141.541,00
Despesas c/ Pessoal	1.216.410.204,00
Medicamentos	91.000.000,00
Transferência de Pacientes	106.386.689,00

Fonte: Forum parlamentar sobre sistema de saúde de Cabo Verde (2009).

Tabela 13: Participação do governo, INPS e famílias no financiamento da saúde em Cabo Verde e Gastos - 2007

Instituição	Montante	%
Governo (OF e OI)	3.187.650.114,00 (1.836.723.832,00)	59,7
INPS	1.311.180.000,00	24,5
Famílias	840.579.000,00	15,7
Total	5.339.409.114,00 48.423.427,00 €	100

Fonte: Forum parlamentar sobre sistema de saúde de Cabo Verde (2009).

Uma das questões prioritárias do sistema de saúde em Cabo Verde é a problemática de sustentabilidade financeira que é um problema, aliás, de todos os sistemas de saúde, e Cabo Verde não foge à regra. As exigências na prestação dos cuidados são cada vez maiores, havendo necessidade para a disponibilização de mais recursos financeiros para o sistema de saúde. O Estado de Cabo Verde lida permanentemente com o dilema de onde encontrar mais recursos necessários para financiar o sistema. O orçamento geral do estado dá uma contribuição que embora seja significativo é considerado insuficiente. Entretanto o peso relativo do orçamento da saúde no orçamento do estado em geral já é uma boa contribuição comparativamente com a região africana onde estamos inseridos, mas essa contribuição pode perfeitamente ser melhorada de acordo com a entrevista a seguir.

O estado participa com 60% dos custos com a saúde nas diferentes formas de comparticipação. Acho que é uma boa participação em matéria de financiamento,

mas precisa ser aumentada face às novas exigências dos tempos actuais e também em resposta às necessidades cada vez maiores e anseios da população (E 1)

A análise comparada do financiamento do sistema de saúde de Cabo Verde com o de alguns países próximos em termos culturais e geográficos, nomeadamente Brasil, Portugal e Senegal, apresentada na tabela nº 14 indicada a seguir, elucida a necessidade de redefinição e de aumento do financiamento do sistema de saúde cabo-verdiano, para paulatinamente ir atingindo os níveis de financiamento que melhor respondam a qualificação e a efetividade na prestação de cuidados de saúde. Essa análise é apresentada na tabela a seguir:

Tabela 14: Análise comparada de alguns indicadores de saúde de Brasil Cabo Verde, Portugal e Senegal

	Brasil	Cabo Verde	Portugal	Senegal
PIB per capita	8.700,00	2.590,00	19.960,00	1.560,00
Esperança vida nascer	h 68/75 m	h 66/72 m	h 75/82 m	h 57/61 m
Esperança vida saudável	57/62	h 59/63 m	h 67/72 m	h 47/49 m
P (morrer) < 5 anos por mil nv	20	34	4	116
P (morrer) entre 15 e 60 anos	230/121	308/168	133/53	307/236
Gasto Total Saúde/habitante	765 \$USD	278 \$USD	2.080 \$USD	72 \$USD
Gasto Total Saúde % PIB	7,5	4	10,0	5,4

Fonte: Forum parlamentar sobre sistema de saúde, Cab Verde (2009).

Isso pode ser evidenciado no trecho do documento intitulado Política de Saúde, Reformar para uma melhor saúde do Ministério da Saúde de Cabo Verde (2007), que admite que para se alcançar a equidade é necessário que se estabilize e se dê equilíbrio ao financiamento do setor da saúde, interferindo adequadamente no processo de alocação de recursos dos orçamentos públicos para a saúde, concebendo novas formas de responsabilização dos governantes e cidadãos, dos gestores e dos usuários, na monitorização, fiscalização e avaliação do desempenho e dos resultados das políticas sectoriais. Esse documento considera que os recursos humanos do sistema, a formação e a gestão dos mesmos em saúde podem ser considerados uma componente fulcral e de grande importância no processo de desenvolvimento de atividades de saúde, sendo fundamentais para a materialização das atividades ligadas ao sector da saúde.

A política para desenvolvimento de recursos humanos fundamenta-se no Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos humanos para a Saúde do Ministério da Saúde de Cabo Verde (2005) e consiste nas orientações que preconizam a efetivação da redefinição das equipas de gestão técnica, administrativa e de apoio, para cada tipo de estrutura sanitária e as características de cada grupo profissional, tendo em conta a prestação dos cuidados primários e secundários nos CS como porta de entrada no SNS e a oferta de cuidados hospitalares. O planeamento a médio e longo prazos da formação de base, de atualização aperfeiçoada e de especialização dos profissionais de saúde, necessárias para colmatar as insuficiências existentes na gestão e formação dos recursos humanos em saúde são parte desse documento.

Segundo esse plano, a introdução de melhorias nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, criação de incentivos para a promoção da fixação, com algum equilíbrio, de quadros nas diferentes estruturas sanitárias existentes e a afectação de pessoal qualificado aos diversos municípios podem constituir medidas de políticas para os próximos anos.

Para que as estratégias contidas no Plano Estratégico de Recursos Humanos possam ser efetivados, segundo esse mesmo plano, pode ser necessário o envolvimento dos próprios profissionais de saúde e articulação constante e de forma planejada e programada, numa base consistente, com as instituições vocacionadas para o ensino a atualização do papel, funcionamento, relações hierárquicas e de tutela dos diferentes estabelecimentos de formação na área da saúde.

Como forma de mostrar que os recursos humanos (Médicos e Enfermeiros) e leitos tiveram uma evolução crescente e positiva de 2000 a 2004, acompanhando com alguma coerência o crescimento e as demandas das populações é apresentada a tabela que se segue:

Tabela 15: Evolução de Número de Médicos, Enfermeiros e de Leitos de 2000 a 2004 em Cabo Verde.

Recursos	2000		2001		2002		2003		2004	
	N.º	Racio								
Médicos	167	2.602,5	167	2.662,8	168	2.694,7	166	2.776,9	208	2.257,0
Enfermeiros	266	1.633,9	291	1.528,1	374	1.210,5	394	1.170,0	394	1.191,5
Leitos	949	458,0	.-	.-	942	480,5	986	467,5	.-	.-
População	434.625		444.683		452.714		460.968		469.450	

Fonte: GEPC, Ministério da Saúde Janeiro 2005. Com base na projeção de população do INE, 2000

Para sustentar os objetivos de cobertura e equidade previstos para a oferta e organização dos cuidados de saúde, pode-se presumir que é necessária a adequação permanente da rede de estruturas na sua diversidade de tipo e de competências. Tanto os atores entrevistados como o próprio Ministério da Saúde entendem que, em relação aos recursos humanos e materiais de acesso ao setor da saúde, já se avançou muito no tocante a formação de pessoal e infra estruturação sanitária.

Para a generalidade de atores, Cabo Verde fez um percurso muito notável, em termos de formação de recursos humanos da saúde e de construção de infra-estruturas para aumentar o acesso dos cabo-verdianos à saúde. Consideram evidente que os centros de saúde, hospitais regionais e centrais precisam ser melhor equipados à medida que vão surgindo novas necessidades da saúde. Para esses atores, quanto mais especialistas são formados, mais necessidades de saúde são criadas, mais necessidades de recursos humanos e de equipamentos também são chamadas para o sistema de saúde e provavelmente a promoção do desenvolvimento do setor privado para complementar positivamente o Estado é uma via que se pode seguir, sem pôr em causa a responsabilidade suprema do setor público na organização e funcionamento do sistema de saúde.

Na visão do Entrevistado (2), tendo em conta que o Estado de Cabo Verde, muitas vezes, depara-se com a falta de recursos próprios para investir mais e melhor no setor da saúde, a busca do equilíbrio entre os objetivos do Estado, os anseios da população criadas pelas necessidades em saúde e promoção do setor privado é fundamental para continuar a viabilizar o sistema.

O Estado de Cabo Verde está condenado a agir e a atuar em conjunto com os privados na área de saúde. Há que haver caminhos para o desenvolvimento do setor privado na área da saúde por forma a podermos aumentar o acesso aos serviços de saúde e prestar cuidados de saúde de melhor qualidade e em melhores condições possíveis às populações, em todas as localidades de Cabo Verde (E 2).

Em relação aos medicamentos o Estado tem a obrigação constitucional de disponibilização permanente de medicamentos essenciais, seguros, de qualidade e a um preço acessível, para suportar as actividades de saúde que respondam ao perfil epidemiológico do país, sendo indispensável para o funcionamento do SNS e para a melhoria do estado de saúde da população. Para melhorar essa disponibilidade, as orientações são no sentido da execução da Política Farmacêutica Nacional capaz de proporcionar a Cabo Verde um quadro jurídico moderno e actualizado para o sector farmacêutico, realizar regularmente e de forma sistemática a revisão da Lista Nacional de Medicamentos para melhor adequá-la às condições

concretas do país em termos de perfil sanitário, formação e experiência do pessoal, recursos financeiros e desenvolvimento do sector privado.

Constitui ainda obrigação do Estado de Cabo Verde a responsabilidade de garantir o abastecimento em medicamentos regularmente, assegurando, ao mesmo tempo a qualidade de medicamentos seguros, efetivos e a preços acessíveis para proporcionar a continuidade do circuito do medicamento.

O Estado de Cabo Verde tem ainda o dever constitucional de desenvolver e zelar pela função reguladora da atividade farmacêutica através da legislação, do monitoramento, da fiscalização, inspecção, supervisão e avaliação da comercialização; criar permanentemente os incentivos para o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional com o objetivo de assegurar uma autonomia progressiva do aprovisionamento da maior parte dos medicamentos da Lista Nacional de medicamentos (LNM); promover a formação de técnicos de saúde e a informação do público com vista ao uso racional do medicamento.

Para mostrar o aumento crescente de despesas em medicamentos assumidas pelo Estado de Cabo Verde através da direção geral de farmácia e o envolvimento do INPS e das famílias cabo-verdianas, ainda que muito timidamente, no custeio de medicamentos, é apresentada a seguir a tabela de evolução do extracto de contas da Direção Geral de Farmácia (DGF) de 1996 a 2004.

Tabela 16: Evolução do extrato de contas da DGF [1996- 2004] [Em contos CVE].

VARIÁVEIS	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ORÇ. DGF	70.000,0	70.000,0	100.000,0	147.500,0	100.000,0	100.000,0	100.000,0	100.000,0	101.000,0
DESP. DGF	65.611,4	55.118,8	75.569,7	110.333,0	115.991,6	104.988,7	97.874,9	116.971,6	98.506,7
ORÇ.HAN/HBS	75.800,0	75.800,0	75.800,0	75.800,0	75.800,0	75.800,0	75.800,0	160.100,0	160.100,0
DESP.HAN/HBS	121.262,4	100.716,0	116.826,3	113.456,9	157.404,8	153.419,7	159.981,2	178.896,5	187.084,5
ORÇAM.TOTAL	145.800,0	145.800,0	175.800,0	223.300,0	175.800,0	175.800,0	175.800,0	260.100,0	261.100,0
DESP.TOTAL	186.873,8	155.834,8	190.396,0	223.789,9	273.396,4	258.408,4	257.856,1	295.868,1	285.591,2
DEFICIT	41.073,8	10.034,8	14.596,0	489,9	97.596,4	82.608,4	82.056,1	35.768,1	24.491,2

Fonte: Direcção Geral de Farmácia. Cabo Verde (2004)

A tabela a seguir elucida os gastos em medicamentos de 2003 a 2006:

Tabela 17: Gastos com medicamentos

	2003	2004	2005	2006
Ministerio Saúde	295.868.200	285.591.200	287.373.900	359.266.200
I.N.P.S.		497.004.000	476.933.000	476.072.000
Familias		* 453.912.660		
Total		1.236.507.860		

Fonte: Direção Geral da Farmácia. Cabo Verde (2006).

Esses são os principais dados relacionados com a política de financiamento, recursos humanos e materiais encontrados nos principais documentos do Ministério da Saúde de Cabo Verde e nas preocupações dos principais atores entrevistados.

9.3 Situação epidemiológica do país

Em conformidade com o documento sobre Política de Saúde, Reformar para uma melhor saúde do Ministério da Saúde de Cabo Verde (2007), entre as situações de patologias que afetam a população de Cabo Verde e que merecem atenção especial do sistema de saúde cabo-verdiano podem ser destacadas as doenças cardiovasculares, sobretudo a hipertensão arterial, os acidentes vasculares cerebrais, as doenças isquémicas do miocárdio e cardiopatias reumáticas e congénitas que são motivo de transferência frequentes de doentes para Portugal.

Para esse documento, merecem atenção especial das autoridades sanitárias cabo-verdianas as doenças metabólicas como diabetes e suas complicações, doenças degenerativas do foro oftalmológico, com destaque para as cataratas, tumores, designadamente ginecológicos, prostáticos e digestivos, traumatismos e suas sequelas, sobretudo provocados por acidentes de viação. As infeções respiratórias agudas e as doenças diarreicas agudas, a infeção pelo VIH/SIDA e outras infeções sexualmente transmissíveis, a toxicodependência, com tónica sobre o alcoolismo, as doenças buco-dentárias, a tuberculose, a malária, as doenças nutricionais e doenças alérgicas continuam a ter uma significativa importância para as autoridades sanitárias cabo-verdianas (CABO VERDE, 2007).

Como elemento importante do panorama sanitário e epidemiológico de Cabo Verde são apresentadas as principais causas de óbito verificadas em 2005 na tabela 18 e gráfico 5:

A tabela seguinte indica as principais causas de óbitos em 2005:

Tabela 18: Principais causas de óbitos em 2005.

Causas de Óbito	Total		Masculino		Feminino	
	Óbitos	Taxas	Óbitos	Taxas	Óbitos	Taxas
Doenças do aparelho circulatório	324	67,8	149	64,3	175	71,0
Traumatismos e envenenamentos	257	53,7	216	93,2	41	16,6
Cerebrovasculares	250	52,3	120	51,8	130	52,7
Tumores malignos	240	50,2	117	50,5	123	49,9
Infecciosas e parasitárias	190	39,7	102	44,0	88	35,7
Afecções respiratórias	168	35,1	84	36,3	84	34,1
Afecções perinatais	145	30,3	74	31,9	71	28,8
Doenças do aparelho digestivo	78	16,3	62	26,8	16	6,5
Doenças mentais e do comportamento	63	13,2	52	22,4	11	4,5
Doenças metab/endoc/nutricionais	51	10,7	22	9,5	29	11,8

Fonte: GEPC/Ministério da Saúde, Estatísticas da Mortalidade. Cabo Verde (2005)

A seguir apresenta-se o gráfico de principais causas de óbito em 2005:

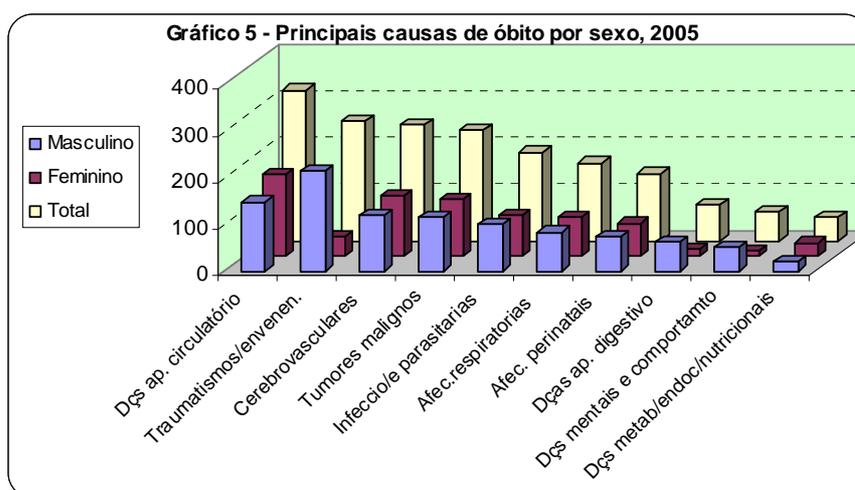


Gráfico 5 – Principais causas de óbito por sexo.

Fonte: Cabo Verde (2005).

As infecções respiratórias agudas e as doenças diarreicas agudas têm uma frequência elevada, repercutindo na morbi-mortalidade, sobretudo entre as crianças.

A infecção pelo VIH/SIDA é um problema de saúde pública em Cabo Verde com presença em todas as ilhas, de fraca prevalência, estacionária e à volta de 1%. Ela é transmitida predominantemente através da via heterossexual (80-90%), sendo as outras formas de transmissão (mãe-filho 4% e entre os usuários de drogas 3%). Em Dezembro de 2004, dos 1500 casos registados, 800 evoluíram para o estágio da doença, resultando em mais

de 50% de óbitos. Para mostrar a evolução da infecção VIH/SIDA em Cabo Verde de 1995 a 2004 é apresentada a tabela 19:

Tabela 19 - Evolução da infecção VIH/SIDA em Cabo Verde, 1995 – 2005.

Ano	N.º casos novos infecção VIH				N.º casos novos de SIDA				N.º óbitos		
	Masculino	Feminino	N/ espec.	Total	Masculino	Feminino	N/ espec.	Total	Masculino	Feminino	Total
1995	17	20	0	37	9	15	0	24	4	7	11
1996	16	19	0	35	15	21	0	36	6	13	19
1997	15	19	0	34	17	22	0	39	9	12	21
1998	56	33	0	89	26	16	0	42	9	15	24
1999	42	52	6	100	35	26	0	61	13	11	24
2000	44	42	28	114	49	25	0	74	20	14	34
2001	71	63	0	134	53	31	1	85	23	14	37
2002	79	72	0	151	62	36	0	98	40	14	54
2003	84	83	2	169	47	43	0	90	30	35	65
2004	109	151	0	260	66	57	0	123	37	27	64
2005	105	112	6	223	69	53	0	122	36	31	67

Fonte: Ministério da Saúde. Cabo Verde (2005).

A evolução da infecção por VIH-SIDA e óbitos em Cabo Verde de 1995 a 2007 é também apresentada no gráfico abaixo ilustrado:

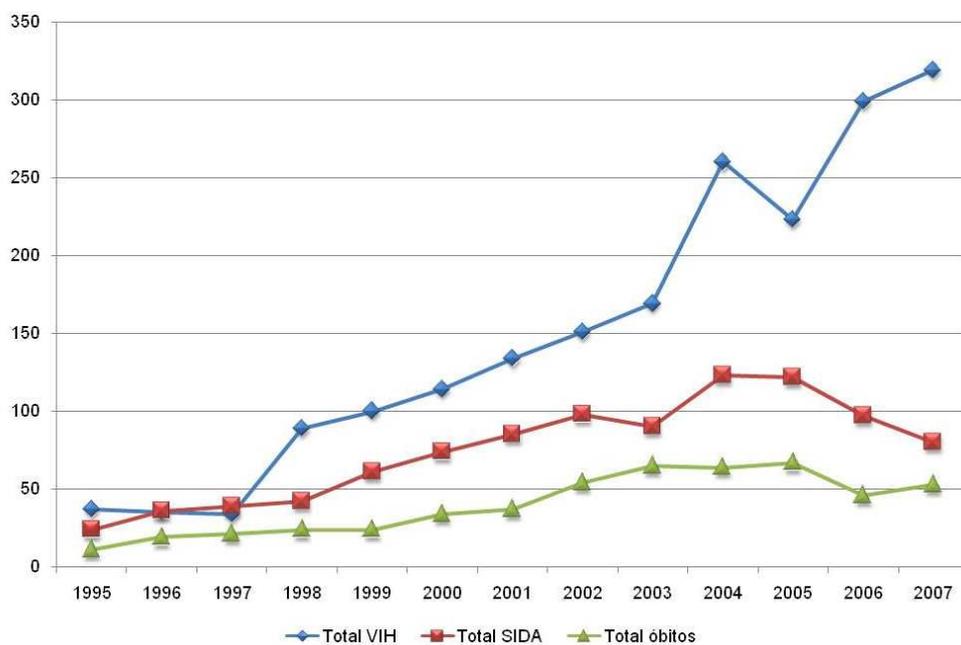


Gráfico 6: Evolução da infecção VIH-SIDA e óbitos em Cabo Verde 1995 – 2007

Fonte : Serviço de Vigilância Epidemiológica, DGS (Direção Geral da Saúde) Cabo Verde (2007).

Em relação as outras infeções sexualmente transmissíveis a tendência é elevada, incidindo nas uretrites e vaginites (86,1 casos para 10000 habitantes em 2000). A incidência da sífilis foi de 7,6 casos em 2000 (CABO VERDE, 2005).

Conforme Relatório de Vigilância Epidemiológica (2005) a malária é de baixa endemicidade em Cabo Verde, com presença na ilha de Santiago, tendo sido registrados cerca de 100 casos por ano na década de 90 entre autóctones e importados.

A tabela seguinte apresenta os casos de malária por grupo etário em 2005:

Tabela 20 - Casos de Malária por grupo etário e sexo - Ano 2005.

Grupos de idade	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
0 - 4 anos	1	0	1
5 - 9 anos	3	2	5
10 - 14 anos	1	2	3
15 - 19 anos	16	5	21
20 e + anos	29	9	38
Total	50	18	68

Fonte: Programa de Luta contra o Paludismo, DGS (CABO VERDE, 2005).

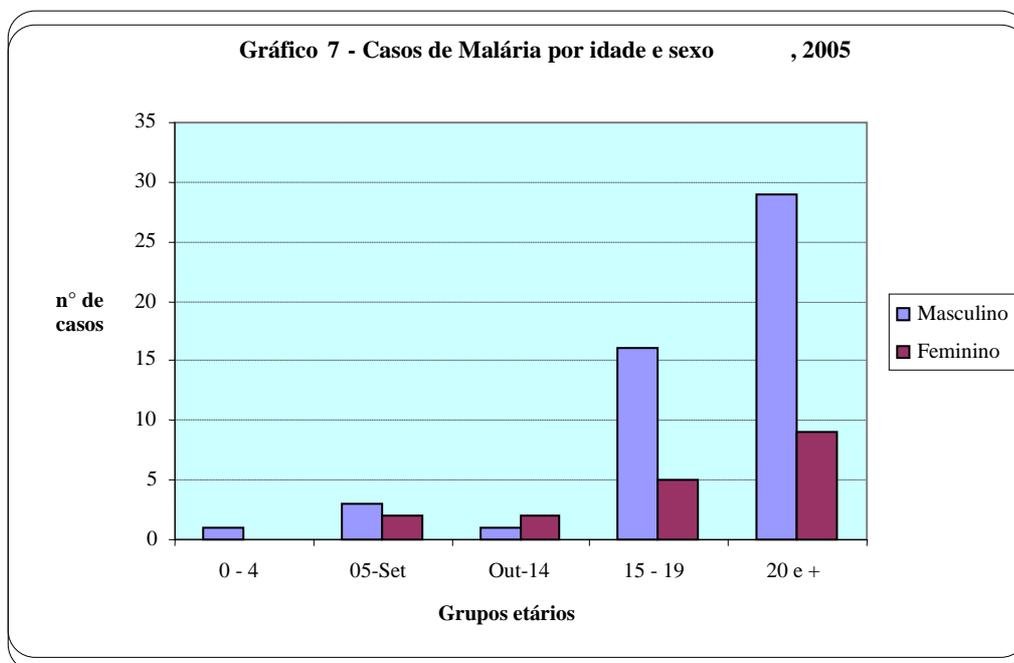


Gráfico 7: Casos de Malária por idade e sexo em Cabo Verde, 2005:

Fonte: Ministério da Saúde, Programa de Luta contar o paludismo. Cabo Verde (2005).

Em 1995 Cabo Verde enfrentou uma epidemia de cólera, tendo sido registrados 12.995 casos e cerca de 200 óbitos. Também no país teve lugar uma epidemia de sarampo em 1997, com 8.584 casos registrados. Considera-se que as doenças buco-dentárias constituem um importante problema de saúde pública, tendo em conta a disseminação de cáries dentária, sobretudo entre as crianças em idade escolar, com constatação de elevada prevalência das periodontopatias, afetando quase todos os grupos etários e camadas sociais. Neste grupo entram as manifestações orais de doenças sistêmicas e traumatismos maxilo-faciais (DUARTE, 1998).

A tuberculose enquanto problema de saúde pública, apresenta taxas de incidência situadas em índices relativamente elevadas à volta dos 60 por cem mil habitantes, embora inferior a taxa prevista pela OMS que é de 150, mas merece uma atenção especial das autoridades sanitárias. Em relação a lepra ela teve uma expressão significativa no passado em algumas ilhas, chegando a ter uma prevalência de 1200 casos nos finais dos anos 70, mas neste momento a situação é de quase de eliminação, apesar de alguns casos remanescentes (CABO VERDE, 2004).

Para dar idéia da situação da tuberculose e lepra em Cabo Verde é apresentada a distribuição dos casos por concelho durante o ano de 2005 nas tabelas e gráfico seguintes:

Tabela 21: Casos de tuberculose notificados por concelho em Cabo Verde, 2005:

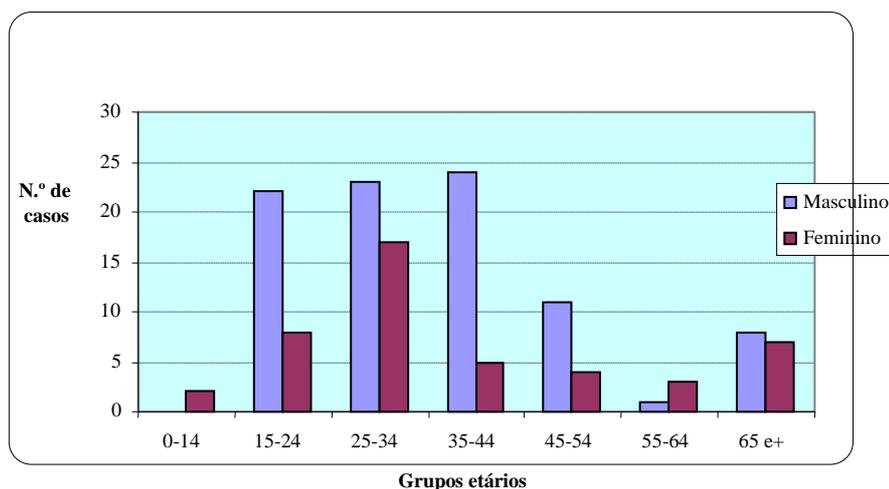
Concelho	Nº Casos em registo	Casos Novos TP+	Casos Novos TP-	CNTP resultado desconhec.	TB Extra pulmonar	Recaída	Re-tratamento/ fracasso	Tratamento após abandono
Ribeira Grande	9	7	0	0	0	1	1	0
Paúl	5	3	0	0	0	2	0	0
Porto Novo	6	2	3	0	1	0	0	0
S.Vicente	41	18	16	0	3	4	0	0
S.Nicolau	12	9	3	0	0	0	0	0
Sal	8	6	1	0	1	0	0	0
Boavista	0	0	0	0	0	0	0	0
Maio	6	2	1	0	2	1	0	0
Praia	129	50	39	0	24	8	1	7
S. Domingos	5	3	2	0	0	0	0	0
Santa Cruz	26	9	13	0	4	0	0	0
Santa Catarina	14	8	5	0	0	1	0	0
S. Miguel	4	2	1	0	0	0	0	1
Tarrafal	13	7	3	0	2	0	0	1
Mosteiros	0	0	0	0	0	0	0	0
S.Filipe	27	9	6	0	6	4	1	1
Brava	ND	ND	0	0	ND	ND	ND	ND
TOTAL	305	135	93	0	43	21	3	10

Fonte: Programa Nacional. Luta contra Tuberculose, DGS (Direção Geral da Saúde, Cabo Verde, 2005)

Tabela 22: Casos de tuberculose pulmonar por idade e sexo em Cabo Verde, 2005:

Sexo	Grupos etários							total
	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+	
Masculino	0	22	23	24	11	1	8	89
Feminino	2	8	17	5	4	3	7	46
Total	2	30	40	29	15	4	15	135

Fonte: Programa Nac. Luta contra a Tuberculose, DGS (Direção Geral da Saúde). Cabo Verde, 2005

**Gráfico 8:** Casos novos de tuberculose por idade e sexo em Cabo Verde, 2005.

Fonte: Programa Nacional de luta contra a tuberculose. Cabo Verde, 2005

Tabela 23: Casos de lepra em Cabo Verde, 2005.

	N.º de Casos					
	Transitados	Novos	Recaída	Alta	Abandono	Óbito
Fogo	3	0	0	2	0	0
Paúl	0	1	0	0	0	0
Praia	8	0	0	3	0	1
Sta Catarina	2	0	0	0	0	0
S. Vicente	2	1	0	0	0	0
Total	15	2	0	5	0	1

Fonte: Programa Nac. Luta contra a Tuberculose e Lepra, DGS. Cabo Verde, 2005

No que concerne as doenças alérgicas existe em Cabo Verde uma prevalência da atopia entre 6% a 11,9% e de asma em torno de 11% entre as crianças de idade escolar em duas ilhas do arquipélago de Cabo Verde, Santiago e São Vicente (CABO VERDE, 2005).

Segundo Relatório de Vigilância Epidemiologia (2003) atualmente a toxicod dependência constitui um problema preocupante da saúde pública em Cabo Verde com incidência no alcoolismo, tabagismo e consumo de drogas ilícitas no seio da população em geral e em particular entre os adolescentes no ensino secundário.

A tabela a seguir apresentada indica a distribuição de frequência do consumo de droga:

Tabela 24: Distribuição de frequência do consumo de drogas (em percentagens).

DROGA	AO LONGO DA VIDA	NO ÚLTIMO ANO	ÚLTIMOS 30 DIAS
Álcool	65,5	50,6	18,8
Tabaco	19,0	10,8	4,8
Inalantes	7,5	2,9	1,5
Tranquilizantes	4,9	3,0	1,9
Padjinha	4,3	1,6	0,9
Anabolizantes	3,6	-,-	-,-
Cocaína	0,3	0,1	-,-
Xaropes	5,4	-,-	-,-
LSD 0,5	-,-	-,-	-,-
Opiáceos	0,1	-,-	-,-
Barbidjaca	1,0	0,4	-,-
Anfetaminas	0,8	0,8	0,8

Fonte: Estudo epidemiológico sobre consumo de substâncias Psicoactivas entre alunos do secundário. Cabo Verde [1998].

Conforme o Ministério da Saúde de Cabo Verde e a Organização Mundial da Saúde (2007), as primeiras causas de mortalidade geral são as doenças do sistema cardiovascular (324 óbitos, 67,8 por 100.000 habitantes, os traumatismos e envenenamentos (257 óbitos, 53,7 por 100.000), as doenças vâsculo-cerebrais (250 óbitos, 52,3 por 100.000) e os tumores malignos (240 óbitos, 52,2 por 100.000). A seguir aparecem as causas infecciosas e parasitárias (190 óbitos, 39,7 por 100.000) e as afeções respiratórias -168 óbitos, 35,1 por 100.000.

Pode-se dizer que a evolução das principais causas de morbimortalidade revela a transição epidemiológica em Cabo Verde com as doenças crónicas não transmissíveis a representarem mais de 50% das causas de doenças e de óbitos. Essa evolução dos indicadores de saúde mostram que Cabo Verde parece encontrar-se numa fase de transição epidemiológica, caracterizada pela coexistência duma incidência significativa de doenças infecto-contagiosas características de países menos desenvolvidos e uma ocorrência crescente de doenças não transmissíveis tais como os acidentes vasculares cerebrais, os tumores e as doenças do sistema cardiovascular ou de traumatismos entre as principais causas de mortalidade.

Quanto a mortalidade infantil em 2005 ela situava-se em 24,1 por mil, sendo 50% das mortes as perinatais (primeiros sete dias de vida), ultrapassando claramente as causas infecciosas e parasitárias. Em 2005 a mortalidade materna foi de 14,5 óbitos por 100.000 NV (nados vivos) e em grande parte foram registradas nos hospitais do país onde persistem fraquesas na prestação de cuidados obstétricos de base e de urgências (CABO VERDE, 2007).

Os principais atores consideram que ao constituírem 50% dos óbitos infantis, as mortes perinatais chamam a atenção para a necessidade urgente de investimentos de fundo nos serviços de ginecologia e obstetrícia, através de formação de médicos e enfermeiros especializados nessa área e em neonatologia e na aquisição de equipamentos sofisticados para as maternidades em todo o país, reforçando paralelamente a parceria com países que têm mais experiência nessa matéria. Dessa forma a qualidade dos cuidados prestados nos serviços de ginecologia e obstetrícia podem conhecer melhorias assinaláveis, mas, entendem eles que antes de apostar-se nesses investimentos pode ser necessário um levantamento exaustivo sobre o funcionamento desses serviços em todas as estruturas sanitárias onde eles existem, pela via de uma avaliação e de um estudo feito por pessoal qualificado nesse domínio.

No entanto a taxa de mortalidade infantil em Cabo Verde tem tido uma evolução bastante positiva, com uma diminuição notável, passando de 57,9 por mil em 1995 para 26,8 em 2000, 23,2 por mil em 2001 e 21,7 em 2007 e esse fato pode ser constatado no gráfico seguinte:

Este gráfico elucida a evolução da mortalidade infantil em Cabo Verde de 1995 a 2007:

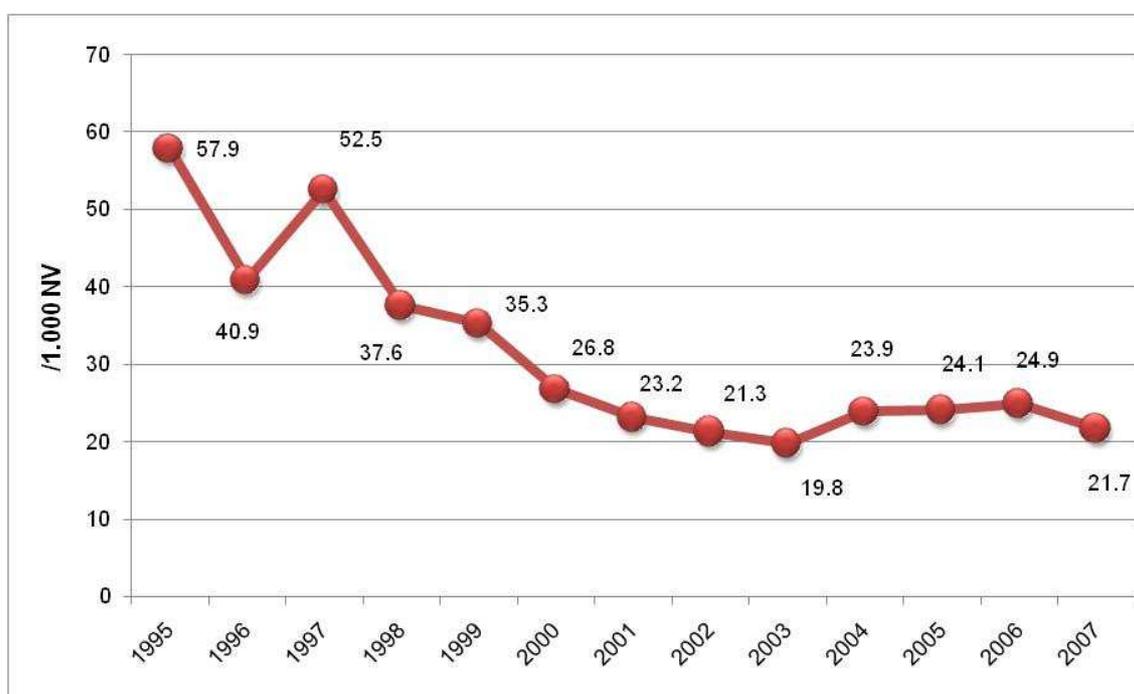


Gráfico 9 – Taxa de mortalidade infantil (0 a 1 ano) - Cabo Verde 1995 –2007

Fonte: Sistema de Informação Estatísticas de Mortalidade/Gabinete de Estudos, Planejamento e Cooperação/Ministério da Saúde da República de Cabo Verde. População INE (CABO VERDE, 2007).

Essa evolução da taxa de mortalidade infantil, para além de outros fatores, segundo os atores pode estar relacionada com o desempenho bastante favorável da política de saúde reprodutiva. Essa política, conforme o documento sobre a política de saúde de Cabo Verde (2007), constitui um dos objetivos de desenvolvimento da pessoa humana que se baseia na promoção da saúde da mulher e da infância através do programa de saúde reprodutiva.

Tanto o Ministério da saúde, como os principais atores admitem que o programa de saúde reprodutiva (SR) tem tido um desempenho positivo desde que Cabo Verde tornou-se independente, cumprindo razoavelmente a tarefa de planeamento familiar; vacinação alargada da população; gestão regular das vacinas, produtos farmacêuticos e equipamentos destinados a saúde reprodutiva; realização e supervisão de ações levadas a cabo nas diferentes estruturas sanitárias que prestam cuidados de saúde nessa área; apoio na formação dos recursos humanos nesse domínio.

Os atores consideram também que o programa de SR tem funcionado positivamente nos seus centros de referência na Praia e São Vicente, prestando e promovendo satisfatoriamente a atenção integral à saúde da mulher (AIS) e atenção integral às doenças da infância (AIDI).

A parte referente a saúde da mulher e da criança tem tido um desempenho positivo e com bons resultados desde que Cabo Verde, tornou-se independente (E 13).

Em relação a atenção primária, de facto houve, durante muitos anos aposta forte nos cuidados primários, sobretudo na saúde reproductiva (saúde materno-infantil) que trouxe grandes vantagens (E 4)

Para demonstrar como em Cabo Verde têm variado as taxas de mortalidade perinatal em 2005 e em função de idade da mãe ao parto, intervalo de nascimento, meio de residência e nível de instrução, conforme inquérito de desenvolvimento da saúde reprodutiva, a mortalidade nas crianças menores de cinco anos em 2005 são apresentados os quadros 4 e 5 que elucidam como a idade da mãe, o meio de residência e o nível de escolaridade das mães influenciam a taxa de mortalidade nas crianças.

O quadro 4 apresenta a mortalidade perinatal segundo algumas características sócio-demográficas das mães. A nível nacional, a taxa de mortalidade perinatal é estimada a 22 óbitos por mil gravidez de sete meses ou mais. Os resultados do quadro 4 mostram que os riscos de mortalidade perinatal são maiores, a medida que aumenta a idade da mãe, ou seja a taxa estima-se a 17 por mil nas mulheres de idade inferior a 20 anos e 47 por mil para as de 40 anos ou mais. Relativamente ao intervalo entre as gravidezes, a taxa de mortalidade perinatal

varia de 7 por mil quando a mulher respeita um intervalo de 27-38 meses para 45 por mil para os intervalos menores de 15 meses.

O quadro que se segue apresenta-nos a mortalidade perinatal em 2005:

Número de nados mortos e óbitos neonatais precoce, e taxa de mortalidade perinatal para o período dos cinco anos anteriores ao inquérito, por características seleccionadas, Cabo Verde, IDSR-II 2005				
Características Seleccionadas	Número de nados mortos¹	Número de óbitos neonatais precoce²	Taxa de mortalidade perinatal³	Número de gravidez de 7 ou mais meses de duração
Idade da mãe ao parto				
<20	5	5	17	565
20-29	5	16	21	1,029
30-39	9	4	24	538
40-49	1	3	47	99
Intervalo de nascimento				
Nascimento de 1ª ordem	8	6	27	525
<15	1	2	45	70
15-26	0	0	1	267
27-38	0	2	7	275
39+	11	18	27	1,095
Meio de residência				
Urbano	15	16	27	1,151
Rural	6	12	17	1,081
Domínio				
Sao Vicente	2	2	19	229
Santiago	16	16	23	1,361
..Praia Urbano	9	5	25	563
..Santiago Norte	2	6	17	428
..Resto Santiago	5	5	26	370
Nível de instrução				
Sem instrução	0	3	30	84
Básico	12	13	18	1,384
Secundário	9	10	28	698
Superior	0	1	18	65
Total	21	28	22	2,232
¹ Nados mortos são óbitos de fetos para gravidezes de sete meses ou mais				
² A mortalidade neonatal precoce refere-se a óbitos de crianças nascidas vivas que faleceram entre 0-6 dias de idade.				
³ A soma dos números de nados mortos e de óbitos de crianças com 0-6 dias, dividido pelo numero de gravidezes de 7 meses ou mais				

Quadro 4 : Mortalidade perinatal referente ao ano 2005 em Cabo Verde.

Fonte: Instituto Nacional de Estatísticas; Ministério da Saúde (CABO VERDE, 2005).

Concernente o nível de instrução das mulheres, as taxas observadas não permitem tirar uma conclusão apurada sobre as tendências da variação do fenómeno. De acordo com as diferenças de níveis de mortalidade observadas nos meios de residência, a mortalidade perinatal é mais acentuada no meio urbano (27 por mil) do que no rural (17 por mil). Os

resultados revelam que o fenómeno apresenta disparidades regionais. A mortalidade perinatal é maior na Praia urbana e Resto de Santiago (São Domingos, Santa Cruz e Praia rural) onde as taxas são estimadas respectivamente a 25 e 26 por mil.

O quadro seguinte reflecte a situação de mortalidade infantil em menores de cinco anos em 2005.

Quociente de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, juvenil, e infanto-juvenil por períodos de 5 anos anteriores ao inquérito, Cabo Verde IDSR-II, 2005					
Numero de anos anteriores ao inquérito	Mortalidade Neonatal (MN)	Mortalidade Pós-neonatal (MPN) ¹	Mortalidade infantil (1q0)	Mortalidade juvenil (4q1)	Mortalidade infanto-juvenil (5q0)
0-4	17	13	30	3	33
5-9	29	23	52	11	62
10-14	23	24	47	10	56

¹ Calculada como a diferença entre as taxas de mortalidade infantil e neonatal

Quadro 5 - Mortalidade das crianças menores de 5 anos referente ao ano 2005 em Cabo Verde.

Fonte: Instituto Nacional de Estatísticas; Ministério da Saúde (CABO VERDE, 2005).

O quadro 5 apresenta os diferentes quocientes de mortalidade para o período de quinze anos anteriores ao inquérito ou seja de 1989 a 2005. Os níveis de mortalidade são calculados para os períodos quinquenais 0-4 anos, 5-9 anos e 10-14 anos anteriores ao inquérito. Tratam-se em específico das taxas de mortalidade neonatal, pós-neonatal, infantil, juvenil e infanto-juvenil.

Para o período 0-4 anos anteriores ao inquérito (2000-2005), os resultados mostram que em cada 1000 crianças nascidos vivos, 30 falecem antes de atingir o primeiro aniversário. Os componentes da mortalidade infantil, a saber a mortalidade neonatal (entre 0 e 29 dias) e a mortalidade pós-neonatal perfazem respectivamente 17 por mil e 13 por mil. O risco global de morte entre o nascimento e o quinto aniversário é de 33 por mil nascimentos ou seja cerca de uma criança em cada 30. De acordo com os resultados a probabilidade para uma criança de um ano de falecer antes dos 5 anos é de 3 por mil.

Os dados do quadro 4 permitem retrair a evolução da mortalidade infantil e juvenil nos 15 anos anteriores ao inquérito. O nível da mortalidade de crianças menores de 5 anos diminuiu significativamente. De 1993, ano central do período 10-14 anos anteriores ao inquérito) a 2003 (ano central do período 2000-2005) a mortalidade infantil passou de 47 para 30 por mil, sendo uma redução de 57%. De igual modo a mortalidade juvenil baixou

significativamente passando de 10 para 3 por mil. É de notar que a queda da mortalidade infantil é essencialmente devida a baixa da mortalidade pós-neonatal que passou de 24 por mil no período 1990-1995 para 13 por mil entre 2000 e 2005.

O gráfico seguinte indica a evolução da mortalidade infantil de menores de cinco anos em Cabo Verde de 1995 a 2007:

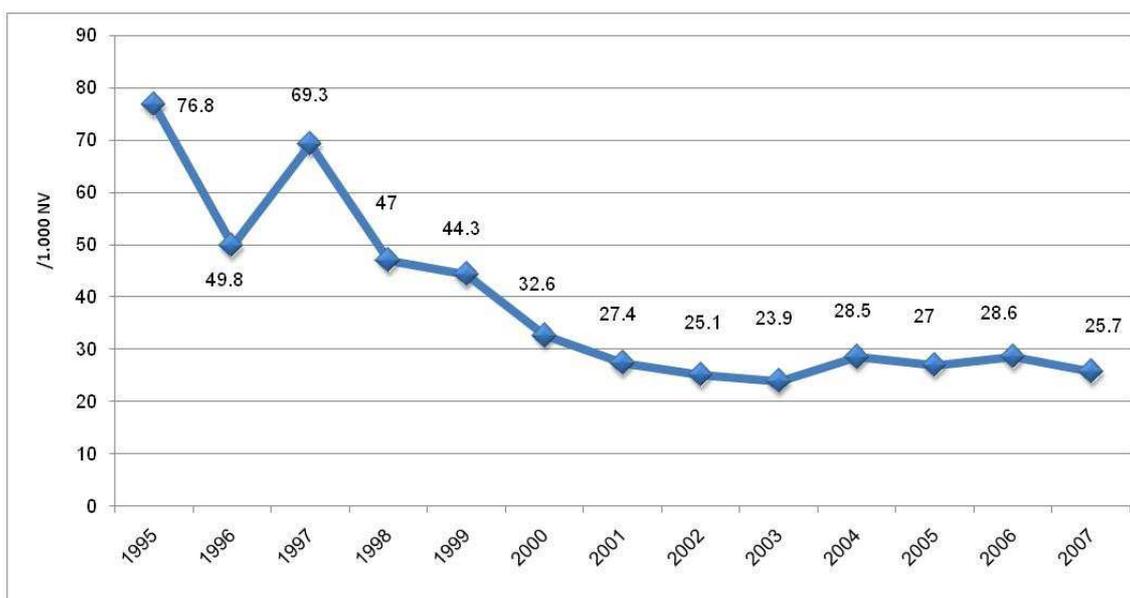


Gráfico 10 – Taxa de mortalidade de menores de 5 anos - Cabo Verde 1995 – 2007.

Fonte: Sistema de Informação Estatísticas de Mortalidade/Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação/Ministério da Saúde da República de Cabo Verde. População INE

O gráfico 10 evidencia diminuição significativa de mortalidade infantil em menores de cinco anos que passou de 76,8 por mil em 1995 para 25,7 em 2007, demonstrando segundo principais atores e Ministério da Saúde de Cabo Verde o desempenho positivo do programa de saúde reprodutiva e do sistema de saúde cabo-verdiano em geral no que toca a mortalidade na infância. Apesar desse desempenho positivo existem muitos problemas enfrentados pelo sistema de saúde de Cabo Verde, em conformidade com o modelo de Walt e Gilson, fazem parte do micro contexto da política e são apresentados na sessão a seguir.

9.4 Algumas insuficiências do Sistema de Saúde de Cabo Verde

Entre os países da África Ocidental, Cabo Verde pode ser considerado como um dos países com o melhor nível de indicadores de saúde pública. Isso é resultante de um esforço

persistente e do envolvimento permanente de toda a sociedade cabo-verdiana durante os trinta e quatro anos de independência nacional e dezanove anos de democracia, com a construção e criação de infra-estruturas, a aquisição de equipamentos e meios de diagnóstico, a elaboração e implementação de políticas de medicamentos com alguma adequação, a aplicação de recursos financeiros consideráveis no setor da saúde, a aposta na formação dos recursos humanos, a organização de serviços, a disponibilização mais criteriosa possível de recursos e uma legislação visando a institucionalização do sistema.

Os esforços do estado, dos setores público e privado e de toda a sociedade podem preconizar a efetividade da disponibilização de serviços de prevenção, de prestação de cuidados de promoção da saúde e de reabilitação que integrem ao mesmo tempo a população socialmente desfavorecida e a população em situação sócio-econômica de vulnerabilidade, principalmente expostas aos riscos, de acordo com medidas de políticas de acompanhamento e de acessibilidade, ultrapassando o déficit entre a procura e a oferta da prestação dos cuidados, de prevenção, reabilitação e de promoção.

Pode-se presumir que num país insular, pequeno e com considerável exatidão de recursos financeiros, foi difícil chegar a esse nível de realização. As características montanhosas e as especificidades da maioria das ilhas, a exiguidade da população e a dispersão das comunidades rurais em localidades isoladas, por vezes de difícil acesso, adicionado da inadequação dos meios de transporte, sobretudo marítimos, fizeram aumentar as dificuldades na busca de soluções aos problemas de saúde dos cidadãos.

No entanto, presume-se que os cabo-verdianos continuam insatisfeitos com o desempenho do Sistema Nacional de Saúde, com as condições de atendimento nas instituições públicas dos diferentes níveis e categorias e com a qualidade e efetividade dos cuidados prestados, sobretudo nos estabelecimentos situados na periferia do Serviço Nacional de Saúde, havendo necessidade para a tomada de medidas, designadamente a definição de um novo quadro de referência e de diplomas legais modernos e atualizados, intervenções técnicas, medidas de políticas consistentes, capazes de assegurar, a médio e longo prazos, uma melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados no sentido da protecção e promoção da saúde, da prevenção, tratamento e reabilitação da doença, respondendo de modo mais adequado às necessidades e as expectativas das populações (CABO VERDE, 2006). Isso fica claro na entrevista abaixo:

Na minha opinião as principais insuficiências do sistema de saúde de Cabo Verde estão relacionadas com a prestação de cuidados de saúde que não satisfaz os

usuários em termos de qualidade, recursos financeiros e materiais insuficientes e mal distribuídos, deficiente articulação entre os vários níveis de prestação de serviços, atenção primária com um modelo assistencial pouco produtivo, inexistência de um processo de formação contínua para os profissionais de saúde, falta de fiscalização e de inspeção da actividade privada e também pública, não existência de uma cultura de mérito, ausência do programa de saúde de família, e não tomada de medidas de políticas com vista a descentralização e regionalização da prestação dos cuidados de saúde (E 7).

O Ministério da Saúde de Cabo Verde (2006), no documento sobre a Política de Saúde identifica e reconhece que embora possam ser considerados significativos os avanços alcançados no setor da saúde depois da independência nacional, pode-se dizer que ainda persistem inúmeras insuficiências designadamente a insuficiência de recursos humanos (enfermeiros, médicos, outros técnicos de saúde e gestores formados especificamente para o sector da saúde) e a morosidade na marcação de consultas de especialidades e de exames complementares de diagnóstico.

Para o Ministério da Saúde de Cabo Verde (2006) a ausência de serviços especializados importantes como os de hemodiálise, quimioterapia, oncologia, neurocirurgia, neurologia, infeciologia, cuidados intensivos e outros que ainda não existem de forma própria, falta de medicamentos essenciais em algumas estruturas públicas de saúde, insuficiência de infra-estruturas adequadas de saúde, ausência de meios importantes de diagnóstico complementar em muitas estruturas públicas são outros problemas enfrentados pelos usuários do sistema de saúde de Cabo Verde.

Na generalidade, os atores entrevistados durante essa pesquisa apontam como problemas a serem resolvidos a inadequada articulação entre os sectores público e privado de prestação de cuidados de saúde, insuficiente publicação regular, sistemático e harmonizado dos indicadores de saúde em meios próprios para o efeito, a falta de acompanhamento, fiscalização e avaliação do desempenho das estruturas públicas e privadas de saúde, necessidade de mais incentivos para a promoção da medicina privada enquanto complemento positivo do setor público e a necessidade de reorganização da área da saúde pública em particular.

Podem ser referidas ainda outras fragilidades do sistema de saúde Cabo-verdiano que podem merecer atenção das autoridades sanitárias, como o crescimento do peso das doenças não transmissíveis no estado de saúde das populações, estando relacionadas com doenças cardiovasculares, destacando-se a hipertensão arterial, os acidentes vasculares cerebrais e as doenças isquémicas do miocárdio, doenças metabólicas como diabetes e suas complicações

renais, doenças degenerativas oftalmológicas, com destaque para as cataratas, tumores ginecológicos, traumatismos e suas sequelas, relacionadas sobretudo com os acidentes rodoviários e patologias reumáticas do foro cardiológico e cardiopatias congénitas, motivo frequente de transferência de pacientes para o exterior (CABO VERDE, 2007).

As transferências de doentes inter ilhas e para o exterior do país como uma prestação de cuidados de saúde, constituem uma responsabilidade financeira e social grandes para o Estado de Cabo Verde. Para melhor elucidar, apresenta-se a situação de transferência de doentes inter ilhas e para o exterior de Cabo Verde através dos seguintes quadros:

Categorias de Doentes	2002					2003				
	Doentes		Acompanha.		Total	Doentes		Acompanha.		Total
	N.º	%	N.º	%		N.º	%	N.º	%	
Promoção Social	120	50,4	71	68,9	191	111	52	65	68	176
F. Pública	53	22,3	10	9,7	63	39	18	10	11	49
INPS	65	27,3	22	21,4	87	64	30	20	21	84
Total	238	100	103	100	341	214	100	95	100	309

Quadro 6: Doentes registrados na embaixada de cabo verde em Portugal (Em Outubro de 2002 e em Março 2003).

Fonte: As transferências interilhas e para o exterior. Grupo de trabalho sobre as transferências de doentes. Reunião de Programação do Ministério da Saúde. Janeiro 2004

EVACUAÇÕES INTERILHAS		EVACUAÇÕES PARA O EXTERIOR	
ESPECIALIDADE	PERCENTAGENS	ESPECIALIDADE	PERCENTAGENS
1. Oftalmologia	12	1. Oncologia	34
2. Ginecologia	11	2. Cardiovascular	20
3. Cirurgia	11	3. Neurologia	9
4. Ortopedia	9	4. Traumatologia	8
5. ORL	7	5. Nefrologia/Hemodiálise	8
6. Medicina	7	6. Cirurgia	4
7. Estomatologia	7	7. Oftalmologia	2
8. Cardiologia	5	8. Patologia digestiva	2
9. Pediatria	4	9. Cirurgia Maxilo-facial	2
10. Urologia	4	10. Urologia	

Quadro 7: Especialidades máis frequentemente envolvidas nas transferências

Fonte: Relatório do Grupo de Trabalho sobre Transferências: Praia, Junho de 2003

Os atores entrevistados entendem que a forma como os doentes são transferidos para Portugal faz o Estado de Cabo Verde gastar muito dinheiro que podia ser aproveitado para

investir no reforço da capacidade endógena de prestação dos cuidados de saúde, evitando a situação de penúria efetiva e afetiva, muitas vezes degradantes, que muitos doentes cabo-verdianos transferidos vivem em Portugal. O próprio governo de Portugal não pretende continuar a receber eternamente doentes transferidos de Cabo Verde, sobretudo porque muitas dessas transferências são feitas por causa de patologias para as quais existe capacidade endógena para se resolver, e para as quais se podem criar capacidades de solução internamente.

O Entrevistado (3) entende que a não introdução de elevados investimentos na prestação dos cuidados para que as transferências dos pacientes para o exterior de Cabo Verde sejam somente para casos cada vez mais seletivos e com critérios mais claros é um grande obstáculo para o sistema de saúde. A forma como os doentes são transferidos hoje para Portugal tem sido muito criticada pela população, por padecer de falta de critérios claros e, às vezes, pessoas que dela precisam acabam por não ter acesso, acabando por sofrer e até falecer por falta da prestação desses cuidados.

Alguns atores entrevistados acreditam que a não motivação dos profissionais de saúde com uma carreira melhor gerida, condições salariais mais adequadas às especialidades e ao sacrifício que o pessoal de saúde faz, especialmente o pessoal médico, em estreita ligação com a ordem dos médicos de Cabo Verde que pode trabalhar com a rede da ordem dos médicos de outros países e rede de cientistas, incluindo a vinda de especialistas em várias áreas ao país, pode também ser considerada uma deficiência que precisa ser corrigida para reduzir as transferências. Cabo Verde é independente há 34 anos, tendo investido consideravelmente na formação do pessoal médico, mas não tem sabido redireccionar o investimento sobretudo na tecnologia avançada e nas atividades de pesquisa enquanto parente pobre do nosso sistema de saúde.

O não redireccionamento do investimento em saúde de tal forma que se possa transferir o mínimo possível de pacientes e se possa apostar cada vez mais na capacidade nacional de diagnóstico e tratamento é uma grande insuficiência do sistema (E 3).

Uma deficiente qualidade da prestação de cuidados em atenção primária, o congestionamento dos hospitais centrais com cuidados de atenção primária por não respeito da hierarquia entre os diferentes níveis da pirâmide sanitária e gastos em excesso, com a prescrição, algumas vezes, não criteriosa e as rupturas de stocks de medicamentos dispensados,

na sua maioria, gratuitamente com alguma frequência são problemas identificados pelos atores e pelo Ministério de Saúde de Cabo Verde.

Os hospitais, muitas vezes, desempenham actividades de cuidados primários de saúde porque estruturas de retaguarda os centros de saúde não estão devidamente equipados e organizados em recursos humanos e financeiros, o que leva a que não haja normas e hierarquização, com gastos, muitas vezes, excessivos (E 8)

O Ministério da Saúde de Cabo Verde (2007) reconhece que existe uma certa desconfiança de uma parte da população em certas instituições de saúde relacionada com o inadequado atendimento dos usuários por parte de alguns profissionais de saúde e a necessidade e limites da descentralização e da regionalização.

O Plano de Saúde de Cabo Verde (2006) considera que o ainda deficiente sistema de informação sanitária, com uma contribuição manifestamente insuficiente na gestão operacional do SNS e a indefinição das competências e atribuições entre os setores público e o privado e a ausência de protocolos que estabelecem as bases da cooperação entre os dois para tarefa da complementaridade são obstáculos que podem ser ultrapassados para que o sistema de saúde Cabo-verdiano possa ser sustentável.

Conforme esse documento, para além das insuficiências do sistema de saúde Cabo-verdiano já referidos, podem ser destacados, ainda, as seguintes: a insuficiência de recursos humanos em outras áreas, nomeadamente os licenciados e especialistas em farmácia, biologia, bio medicina, nutrição, análises laboratoriais, administração e em gestão dos serviços de saúde. São também identificados como problemas a problemática da sustentabilidade financeira do sistema relacionada com a insuficiência dos recursos e a desarticulada participação dos usuários, a disparidade de tipos de aparelhos e equipamentos nas diversas instituições e a inadequada capacidade de manutenção dos mesmos, o processo acelerado da urbanização do país e a pressão conseqüente sobre os equipamentos sociais.

Segundo o Instituto Nacional de Estatísticas (2001), em 2000 Cabo Verde enfrentava uma percentagem crescente da população com 60 anos e mais, hoje perto de 7%, uma proporção relativamente importante da população a viver na pobreza (36,7%), entre os quais 20,5% na extrema pobreza, alguma insuficiência do abastecimento da água e as deficiências do saneamento básico e a insuficiência e irregularidade dos meios de transportes entre as ilhas, particularmente os marítimos.

A carta sanitária de Cabo Verde (1999) identifica a tomada de decisões relacionadas com aspectos importantes do sistema com fraco envolvimento dos profissionais de saúde, o

peso nas despesas públicas que representa a transferência de doentes para o exterior do país devido, sobretudo, à fraca capacidade de prestação de cuidados de saúde em matéria de cuidados diferenciados, a construção de infra-estruturas de saúde, sem obedecer orientação definida de desenvolvimento neste domínio, como problemas que podem conduzir ao aparecimento de estruturas não adaptadas às realidades locais e pouco coerentes com a lógica do Sistema.

A indefinição do papel respectivo do setores público e privado na prestação dos cuidados de saúde, a necessidade do reforço do orçamento para o sector da saúde para que este seja 15% do total do orçamento geral do estado (OGE), segundo as recomendações da OMS, pois sem a saúde não se pode conseguir o nível de desenvolvimento preconizado constam como problemas, na opinião de atores entrevistados.

Numa situação em que não existe uma definição clara da parceria, do corredor público privado para a prestação dos serviços de saúde, o sistema de saúde pública acaba por não ter ganhos em matéria de desempenho de qualidade, não obstante o investimento que se vem fazendo (E 3).

Há que haver caminhos para o desenvolvimento dos privados na área da saúde para podermos aumentar o acesso e prestar melhor qualidade de saúde e em melhores condições possíveis, apesar de ser necessário o aumento do orçamento da saúde para 15% do OGE (E 1).

Uma das dificuldades com que se depara o sistema de saúde de Cabo Verde, na visão dos atores e do Ministério da Saúde de Cabo Verde, nos documentos de política, são os gastos excessivos com a vertente curativa e a secundarização da vertente preventiva que não está sendo devidamente cuidada e por essa razão, entramos numa situação de alguma insustentabilidade ao mesmo tempo que muita gente queixa-se de dificuldades no acesso à saúde. Essa realidade leva os municípios a gastarem muito dos recursos destinados a outros fins com a assistência médica e medicamentosa, comprovando distorções no sistema de financiamento. Todos os atores entrevistados acham que se deve cuidar melhor da parte preventiva e promocional, começando pela educação e informação da população para os problemas principais e aí entram setores como o saneamento básico que tem sido um elo fraco em matéria de bem estar em Cabo Verde e será necessário um investimento de fundo no saneamento para que estejamos menos sujeitos a doenças infecto-contagiosas transmitidas por vectores, como por exemplo a dengue, o paludismo, entre outras.

Neste país, por enquanto, não existe uma saúde preventiva e educativa bem estruturada e efetiva, existe uma saúde curativa, o que significa que os profissionais

de saúde atuam mais quando existe a doença, e isso significa ter gastos elevados (E 15).

A falta de investimento incisivo na educação, informação e comunicação em saúde capaz de fazer com que as pessoas com o dinheiro que têm, consumam alimentos não prejudiciais e sobretudo possam, pela via da prática do desporto, também, combater os riscos das doenças é uma insuficiência relevante (E 3).

Pode ser considerada insuficiência do sistema de Cabo Verde a incapacidade de se clarificar se neste momento ele está, ou não, tendo elementos de incoerência com o modelo previsto na Constituição de 1992. Um dos entrevistados é de opinião que temos um sistema de saúde cuja configuração é compatível com o sistema nacional de saúde, predominantemente público, mas devido a introdução de alguns elementos normativos em outras áreas conectas ao sector de saúde relativamente à questão seguro-doença há atores que defendem que esses elementos podem estar empurrando, provavelmente de uma forma inconsciente, o sistema de saúde cabo-verdiano para uma mudança de configuração, tendo em conta que uma das vertentes importantes para qualquer sistema é precisamente a forma como ele é financiado e como o estado enquanto entidade engaja ou participa no seu financiamento. Constata-se que neste momento o Estado, aliás, o governo concretamente, em termos de peso percentual em relação ao financiamento do setor da saúde aplica cerca de 75 % hoje cerca de 70 % e o ramo de seguro saúde-doença está ganhando cada vez mais dimensão e paralelamente a isso, a participação das famílias no financiamento do sistema nacional de saúde tem sido cada vez mais crescente particularmente no que concerne o acesso aos medicamentos.

Por outro lado os estudos recentes publicados pelo I.N.E. deram indicações de que 13 % da nossa população procura o sector privado. Crê-se, de facto, que há uma nova configuração do sistema de saúde de Cabo Verde que está sendo muito pouco discutida nos meios académicos, mas sobretudo no seio dos profissionais de saúde, onde essa probabilidade pode não estar muito clara.

Nós temos claramente elementos no sistema nacional de saúde que para mim está querendo mudá-lo de configuração para se tornar num sistema incompatível com o modelo de sistema de saúde do tipo vigente na constituição, mas deve continuar a haver um direccionamento focalizado na população vulnerável (E6).

Muitos dos principais atores da política de saúde de Cabo Verde consideram, nas entrevistas semi-estruturadas realizadas neste estudo, que esse quadro de inúmeras insuficiências e de algumas situações de incoerência com o sistema universal de saúde previsto na Constituição da República de Cabo Verde, pode apelar a uma reflexão sobre o aprofundamento da reforma do Sistema de Saúde Cabo-verdiano cujo objectivo é reorientá-lo

para a obtenção de ganhos em saúde para a população cabo-verdiana, reforçando o papel do Estado e a universalidade do sistema nacional de saúde.

10 CONTEÚDO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE CABO VERDE

Seguindo o modelo de Walt e Gilson adaptado por Araújo Jr. e Marciel Filho (2001) adotado neste estudo, a análise de conteúdo da política de saúde de Cabo Verde é relevante por expressar as possibilidades de impacto impressas pela política e pela análise da adequação das suas medidas e recursos, buscando identificar elementos da política que apontam, ou não, para mudanças.

O corpo da política é representada pelo conteúdo que se refere ao seu marco normativo e a sua base legal (no caso de Cabo Verde os princípios fundamentais da política de saúde), aos seus fundamentos de carácter programático, as suas diretrizes estratégicas e operacionais, determinadas em função dos problemas explícitos e implícitos da política, seus programas, projetos, ações, alvos e recursos requeridos (neste estudo os principais instrumentos e programas do sistema de saúde de Cabo Verde). Conforme a orientação do modelo de estudo apresento as sessões deste capítulo a seguir:

10.1 Princípios fundamentais da política de saúde de Cabo Verde

Apesar de Cabo Verde não ter um documento formal de política de saúde consensualizado por todas as forças políticas e a sociedade civil, os fundamentos políticos da Política Nacional de Saúde encontram-se na Lei Fundamental (Constituição), na Carta Sanitária de Cabo Verde, em diversos diplomas legislativos, em diferentes estudos, planos de desenvolvimento (CABO VERDE, 2004). A política de saúde em Cabo Verde baseia-se nos seguintes fundamentos:

Em conformidade com a nova Constituição de Cabo Verde (1992), independentemente da sua condição econômica e social, todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover. O direito à saúde é realizado através de uma rede de serviços de saúde e pela criação das condições econômicas, sociais, culturais e ambientais que possam promover e facilitar a melhoria da qualidade de vida das populações.

Para que o direito à saúde seja assegurado, o Estado tem a obrigação constitucional de promover a universalização do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, através da garantia de existência e o funcionamento de um sistema nacional de saúde.

A motivação da participação de toda a sociedade nos diversos níveis do sistema nacional de saúde, da existência de cuidados de saúde pública, incentivo à iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde são princípios reforçados na revisão constitucional de 1999.

A promoção da socialização dos custos de cuidados médicos e medicamentosos, a regulação e fiscalização do sistema nacional de saúde e da qualidade de prestação dos cuidados de saúde, dos medicamentos, produtos farmacológicos e outros meios de tratamento e de diagnóstico constam nos princípios políticos orientadores do sistema de saúde de Cabo Verde.

As ações e serviços de saúde, bem como os serviços privados que integram o Sistema Nacional de Saúde, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas na Constituição da República, obedecendo aos princípios de acessibilidade universal aos serviços em todos os níveis de assistência sanitária, da promoção da solidariedade de todos os cabo-verdianos na garantia do direito à saúde e na contribuição para o funcionamento dos cuidados de saúde.

A defesa da equidade na distribuição de recursos e na utilização dos serviços, da defesa da dignidade humana e a preservação da integridade física e moral dos usuários e prestadores, da liberdade de escolha de estabelecimento sanitário e de nível de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços, do respeito pela ética e deontologia profissionais na prestação dos serviços e da participação dos usuários no acompanhamento da atividade dos serviços de saúde são princípios constitucionais e da Lei de Bases de Saúde (CABO VERDE, 2004).

A multisetorialidade, intersetorialidade e a transversalidade das ações na área da saúde com atenção especial à luta contra a pobreza, em geral, e as condições de abastecimento de água, saneamento básico, habitação, educação e nutrição das populações, em particular, derivam das diretrizes da Constituição da República de Cabo Verde (CABO VERDE, 2006).

A interdependência entre o nível sanitário das populações e o estágio de desenvolvimento socioeconômico nacional e as características intersetorial, multisetorial e transversal dos fatores determinantes e condicionantes da saúde são reconhecidos pelo Estado de Cabo Verde. Assim como, a necessidade de envolvimento de diversos setores do desenvolvimento nacional e não apenas a ação do departamento governamental responsável pela área da saúde, para se poder alcançar o melhor nível possível de prestação de cuidados de saúde no país.

A nova Constituição de Cabo Verde (1992) criou a base para que Cabo Verde optasse pelo modelo de sistema de saúde que se caracteriza por beneficiar todos os cidadãos e residentes, independentemente da sua situação perante o emprego. Por ser pago por impostos e não por quotizações indexadas sobre rendimentos do trabalho. Um sistema como os vigentes no Reino Unido, Países Nórdicos, Itália, Espanha e Grécia, de matriz “beveridjeana”. Um sistema que visa cobrir todos ou quase todos os riscos e eventualidades, alargado a todo o território, quer haja ou não clientes com capacidade de pagar e onde a maioria das prestações ficam a cargo de serviços públicos, cabendo ao setor privado um papel complementar, com grande liberdade de prática e enorme tolerância do sistema público perante conflitos de interesse entre servidores de dois, ou até três anos: o público, o privado e combinatórias de ambos, ilustrando o efeito de “porta giratória” entre o público e privado.

Ao analisar os documentos da política de saúde de Cabo Verde, suas orientações e as opiniões dos principais atores pode-se admitir que o sistema de saúde cabo-verdiano está estruturado, podendo ser identificadas perfeitamente as várias componentes do sistema de saúde, tanto na parte de organização, dos servidores, do financiamento como na parte dos recursos. Nota-se que o sistema de saúde de CV encontra-se estruturado e que tem determinadas perspectivas dentro da finalidade enunciada de universalidade do sistema.

É evidente que quando se fala no Ministério da Saúde, fala-se em termos de orientações programáticas, mas há outras questões que influem também nessa inadequação, a questão dos recursos humanos, em relação aos quais nota-se que há falta de uma discussão e avaliação organizada sobre os caminhos a seguir, relacionados com os princípios e estratégias definidas.

Constata-se que há uma quase ausência de orientações concernentes a descentralização, regionalização, integração, municipalização de alguns cuidados de saúde, aposta na medicina preventiva e introdução do programa de saúde de família.

Há vários documentos que apontam os caminhos a seguir a condicionar o desenvolvimento do sistema, mas nem sempre a realidade está conforme esses princípios ou estratégias (E 3).

Nos documentos carta sanitária, política nacional de saúde e plano nacional de desenvolvimento sanitário a visão defendida e definida é a de que a saúde constitui um fator de desenvolvimento global, de justiça social e de luta contra a pobreza, baseada nos princípios

de solidariedade com partilha de responsabilidades, de equidade no acesso e na utilização dos serviços e de ética na defesa da dignidade humana.

10.2 Principais instrumentos e programas do sistema de saúde de Cabo Verde

Como já foi referido no ponto anterior, pode-se considerar que os principais instrumentos que suportam o sistema nacional de saúde cabo-verdiano no seu papel e desempenho quanto ao planeamento, organização e administração dos serviços de saúde, bem como ao controlo de qualidade dos cuidados de saúde prestados são a Constituição da República de Cabo Verde, a Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde, a Carta Sanitária de Cabo Verde e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.

A Constituição da República de Cabo Verde e a Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde já foram suficientemente referenciados no capítulo macro contexto da política de saúde de Cabo Verde. A Carta Sanitária de Cabo Verde (1999) baseia-se nos princípios de integração, universalidade, acessibilidade, permanência, descentralização, complementaridade, solidariedade e planificação, perspectivando a melhoria da prestação de cuidados de saúde nas vertentes preventivas, curativas e de reabilitação e de promoção da saúde pela articulação da atenção primária aos cuidados hospitalares; a descentralização da disponibilidade, oferta e qualidade dos serviços de saúde em cada um dos três níveis de prestação de cuidados com consequente resposta às expectativas da população; a melhoria da organização, gestão e do funcionamento do sistema nacional de saúde através da afetação de recursos e aplicação de normas e procedimentos que aumentem a efetividade das respostas às demandas da população enquanto principais objetivos do sistema nacional de saúde de Cabo Verde.

Esse instrumento, como um dos documentos orientadores do sistema de saúde de Cabo Verde prevê as seguintes Regiões Sanitárias (Distrito Sanitário): Região Sanitária de Santo Antão abrangendo as delegacias de saúde de Ribeira Grande de Santo Antão, Paúl e Porto Novo com sede na vila de Ribeira Grande, Região Sanitária de São Vicente para a delegacia de saúde de São Vicente, servindo a delegacia de saúde de São Nicolau e parte das delegacias de saúde de Porto Novo, Sal e Boa Vista, com sede na cidade de Mindelo, Região Sanitária de Santiago Norte (interior de Santiago) abrangendo as delegacias de saúde de Santa Catarina, Tarrafal, São Miguel Arcânjo e Santa Cruz (parte), com sede na cidade de Assomada, Região

Sanitária de Santiago Sul que inclui as delegacias de saúde da Praia, São Domingos e Santa Cruz (parte) e servindo de referência privilegiada a ilha do Maio e parte das delegacias de saúde da Brava, Sal e Boa Vista.

Entretanto atualmente discute-se a possibilidade de se reorganizar as Regiões Sanitárias da seguinte forma: Região Sanitária de Santo Antão, cobrindo as delegacias de saúde de Ribeira Grande de Santo Antão, Paúl e Porto Novo com sede na vila de Ribeira Grande, Região Sanitária de São Vicente, abrangendo as delegacias de São Vicente e São Nicolau com sede na cidade de Mindelo, Região Sanitária de Santiago Norte incluindo as delegacias de saúde de Tarrafal, Santa Catarina e São Salvador do Mundo com sede na cidade de Assomada, Região Santiago Leste abrangendo as delegacias de saúde de São Miguel Arcanjo, de Santa Cruz e de São Lourenço dos Órgãos com sede na vila de Pedra Badejo, Região Sanitária Santiago Sul cobrindo as delegacias de saúde da Praia, São Domingos, Ribeira Grande de Santiago e Maio, Região Sanitária Fogo e Brava incluindo as delegacias de saúde de São Filipe, Santa Catarina do Fogo, Mosteiros e Brava e Região Sanitária do Sal e da Boa Vista.

Normalmente em Cabo Verde os concelhos podem ter hospitais regionais, centros de saúde, postos sanitários e unidades sanitárias de base e nessa base pode-se conceber um distrito sanitário conforme a elucidação apresentada na figura que se segue:

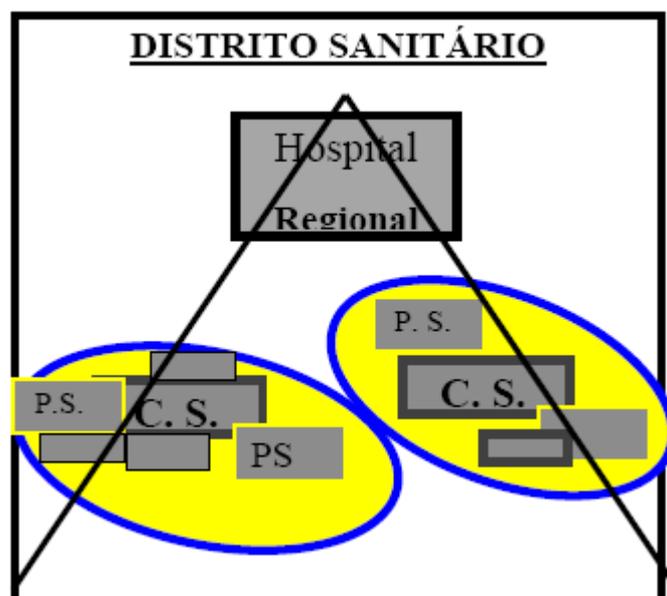


Figura 3: composição do distrito sanitário

Fonte: Gabinete de estudos e planeamento do Ministério da Saúde. Cabo Verde (1999).

Quanto a problemática da descentralização e regionalização dos serviços de saúde, analisados os documentos oficiais e o posicionamento dos atores da política de saúde de Cabo Verde e sendo uma questão prioritária para o sistema de saúde de Cabo Verde, não se compreende por que ela, nas propostas da atual configuração do sistema, é tratada timidamente.

Pelas diversas opiniões, com a descentralização e regionalização, o sistema de saúde de Cabo Verde ganhará consideravelmente, sendo a assunção formal e plena dessa orientação e implementação uma condição chave no processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde.

O sistema de saúde de Cabo Verde ganharia com a assunção da opção de descentralizar e regionalizar plenamente. Apesar desse entendimento nós temos uma única região sanitária a de São Tiago Norte. Temos que trabalhar rápido para concretizar a opção de descentralização e a da regionalização (E 1).

Pode-se entender que em Cabo Verde, pelos documentos pesquisados e opiniões dos atores, a descentralização e regionalização em saúde serão viabilizadas a nível municipal e das ilhas, permitindo a integração dos recursos, diminuição de desigualdades regionais muito salientes e aumento de igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde.

Eu sou favorável à descentralização, à regionalização e à integração da prestação dos cuidados de saúde em Cabo Verde em todos os níveis (E 2).

O plano nacional de desenvolvimento sanitário aprovado pelo Ministério da Saúde de Cabo Verde prevê sete programas essenciais do sistema nacional de saúde: prestação de cuidados de saúde, desenvolvimento dos recursos humanos, intervenção na rede de estruturas sanitárias, sustentabilidade financeira do setor da saúde, desenvolvimento do setor farmacêutico, reforço do sistema de informação sanitária e de investigação em saúde e desenvolvimento do quadro institucional.

Os programas do sistema nacional de saúde previstos no plano nacional de desenvolvimento sanitário pretendem constituir os pilares fundamentais para a sustentação da promoção da saúde, fortalecendo a capacidade de gestão, a qualificação dos recursos humanos, a sustentabilidade financeira do sistema, a coordenação da parceria e a descentralização das ações de saúde (CABO VERDE, 2007).

O programa de prestação de cuidados de saúde é considerado principal componente do sistema nacional de saúde, preconizando a prevenção e a luta contra as doenças prioritárias, a atenção específica por grupos da população, a operacionalização da prestação de cuidados em

todos os níveis da pirâmide sanitária, a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis e a mudança positiva dos condicionantes ligados ao ambiente e à qualidade de vida.

Parece que para se alcançar êxito na realização das ações acima referidas torna-se necessária a articulação entre a atenção primária e os cuidados hospitalares de forma descentralizada por níveis de complexidade, para alargar a disponibilidade, melhorar a qualidade do acesso, reforçar o controlo das doenças infecciosas através de uma adequada vigilância sanitária, reorganizando os programas de saúde pública para melhor desempenhar o papel de proteção da saúde individual e coletiva. Em conformidade com as opiniões dos principais atores entrevistados, pode ser necessária a criação e institucionalização de um departamento autónomo de saúde coletiva ligado ao Ministério da Saúde de Cabo Verde.

A colaboração, o envolvimento e a participação efetiva de todos na defesa da sua saúde e na mudança positiva dos condicionantes ligados ao meio ambiente pode ter uma importância indispensável, segundo o Ministro da Saúde de então (MEDINA, 1999) na Carta Sanitária de Cabo Verde elaborada em 1999.

Podem ser necessários debates sobre os desafios relacionados com as doenças não transmissíveis, em crescente aumento nessa fase de transição epidemiológica em Cabo Verde, com especial destaque para o risco em saúde pública que constituem os acidentes de estrada e de trabalho, o consumo abusivo do álcool, do tabaco e de substâncias psicotrópicas (CABO VERDE, 2007).

Algumas situações que constituem riscos para a saúde pública podem ser prevenidas e combatidas através de uma articulação estreita entre o Ministério da Saúde e os órgãos do poder local que, sendo envolvidos e capacitados com poderes, competências e recursos, transformam-se em parceiros privilegiados em saúde.

Muitos atores ligados ao sistema nacional de saúde defendem a reorganização da atenção primária, a introdução de saúde de família ainda inexistente em Cabo Verde, a municipalização de alguns cuidados primários de saúde, a reformulação dos cuidados secundários através da melhoria da autonomia, competência e do funcionamento dos hospitais regionais e a reestruturação da atenção terciária com introdução de cuidados terciários de alta complexidade para poder dar alguma resposta a problemática de transferências dos doentes inter ilhas e para o exterior do país.

Percebe-se através dos documentos e das ideias dos atores que a participação do poder local nas questões ligadas à saúde é um problema que preocupa muita gente em Cabo Verde.

No entanto, o poder local do ponto de vista institucional, não tem tido uma participação efetiva nas questões da saúde. A participação activa dos municípios na defesa da saúde da população e na prestação dos cuidados de saúde é defendida por todos, não como mero observador, como tem sido, mas sim, como interveniente activo no processo.

O país está dividido em municípios e com uma intervenção direta do poder local na saúde só ganharíamos em termos de uma melhor prestação dos cuidados de saúde (E 8).

Nos documentos orientadores e estratégicos da política de saúde de Cabo Verde analisados, ao contrário da visão dos principais atores, é omitido a possibilidade de introdução do programa de saúde da família. Essa situação não é entendida pela generalidade dos atores que sublinham a importância do PSF para o sistema de saúde de Cabo Verde e consideram indispensáveis a vontade política, a formação de quadros, a sensibilização e motivação de quadros para a formulação e implementação desse programa.

O programa de saúde da família em CV tem que ser encarado de forma séria e para a sua formulação torna-se necessária a vontade política, a mobilização e a motivação dos profissionais de saúde (E 8).

Sem o programa de saúde da família em CV que é muito mas abrangente do que a saúde reprodutiva, o sistema de saúde não está a cumprir bem as suas funções em matéria de atendimento domiciliário, cuidados primários da saúde, de informação da população, de prestação de cuidados aos doentes crónicos nos seus locais de residência, de gestão desses recursos, existência de ficheiro de todos esses doentes entre outras atividades que serão melhor executadas com a introdução do PSF (E 5).

O programa de desenvolvimento dos recursos humanos é componente essencial para a administração, gestão do sistema nacional de saúde, prestação dos cuidados de saúde e implementação dos programas nacionais no setor da saúde. Pode-se afirmar que a evolução do efetivo de profissionais de saúde verifica um crescimento considerável e alguma diversificação no quadro do pessoal, mas ainda insuficiente, sobretudo no que diz respeito aos profissionais especializados em diversos domínios, pelo que o plano nacional de desenvolvimento sanitário tem como uma das funções a formação e o aperfeiçoamento das diferentes categorias de pessoal, através de optimização de oportunidades dentro ou fora de Cabo Verde (CABO VERDE, 2005).

Um dos desafios para o plano nacional do desenvolvimento sanitário pode ser a criação de base para a formação de médicos gerais e especialistas e outros profissionais de

saúde em Cabo Verde, tendo em conta as dificuldades crescentes e limitações de formação no exterior do país.

O programa de intervenção na rede de estruturas sanitárias preconiza o desenvolvimento de infra-estruturas para poder assegurar a prestação dos cuidados de saúde de forma descentralizada nos diferentes níveis da pirâmide sanitária, garantindo a continuidade dos cuidados. A consolidação das estruturas sanitárias existentes e o desenvolvimento de instrumentos para, em função de necessidade, construir, equipar novas estruturas e reorganizar os mecanismos de manutenção de estruturas e de equipamentos existentes são os principais objetivos pretendidos por esse programa. Nesse sentido a carta sanitária de Cabo Verde é um instrumento importante para uma planificação clara na base da sua sistemática atualização com inclusão de estabelecimentos privados de prestação de cuidados de saúde enquanto uma das bases para o do reforço da rede de estruturas sanitárias.

A gestão das infra-estruturas e dos equipamentos na área de saúde peca pela falta de promoção e planeamento adequado e muitas estruturas periféricas encontram-se em decadência de recursos materiais mínimos necessários, comprometendo seriamente o desempenho do sistema de saúde (E 13).

Segundo esse programa, em termos de construção de infra-estruturas para aumentar o acesso dos cabo-verdianos à saúde, é claro que os hospitais regionais e centrais podem ser melhor equipados e à medida que vão surgindo novas necessidades da saúde, como sabemos é uma lei inevitável, quanto mais especialistas são formados, mais necessidades de saúde são criadas, mais necessidades de recursos humanos e de equipamentos também são chamadas para o sistema de saúde.

Hoje muitos atores do sistema de saúde cabo-verdiano defendem que já se sente a necessidade de construção de um novo hospital de referência nacional na Praia com todas as especialidades e tecnologias de ponta, à semelhança daquilo que se passa nas ilhas Canárias com o objetivo de cobrir todo o território nacional, mas também a região da costa ocidental africana. É defendido também a construção do hospital regional de Santiago Leste em Santa Cruz e um novo hospital regional no Fogo.

Entretanto para melhor se definir as necessidades em termos de construção de novas infra-estruturas sanitárias, torna-se necessária a atualização da carta sanitária de Cabo Verde que foi elaborada há mais de dez anos (E 1).

Creio que se sente a necessidade de atualização da carta sanitária de Cabo Verde e essa atualização seguramente indicará a necessidade de construção de um novo hospital regional em Santiago Leste e um novo hospital de referência nacional na Praia (E 7).

A atualização da carta sanitária de Cabo Verde poderá ajudar numa melhor programação na construção e no equipamento dos hospitais, centros de saúde e postos de saúde (E 9).

Eu considero prioritária a construção de mais hospitais, centros de saúde, postos de saúde onde for necessário e em função da atualização da Carta sanitária de Cabo Verde (E 15).

Apesar de já se defender a reconfiguração das estruturas sanitárias de acordo com as funções que desempenham, passando para postos de saúde, centros de saúde e hospitais. Para elucidar a hierarquia vigente atualmente em Cabo Verde na prestação de cuidados de saúde em função do tipo de estrutura sanitária existente nos concelhos ou municípios, ilhas e regiões (unidades sanitárias de base, postos sanitários, hospitais regionais e hospitais centrais) que prestam os cuidados primários, secundários e terciários são apresentados as figuras seguintes:

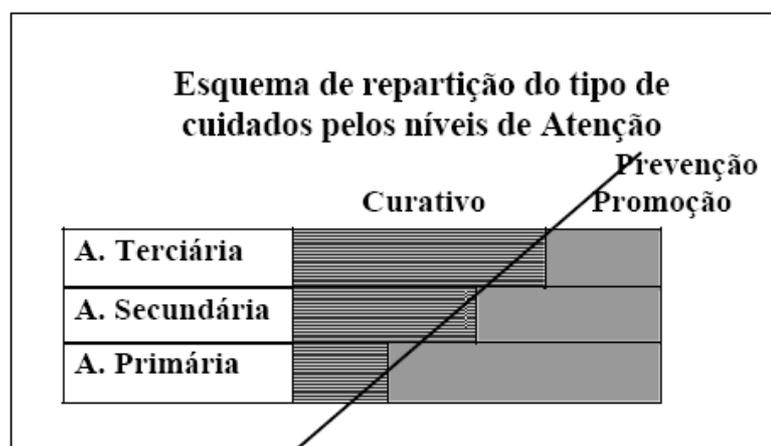


Figura 4 : Esquema de repartição do tipo de cuidados pelos níveis de atenção
Fonte: Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde. Cabo Verde (1999).



Figura 5 : Sistema dos serviços de saúde nas estruturas sanitárias.
Fonte: Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde. Cabo Verde, 1999.

Quanto ao programa de sustentabilidade financeira do sistema nacional de saúde, o plano nacional de desenvolvimento sanitário (PNDS) considera que o financiamento da saúde em Cabo Verde constitui uma condição chave para a viabilidade do sistema, pelo que esse programa é tido como um dos elementos essenciais do PNS, cuja definição e adopção de estratégias de mobilização de recursos para assegurar a sustentabilidade da saúde poderá servir de base para adopção de instrumentos de controlo e monitorização do financiamento do SNS, visando uma maior transparência e efetividade dos recursos alocados. Esse programa preconiza o aumento efetivo dos recursos financeiros provenientes de todas as origens, podendo o Estado negociar com os sistemas de proteção social e de seguro de saúde, a atualização da comparticipação nos custos com a saúde, fundamentada na solidariedade e numa melhor integração da parceria nacional e internacional. Admite-se que a comparticipação financeira dos usuários pode ser desenvolvida através de mecanismos de cobranças das taxas criteriosamente estipuladas, de incentivo das iniciativas comunitárias de financiamento, das mutualidades em saúde e do setor privado, através de contratações especiais.

Relativamente à questão da sustentabilidade do financiamento do sistema de saúde de Cabo Verde, na base de análise e na opinião dos atores, nós devemos partir de uma realidade de que temos uma franja da população acima dos 30 % que é considerada pobre, portanto para continuarmos a garantir os princípios da universalidade no acesso aos serviços de saúde, como fator de promoção e coesão social, torna-se indispensável uma expressão de solidariedade dentro da sociedade e o financiamento do sistema de saúde de Cabo Verde deve ser indireto, portanto seja pelos impostos, seja pelo sistema de seguro-doença que neste momento o INPS tem com objetivo dar uma cobertura de 60% da nossa população e nós vamos ver que o que resta da população não está coberta é ligeiramente superior a aquilo que nas estatísticas consta como a nossa população pobre, portanto para os atores, esta população não pode ficar à margem de cobertura e o Estado deve assumir as suas responsabilidades.

É preciso uma inclusão e coesão social no financiamento do sistema de saúde em Cabo Verde. Podemos ter, de facto, uma sociedade solidária no que diz respeito a área da saúde (E 6).

Há entrevistados que consideram necessária a redefinição do modelo de financiamento do sistema de saúde de Cabo Verde, atendendo ao fato de que a sustentabilidade do financiamento do sistema de saúde no nosso país tem sido matéria de grande debate e que estamos a assistir também a uma mudança na mentalidade das pessoas em relação a isso,

devendo o sistema de saúde ser financiado por contribuições do estado, das entidades empregadoras que estão agora neste momento cada vez mais ligadas ao instituto nacional de previdência social, seguros privados, mutualidades e usuários que devem compartilhar nos custos na medida das suas posses financeiras.

Deve-se fazer claramente uma selecção dos custos que os usuários devem compartilhar no serviço prestado, através de uma taxa e os que não puderem ficam isentos (E 10).

O programa de desenvolvimento do setor farmacêutico previsto no PNDS prevê a disponibilidade permanente de medicamentos essenciais, seguros, de qualidade e a um preço acessível, para suportar as atividades de saúde que possam dar melhor resposta ao perfil sanitário de Cabo Verde.

No PNDS está previsto o programa de reforço do sistema de informação sanitária e da investigação em saúde que pretende disponibilizar informações fiáveis, sistematizadas e organizadas que melhor possa espelhar o que, verdadeiramente, se passa no sistema nacional de saúde e isso exige um sistema de informação sanitária bem articulada com os subsistemas de estatística sanitária, vigilância sanitária e epidemiológica e todos os outros departamentos ligados direta ou indiretamente com o funcionamento do SNS. O sistema de informação em saúde preconizado no PNDS pode constituir um importante meio de gestão, capaz de melhorar o desempenho do SNS, assegurando a continuidade, a integração e a globalidade dos cuidados aos usuários. O PNSD pretende que o sistema de informação sanitária (SIS) garanta a vigilância das situações com potencial epidémico elevado e que permita prever e preparar as melhores respostas ao eventual surgimento de surtos ou epidemias, sem secundarizar o acompanhamento da evolução das doenças não transmissíveis em Cabo Verde.

Dentro desse programa prevê-se o desenvolvimento de mecanismos institucionais de apoio, promoção e operacionalização da pesquisa em saúde em Cabo Verde, como meio de aperfeiçoamento da gestão dos programas e dos serviços de saúde e das relações com os outros setores, privilegiando o cumprimento da ética, articulação e da coordenação. Sublinha-se também a importância do relacionamento positivo com as instituições universitárias nacionais e com os centros de investigação regionais e mundiais, fomentando nos profissionais de saúde o espírito e a aptidão sistemática para a pesquisa em saúde.

Globalmente em matéria de reforma do sistema de saúde em C.V., eu considero que ela tem dado frutos insuficientes, às vezes produzindo desperdícios, não tem considerado adequadamente uma vertente essencial que é a vertente da gestão e

formação dos recursos humanos, neste momento peca pela quase inexistência da componente investigação científica em saúde e peca pela ausência de atribuição de mais competências, poderes e alocação de recursos financeiros ao poder local, enquanto um dos principais atores do sistema, em matéria de saúde (E 3).

O programa de desenvolvimento do quadro institucional previsto no PNDS tem como objetivos a revisão e a readaptação da lei orgânica do Ministério da Saúde (MS), definindo melhor os mandatos dos diferentes departamentos e melhorando a articulação e a coordenação administrativas do MS; a melhor adequação dos instrumentos jurídicos e regulamentares do setor da saúde; a elaboração de definições de funções e normas claras de funcionamento dos serviços; o desenvolvimento das competências e das capacidades de gestão nos diferentes níveis do SNS; a criação de mecanismos de articulação e coordenação das intervenções dos parceiros nacionais e internacionais do desenvolvimento sanitário. O PNDS considera que é necessário o desenvolvimento de um quadro mais harmonioso de legislação e regulamentação que possa dar uma melhor sustentação às novas exigências e mudanças, reforçando a capacidade de resposta dos serviços de saúde.

Esse programa reconhece a fragilidade do MS na coordenação de todas as intervenções sanitárias no país e preconiza o reforço da liderança do MS e a clarificação das relações de complementaridade entre o setor público e o privado e com as instituições de seguros e da segurança social.

Resumindo o PNDS pretende o desenvolvimento de ações intersetoriais e a multisetorialidade das atividades e intervenções na área da saúde para poder lançar bases da incorporação da dimensão sanitária na concepção das estratégias próprias de desenvolvimento, no sentido de se construir uma visão transversal, partilhada e comum, dentro de um quadro permanente de ações e consultas recíprocas e articuladas em saúde.

Pode-se dizer que os instrumentos orientadores da reforma nós temos, mas o processo de reforma é que não sei dizer até que ponto é que existe. Quanto à perspectivas de reforma, CV nesse aspecto pode perspectivar a reforma na base política, económica e social, mas ela depende em grande medida da capacidade de intervenção dos profissionais de saúde (E 13)

Basicamente o processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde tem sido somente institucional e não se sabe até que ponto será assumido pelos profissionais de saúde já que o processo não está sendo devidamente socializado, estando a ser elaborado sem o devido envolvimento dos profissionais de saúde que são inquestionavelmente elemento chave em qualquer processo de reforma.

11 PROCESSO DA POLÍTICA DE SAÚDE DE CABO VERDE

Conforme o modelo adotado para este estudo, o processo político deriva das intenções e das relações sociais que conduzem às decisões políticas e ao controle e à revisão dessas decisões, enquanto que os componentes e as estruturas nos quais o processo se realiza constituem o sistema político da sociedade. Identificar com clareza os diferentes processos políticos que levam às decisões e às formulações das políticas, não é tarefa fácil.

Os processos políticos podem acontecer nos espaços oficialmente designados pelo sistema político, tendo também a possibilidade de ocorrer em eventos extra-oficiais, nos quais os atores utilizam seu poder para influir nas decisões políticas. Conforme referenciado no marco teórico desta pesquisa, toda a política é, em primeiro lugar, formulada ou concebida no âmbito de um processo decisório pelos tomadores de decisão, podendo ser democrático e participativo (pluralista) ou autoritário e de gabinete (elitista), de baixo para cima (com abertura para envolvimento de todos os grupos interessados) ou de cima para baixo (tendo em consideração os gestores do primeiro escalão). Pode ser também racional e planejado (quando os seus processos e procedimentos são controlados por técnicos específicos), incremental (mediante um processo adaptativo, com ajustes mútuo entre os atores intervenientes) ou ainda detalhadamente definida ou deixada propositadamente incompleta para ver se cola e como é que fica na prática. Em função, essencialmente do grau de racionalidade do processo decisório, essa fase de formulação de política pode contemplar etapas como pesquisa do assunto, filtragem do assunto, perspectivas, explicitação de valores e objetivos globais.

Segundo o modelo de Walt e Gilson adaptado por Araújo Jr. (2001), a análise do processo político toma em consideração tanto a tomada de decisão quanto a implementação da política. Portanto, é importante analisar as relações existentes entre os diferentes níveis de governo, as estratégias políticas para a sua implementação e os recursos envolvidos. Acrescentando o grau de racionalidade da fase de formulação e o estilo de implementação da política interferem significativamente na forma como acontecerão possíveis processos de monitoramento e análise da política em questão.

Neste capítulo aborda-se o processo da política de saúde de Cabo Verde nas suas fases de formulação, implementação, monitoramento e avaliação.

Os sistemas políticos e de governo de cada país determinam o processo das suas políticas públicas em saúde, baseando-se na Legislação vigente em matéria de formulação e

implementação da política de saúde e tendo em consideração o modelo do sistema de saúde em vigor em cada país.

Em 1975 teve início a construção de um sistema de saúde completamente estatizado, mas com regras claras, pois Cabo Verde passou a ter um governo e um regime de partido único, uma Assembleia Nacional constituída por deputados eleitos em lista única, aprovando leis que serviam de orientações a políticas públicas para diferentes setores de governação, incluindo o da saúde, mas a implementação não era acompanhada nem fiscalizada, tendo em conta que na época o parlamento seguia as orientações do governo que tinha o poder de fazer e desfazer, ou seja o governo era juiz em causa própria, desempenhando ao mesmo tempo o papel de formulador, implementador, fiscalizador e de avaliador, não sendo este considerado o caminho adequado para o processo de políticas públicas.

A partir de 1991, o processo da política de saúde de Cabo Verde passou a orientar-se na formulação, implementação, monitoramento e avaliação com a participação de diferentes atores durante o processo, estando a etapa de formulação claramente a cargo do governo enquanto responsável máximo de políticas públicas em saúde, através de elaboração do programa do governo, propostas, e projetos de lei aprovados pelo próprio e pelo parlamento, em função dos resultados eleitorais e da correlação de representatividade dos partidos políticos com assento parlamentar.

No sistema de governo instituído em Cabo Verde após o início da democratização do país através de realização de eleições multipartidárias dos órgãos do poder central e local com mandatos de cinco e de quatro anos respectivamente, o ator principal na formulação de políticas públicas em saúde é o governo, através de elaboração do programa de governação correspondente a cada legislatura, passando pelo crivo do parlamento que enquanto um dos atores responsáveis pelo processo de formulação de políticas em saúde tem a obrigação constitucional de discutir e, em função da maioria parlamentar que suporta o governo, aprovar o programa apresentado de cinco em cinco anos. Considerando que os mandatos dos governos são de cinco anos muitos atores questionam a existência de planos de desenvolvimento sanitário inferiores a três anos ou que ultrapassam dez anos, como é o caso do atual plano aprovado pelo Ministério da Saúde em 2007.

O Ministério da Saúde de Cabo Verde, às vezes, elabora planos nacionais de desenvolvimento sanitário por períodos inferiores a cinco anos ou superiores a dez anos. Na qualidade de ator do sistema de saúde cabo-verdiano discordo frontalmente dos períodos que abrangem esses planos por serem muito curtos ou longos, sobretudo se tivermos em conta que

o mandato constitucional dos governos em Cabo Verde são de cinco anos. Esses mesmos planos por não terem sido suficientemente socializados com os diferentes atores do sistema, tendo excluído completamente os partidos políticos da oposição e a sociedade civil, acabaram por omitir aspectos prioritários para o processo de reforma designadamente a descentralização e regionalização, a municipalização de alguns cuidados de saúde, a assunção do programa de saúde da família que poderá ser uma inovação indispensável para o sistema, a criação de um departamento autónomo de saúde coletiva, a reestruturação dos programas de saúde pública, o mutualismo em saúde entre outros aspectos relevantes para a reforma.

Os planos nacionais de desenvolvimento sanitário não devem ser inferior a cinco anos nem superior a dez anos (E2).

Conforme o documento da Assembleia Nacional de Santos (2008), a fase de implementação da política de saúde é da responsabilidade do Ministério da Saúde, estando a execução a cargo das direções gerais, programas de saúde pública, delegacias de saúde, hospitais centrais e regionais e os estabelecimentos privados de prestação de cuidados de saúde, em função das orientações do governo e das necessidades da população em matéria de saúde. Nesta fase os municípios e a sociedade civil podem ter um papel mais interventivo, mas para isso torna-se necessária uma melhor adequação da legislação vigente que possa assegurar o reforço de atribuições e competências nessa tarefa de melhor partilhar a prestação dos cuidados de saúde.

Para a generalidade dos atores entrevistado, o poder local em Cabo Verde tem muito pouca intervenção a nível da saúde. Embora entenda que a lei base de saúde permite alguma responsabilização do poder local em relação à gestão das unidades sanitárias de base, mas isso é muito pouco e não tem havido uma intervenção efetiva do poder local no setor da saúde, sendo um defeito que poderá ser corrigido. O poder local poderá ter um papel importante na melhoria dos cuidados de saúde a nível local. Neste momento a intervenção dos municípios no setor da saúde é praticamente nula, excepto apoios pontuais em transporte de doentes, assistência medicamentosa que algumas câmaras efetivamente orçamentam, mas bastante insuficientes em relação à aquilo que se espera do poder local no desempenho do sistema nacional de saúde.

O poder local poderá ter um papel importante na melhoria dos cuidados de saúde a nível local. (E 4).

No processo de formulação e implementação da política de saúde, a monitorização, fiscalização e avaliação podem ser componentes com valor acrescentado que permitem melhorar o desempenho do sistema de saúde, através de diagnóstico de insuficiências e de vantagens durante as fases de execução e de obtenção de resultados que, depois de avaliados sistematicamente, podem ser corrigidos na situação de desempenho negativo, ou continuados, caso os resultados se mostrem satisfatórios em relação aos objetivos preconizados.

O processo de acompanhamento, fiscalização e de avaliação pode ser levado a cabo pela entidade formuladora e executora da política e por uma instituição independente como complemento indispensável para a continuidade ou redefinição de estratégias para a obtenção dos melhores resultados possíveis.

Em Cabo Verde, exceto o parlamento que tem algumas competências, em função da correlação de forças dos partidos políticos com assento parlamentar, para monitorar e fiscalizar políticas públicas em saúde, não existe uma entidade independente formal com competência legal para acompanhar, fiscalizar e avaliar o desempenho do sistema de saúde periodicamente. Esse fato faz com o próprio Ministério da saúde desempenhe essas funções, sendo, neste caso, juiz em causa própria, fato que não tem contribuído adequadamente para a melhoria do desempenho do sistema de saúde cabo-verdiano, havendo atores que apontam essa situação como um dos principais problemas do sistema.

No processo da política de saúde de Cabo Verde é bastante evidente a ausência de um programa de acompanhamento, regulação e avaliação do sistema de saúde cabo-verdiano para garantir a qualidade dos serviços prestados. Atualmente é o próprio Ministério da Saúde que faz algumas raras ações de fiscalização e de avaliação dos serviços. Essa actividade deverá ser feita sistematicamente, mas também, por uma entidade independente. É preciso que sejam contratados consultores independentes nacionais e internacionais para avaliarem todo o sistema nacional de saúde. A implementação adequada da reforma do sistema teria que ser feita após uma avaliação feita por uma entidade independente.

Torna-se necessária a avaliação independente do desempenho do sistema de saúde de Cabo Verde (E 8).

O processo da política de saúde de Cabo Verde está intrinsecamente ligada ao sistema de governo vigente em Cabo Verde após o advento da democracia, com implementação de um regime multipartidário baseado no parlamentarismo mitigado em que o parlamento é o centro vital do poder e do sistema político, tendo a função de apreciar e aprovar o programa do

executivo governamental saído da eleições, incluindo a formulação de medidas de política em saúde e sua fiscalização através de debates e aprovação dos orçamentos para o setor da saúde. A elaboração e aprovação de medidas legislativas relativas ao setor da saúde e a formulação e implementação de políticas de saúde em Cabo Verde conta apenas com a participação do governo e do parlamento que, na maioria das vezes participa de forma não vinculativa, sobretudo quando os governos são suportados por maioria absoluta, como tem acontecido desde 1991. A participação da ordem dos médicos, dos municípios, da sociedade civil e de outros atores é praticamente ausente no processo de formulação da política de saúde de Cabo Verde.

Penso que o envolvimento efetivo dos atores na formulação e implementação da política de saúde e do poder local na prestação de cuidados de saúde será uma peça essencial para o futuro da reforma do sistema nacional de saúde (E 5).

Eu diria que é necessário associar a visão estratégica de desenvolvimento do sector da saúde ao envolvimento de todos os atores no processo de reforma como um factor de desenvolvimento do país (E 10).

Quanto ao futuro processo de reforma do sistema de saúde em CV, que eu disse anteriormente, ele depende muito da vontade política e da necessidade urgente de envolvimento dos outros atores para além do Ministério da Saúde (E 12).

Nesse sentido, pode-se considerar que a política de saúde de Cabo Verde, nos últimos anos tem sido formulada ou concebida de forma elitista, de cima para baixo e de forma detalhadamente definida ou deixada para ver se cola e como é que fica na prática.

12 ANÁLISE DE ATORES ENVOLVIDOS NA POLÍTICA DE SAÚDE DE CABO VERDE

Para se compreender inovações políticas e/ou processos de racionalização administrativa, equacionados pela via de compatibilização ou adequação de estratégias políticas, o papel dos atores é fundamental. Essas estratégias são geradas por atores sociais específicos que em determinados momentos assumem interesses diversos de classe, corporativos, de grupos, individuais e até específicos ou até de caráter clientilista.

Segundo Araújo Jr. e Marciel Filho (2001), para análise dos atores é necessário caracterizá-los, como se mobilizam em relação às propostas da política. Uma característica importante de ser referida que diz respeito a todos os atores sociais é que eles detêm alguma forma de poder de influenciar os outros. Esses autores consideram que o poder é a principal variável desse processo que ultrapassa todas as categorias de análise, sendo fundamental no entendimento do ciclo da política.

Nas sociedades modernas, os atores sociais podem exercer o poder económico, ideológico e político. Normalmente o poder económico é utilizado por atores que possuem determinados bens capazes de induzir os que não os possuem e deles necessitam, a adotar comportamento que os atores que detêm esses bens, desejam. Para influenciar os que são alvo das medidas de política os atores podem utilizar o poder ideológico, influenciando as ideias expressas e definidas sob certas circunstâncias e mediante certo processo de mobilização.

Em relação ao poder político ele é exercido fundamentalmente pelo governo que pode recorrer à força para fazer prevalecer a sua vontade. No entanto, o uso da força pode ser dispensada, entendendo que essa prerrogativa e exclusividade para usá-la, existe. Considerando a alta prioridade social do sistema de saúde de Cabo Verde, os atores podem movimentar-se como formuladores, parceiros e opositores em relação a medidas de política no setor da saúde e ao desempenho do sistema.

Os atores da política de saúde de Cabo Verde são entidades e individualidades ligadas direta ou indiretamente ao sistema de saúde cabo-verdiano, à formulação, implementação, fiscalização e avaliação da política no setor da saúde.

As entidades são o Governo que inclui o Conselho de Ministros, o Ministério da Saúde com todos os serviços que dirige e que dele depende, o Parlamento incluindo a Comissão Especializada da Saúde e Questões Sociais, os Partidos Políticos, a Ordem dos Médicos de

Cabo Verde, os Municípios, os Seguros Privados e Social, a Sociedade Civil Organizada e os usuários.

As individualidades são o Primeiro Ministro, o Ministro da Saúde, os Diretores Gerais do Ministério da Saúde, os Delegados de Saúde dos diferentes concelhos do país, os Diretores dos Hospitais, outros gestores do setor da saúde, os profissionais de saúde, os usuários o Bastonário da Ordem dos Médicos de Cabo Verde e membros dos seus órgãos diretivos, o Presidente do Parlamento, Líderes Parlamentares, os Deputados Nacionais, o Presidente da Comissão Especializada da Saúde e Questões Sociais e membros da referida Comissão, os Presidentes dos partidos políticos e membros dos seus órgãos de direção, os Presidentes dos seguros privados e social e membros dos seus órgãos diretivos, os Presidentes das Câmaras e Assembleias Municipais, os Vereadores pela área da saúde, os Eleitos municipais e os Presidentes das organizações da sociedade civil e membros dos seus órgãos de direção.

Segundo a Constituição da República de Cabo Verde (1992), o governo através do conselho de ministros, primeiro ministro e ministro da saúde é o órgão máximo de formulação e execução de políticas no setor da saúde, utilizando como instrumentos o programa do governo, a carta sanitária, a lei de base do sistema nacional de saúde, o plano nacional de desenvolvimento sanitário, decretos e propostas de lei e outros instrumentos normativos e de procedimentos para o setor da saúde.

O parlamento de Cabo Verde através dos setenta e dois deputados nacionais e da comissão especializada da saúde e questões sociais, com sete membros, é o órgão de soberania nacional responsável pela aprovação da legislação (programa do governo, propostas e projetos de lei) relacionados com o sistema nacional de saúde e pelo acompanhamento, fiscalização e avaliação das atividades governativas, utilizando os debates parlamentares, as interpelações, as intervenções no período de antes da ordem do dia e as audições parlamentares. Este órgão de soberania também pode organizar atividades de promoção da saúde, realizando seminários e palestras internacionais e nacionais nas diferentes ilhas e concelhos de Cabo Verde sobre os mais diversos temas de importância para a saúde coletiva.

Conforme a lei orgânica do Ministério da Saúde Cabo Verde (1993), as delegacias de saúde são as entidades responsáveis pela gestão e prestação dos cuidados de saúde, primários e hospitalares, a nível dos diferentes concelhos de Cabo Verde, administrando os centros de saúde, postos sanitários, unidades sanitárias de base e em alguns casos os hospitais regionais (Fogo-Brava e Santo Antão). Os hospitais regionais reponsabilizam-se pela gestão e prestação dos cuidados de saúde a nível de cada região sanitária ainda em construção e os hospitais

centrais da Praia e de São Vicente são responsáveis pela gestão e prestação de cuidados de saúde a nível dos respectivos hospitais centrais.

Conforme o Estatuto dos Municípios de Cabo Verde (1996), os municípios cabo-verdianos, através dos seus Presidentes das Câmaras Municipais, Vereadores pela área da saúde e outros eleitos municipais podem participar de forma direta ou indireta na formulação e implementação de políticas concernentes à prevenção das doenças, promoção da saúde e participação em termos de apoio aos usuários no custeio da prestação de cuidados de saúde e na aquisição de medicamentos.

Os partidos políticos cabo-verdianos, sobretudo os três que têm assento parlamentar neste momento (PAICV-Partido Africano de Independência de Cabo Verde, MPD-Movimento para a Democracia e UCID- União Cabo-verdiana Independente e Democrática) são atores da política de saúde de Cabo Verde, participando pela via de elaboração dos seus respectivos programas políticos, debates e interpelações parlamentares sobre o setor da saúde, propostas de programas eleitorais no domínio da saúde, realização de encontros, palestras, seminários e outras atividades no âmbito de formulação de políticas públicas para a promoção da saúde.

Entre os atores da política de saúde em Cabo Verde destaca-se a Ordem dos Médicos de Cabo Verde. Criada em 1997 pelo Decreto-Lei nº 65/97, a Ordem dos Médicos Cabo-verdianos é a primeira Ordem profissional em Cabo Verde, sendo uma associação pública que prossegue o interesse público de disciplina e defesa do exercício da profissão médica com o objetivo de zelar pelo exercício da profissão médica com total independência e dignidade, exercício de uma medicina humanizada que respeite o direito à saúde de todos os cidadãos cabo-verdianos, o dever de promover e defender a saúde da população e pelo desempenho de um papel preponderante na definição e realização de uma política nacional de saúde (LEITE, 2005).

A Ordem dos Médicos de Cabo Verde tem ainda como princípios a proibição de discriminação, a garantia de prestação de cuidados médicos mínimos em caso de greve dos profissionais de saúde, a isenção e liberdade profissionais, a observância do sigilo profissional, o respeito pela vida humana como valor absoluto, a proteção dos mais fracos e a solidariedade e respeito recíproco entre os profissionais de saúde.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), enquanto instituição de seguro-doença gestora da proteção social obrigatória é um dos principais atores do sistema nacional

de saúde, atuando nas questões relacionadas com o seguro-doença, pensão dos idosos, dos incapacitados (temporários e permanentes), incluindo os subsídios de doença, do aleitamento, por deficiência, de maternidade e de paternidade (CABO VERDE, 2004). O INPS cobre ainda a assistência médica, hospitalar e medicamentosa aos segurados ativos e pensionistas, bem como aos respectivos familiares designadamente conjugue, membros do agregado familiar e descendentes que reúnam condições para a atribuição de abono familiar. Mediante acordo e contratos estabelecidos, o Instituto Nacional de Previdência Social efetua pagamento de assistência médica, internação hospitalar, meios auxiliares de diagnóstico e de medicamentos ao Estado e as entidades privadas pela prestação de cuidados de saúde.

Para além dos atores já referidos, ainda podem ser considerados principais atores do sistema nacional de saúde a sociedade civil organizada e os usuários enquanto beneficiários, contribuintes e participantes do sistema e componentes essenciais no processo de formulação, implementação e avaliação de políticas públicas em saúde em Cabo Verde. Esses atores participam, também, através de beneficiação dos cuidados prestados, de comparticipação financeira no sistema e de participação dos seus representantes nos conselhos consultivos do Ministério da Saúde e dos municípios.

O figurino constitucional de Cabo Verde, o regime político e o sistema de governo vigente em Cabo Verde permitem que o governo e o partido que o suporta, na base do apoio do seu grupo parlamentar, desempenhem a função de formuladores, fazedores e defensores de política no setor e do seu processo de reforma. Os entrevistados que estão na qualidade de formuladores defendem as políticas levadas a cabo pelo governo.

Eu acho que em C.V. desde muito cedo, desde a democratização do país que se optou por esse sistema de modelo de serviço nacional de saúde que é um sistema muito solidário e que garante e tem garantido ao longo desses anos, as três funções fundamentais dos sistemas de saúde (E 1).

Relativamente a percepção sobre o processo de reforma do sistema de saúde, eu acho que sim está sendo um processo de reforma conduzido positivamente pelo governo (E 6).

Constitucionalmente o governo formula e implementa a política de saúde através de aprovação de diplomas legislativos e programas para o setor discutidos e analisados em reuniões de conselho de ministros, no ministério da saúde ou no parlamento.

Os atores que se mobilizam favoravelmente às políticas formuladas e ao processo de reforma do sistema de saúde em curso, muitas vezes têm vantagens por estarem do lado do governo que normalmente tem poder efetivo durante cinco anos de mandato suportado por

uma maioria absoluta no parlamento. Esse poder deriva das eleições e tem legitimidade constitucional. Os atores opositores, de fato, não têm esse poder, limitando-se a criticar e a influenciar indiretamente por outras vias e muitas vezes sem efeito.

Os profissionais da saúde individualmente e através das suas ordens profissionais, o Instituto Nacional de Previdência Social, os municípios de Cabo Verde e uma parte de sociedade civil ligada ao partido que suporta o governo podem posicionar-se como parceiros ou aliados de medidas de política de saúde formuladas pelo governo.

Há vários documentos do Ministério da Saúde que apontam os caminhos a seguir no processo de reforma (E 13).

Penso que é o sistema que vinha sendo estruturado, portanto ao longo dos últimos anos e que tem tido ganhos consideráveis, de facto, em a relação assistência médica e medicamentos em Cabo Verde (E 4).

Quanto aos atores acima referidos, eles podem, em função de seus interesses, deixar de ser aliados e passar a ser opositor ao governo em algumas medidas de políticas ou decisões formuladas, podendo organizar reuniões de protesto, manifestações públicas e outras formas de fazer oposição ao governo em relação a formulação ou implementação de políticas que ponham em causa os seus interesses, apesar de se posicionarem como parceiro do governo em matéria de política de saúde.

O Ministério da Saúde não está de facto a conseguir implementar políticas de motivação dos profissionais de saúde (E 4).

A inadequação do funcionamento do ministério da saúde também prende-se com as fraquezas em termos de recursos humanos afectos ao Ministério (E 13).

Os partidos políticos de oposição ao governo e ao partido no poder, os sindicatos e uma parte da sociedade civil ligada aos partidos da oposição podem desempenhar o papel de opositores às medidas de política de saúde e ao seu processo de reforma.

Há uma indefinição do Ministério da Saúde em relação a questão de organização, e funcionamento do sistema de saúde em Cabo Verde, carecendo de alterações profundas (E 13)

O atual Ministério da Saúde de Cabo Verde trabalha bem pouco, olha para não sei onde e não dá atenção aos verdadeiros problemas de saúde (E 15).

Em Cabo Verde, conforme a Constituição da República, os atores que fazem oposição às políticas de saúde do governo mobilizam-se através de debates parlamentares, reuniões públicas com as populações, manifestações, debates nos órgãos de comunicação social,

manifestações, greves, organização de palestras temáticas com a sociedade civil e outras ações. Apesar de terem algum poder constitucional, os partidos da oposição, os sindicatos e outros atores que contestam medidas de políticas formuladas ou implementadas pelo governo e seus parceiros sociais, têm muita dificuldade em fazer vingar as suas ideias já que os governos têm tido maioria absoluta e podem formular políticas de saúde conforme entender melhor desde que respeitem a constituição e outras leis da República de Cabo Verde, pois caso contrário serão acionados mecanismos judiciais para repor a legalidade.

No fundo os atores da política de saúde estão divididos em três grupos já referidos, ou seja, o governo e o partido que o suporta, desempenhado o papel de defensores das políticas formuladas e implementadas; os profissionais de saúde, o Instituto Nacional de Previdência Social, os municípios de Cabo Verde e uma parte da sociedade civil ligada ao partido no poder que se posicionam como parceiros, mas quando os seus interesses estão em causa, eles tomam um posicionamento de opositores. Os partidos políticos da oposição, sindicatos e uma parte da sociedade civil ligadas aos partidos da oposição desempenham o seu papel de opositores às medidas de políticas do governo consideradas incorretas e inconsistentes ou insuficientes por eles.

Pode-se considerar que as convergências com relação a reforma consistem na necessidade da sua continuidade e as divergências situam-se na necessidade ou não do seu aprofundamento. Nesse aspecto o governo e seus parceiros acham que a reforma está num bom ritmo, enquanto que a oposição e seus parceiros consideram que ela está a ser muito tímida e superficial, carecendo de aprofundamento, introduzindo maior abrangência ao processo com o envolvimento efetivo dos municípios pela via de descentralização efetiva e redefinição de políticas de financiamento, recursos humanos e materiais, após uma avaliação adequada do próprio processo da reforma por entidade cientificamente competente na matéria.

13 PERSPECTIVAS DE FUTURO NA OPINIÃO DOS PRINCIPAIS ATORES

É importante destacar que se trata de opiniões dos principais atores quanto ao futuro do sistema de saúde de Cabo Verde e não de prospecção de futuro. Os atores foram referidos no capítulo de procedimentos metodológicos.

Os principais atores do sistema de saúde cabo-verdiano opinam em relação às perspectivas de futuro, tendo em conta os aspectos relacionados com os recursos humanos e materiais, o financiamento, a problemática de descentralização e regionalização, a situação da vertente saúde pública no sistema, a questão de transferências de doentes para Portugal, a participação dos municípios cabo-verdianos na prestação de cuidados de saúde, a possibilidade de introdução do programa de saúde da família e a situação dos cuidados primários de saúde no processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde, por serem aspectos mais abordados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde de Cabo Verde e na sociedade cabo-verdiana.

No que diz respeito aos recursos humanos e materiais eles defendem, essencialmente, a aposta numa programação sistemática da formação permanente, na melhoria da qualidade, na distribuição equitativa dos recursos disponíveis, na motivação dos profissionais de saúde, no desenvolvimento da tecnologia cada vez mais sofisticada e na construção e manutenção criteriosa das infra-estruturas e equipamentos.

Opinam que já conseguimos melhorias, mas é preciso termos mais profissionais, apostar mais na política de especialização dos técnicos de saúde nas áreas médica, farmacêutica, de enfermagem, de análises clínicas, bio medicina, gestão e administração em saúde, saúde coletiva, investigação e outras áreas relacionadas com o setor da saúde para que possamos, de facto, dar respostas adequadas às demandas das populações em matéria de saúde.

Em relação aos recursos humanos e materiais afectos ao sector da saúde há indicadores que demonstram a necessidade de se aumentar o número de médicos, de enfermeiros e outros profissionais de saúde em quantidade e em qualidade, sobretudo em qualidade (14).

Há bons profissionais, mas falta aumentar a quantidade e a qualidade, apostando na formação, na sua motivação e na melhoria das condições de trabalho (E 15).

Atores há que entendem que em relação aos recursos humanos temos carências gritantes em determinadas áreas no país, áreas que nós consideramos de especialidade, mas

hoje em dia também são áreas de cuidados primários de saúde, pediatria por exemplo, ginecologia e obstetrícia. Entretanto os médicos, dos poucos que existem, estão concentrados nos hospitais centrais, hospitais esses que por sua vez desempenham actividades e cuidados primários de saúde porque estruturas de retaguarda, os centros de saúde e outras estruturas periféricas não estão devidamente organizados e preenchidos em recursos humanos o que leva a que não haja normas e hierarquização. Os doentes de uma região podem deslocar-se aos hospitais centrais do país, mas para serem atendidos de uma forma que eu diria de um autêntico congestionamento dos referidos hospitais centrais com a prestação dos cuidados primários de saúde que poderiam ser prestados mais próximo dos respectivos locais de residência e de trabalho.

Nós temos que ser mais ousados em termos de recursos humanos, na distribuição equitativa dos recursos existentes, na valorização dos recursos humanos e pensar que os profissionais de saúde que nós temos ainda não atingiram o patamar de quantidade e de qualidade suficiente (E 11).

A aposta na racionalidade e na transparência da formação e gestão dos recursos humanos é muito importante (E 6).

Há convergência de opinião quanto a necessidade de serem criadas condições para a formação de especialidades médicas e de outros profissionais de saúde em Cabo Verde. Consideram que se calhar já é tempo de um dos nossos hospitais centrais começar a ser um hospital com ligação universitária, podendo trazer especialistas de outros países e, assim, vão-se criando condições para a formação endógena de especialistas em mais diversas áreas da saúde. Para isso o investimento em trabalhos de investigação nas estruturas de saúde, nomeadamente nos hospitais centrais e regionais que temos é uma condição necessária que por sua vez permitirá aos profissionais de saúde de Cabo Verde o desenvolvimento da vertente técnico-científico e a produção científica.

Eu considero que se tem feito investimento em matéria de formação do pessoal médico, mas é necessário continuar a investir na formação de especialistas, sobretudo, na criação de condições para a formação especializada também em Cabo Verde e investir na pesquisa científica (E 3).

Em matéria de recursos humanos e materiais de acesso ao sector de saúde em CV é necessário continuar a investir na formação de especialistas, sobretudo criar condições para a formação especializada endógena (E 7).

A melhoria da motivação dos recursos humanos é outro assunto que os atores, de forma convergente, acham ser uma via para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e o desempenho do sistema de saúde cabo-verdiano. São de opinião que neste momento um dos

principais estrangulamentos é a não evolução dos profissionais de saúde na carreira, no tempo certo e em conformidade com a lei, estando a carreira praticamente estagnada há cerca de 15 anos, sem progressão e promoção em tempo útil. Recentemente foram feitas algumas progressões, e aberto o concurso para a promoção na carreira com atraso inadmissível, violando a lei em termos de prazo. É possível que seja necessário criar e implementar carreiras atrativas para proporcionar o aumento do salário dos profissionais de saúde, considerada uma das classes mal remuneradas em Cabo Verde.

Quanto à questão de motivação dos profissionais da saúde no nosso país, temos uma organização e uma prática de cultura organizacional muito assente no espírito funcionalista e, ela, por enquanto, não faz parte da preocupação de quem governa o próprio sistema a todos os níveis (E 6).

Em relação à motivação dos profissionais de saúde, eu acho que neste momento é o principal estrangulamento, sendo preciso criar e implementar carreiras atrativas (E 4).

Outra questão que os principais atores colocam, tem a ver com o aumento de possibilidade de formação dos profissionais tanto em comissão de serviço como em exercício e a oportunidade de participação em congressos nacionais e internacionais.

Apesar das orientações das autoridades sanitárias cabo-verdianas e dos documentos de orientação para a execução da política de saúde em matéria de recursos humanos, os principais atores consideram que na função pública cabo-verdiana, os médicos e em geral os profissionais de saúde constituem a classe profissional que tem pior salário, sendo uma injustiça, sobretudo quando se constata que tem havido morosidade excessiva na promoção e progressão dos profissionais de saúde nas suas respectivas carreiras.

O salário atribuído aos profissionais de saúde é considerado baixo e desmotivante (E 4)

A necessidade de aumento do salário dos profissionais de saúde é enaltecido por todos os atores, por entenderem que a especificidade do trabalho, especialmente inerentes aos riscos de exposição desses profissionais a determinadas patologias, a responsabilidade acrescida em relação a proteção da vida humana e ao trabalho noturno.

A situação da motivação dos profissionais de saúde em Cabo Verde é uma lástima, temos que dizer a verdade, porque os médicos são mal pagos, não têm meios de diagnóstico, não têm meios de prevenção, estão expostos a muitos riscos, têm uma enorme responsabilidade e é preciso rever completamente o salário, introduzindo aumento significativo (E12).

Há constantes reivindicações de salários, de progressões e promoções nas carreiras por parte dos sindicatos, ordem dos médicos e da associação dos enfermeiros (E 9). Acho que o Ministério de Saúde deve reconsiderar e elevar os salários dos profissionais de saúde. Se não for assim, esses profissionais podem sair para outros países onde ganhariam muito mais (E 15).

Em relação a motivação dos recursos humanos, os atores são de opinião que há um conjunto de incentivos que podem ser criados como forma de motivar a classe médica e outros profissionais de saúde em geral, mas que infelizmente, neste momento, o Ministério da Saúde não tem conseguido dar resposta satisfatoriamente. Esses incentivos prendem-se com a melhoria das condições de trabalho, criação de mais oportunidades de formação, envolvimento efetivo dos profissionais na formulação e implementação de medidas de política, aumento do salário, priorização de incentivos em função de competência e mérito, reorganização dos serviços de urgência e duplicação da remuneração dos profissionais de saúde pela prestação dos serviços de urgência, entre outras medidas.

Muitas vezes, determinado programa é elaborado unilateralmente pelas chefias dos serviços superiores e intermédios, mas sem passar pela discussão com o grosso das pessoas que têm que executar, ficando os profissionais com a obrigação de o executar sem, previamente, serem envolvidos para conhecer melhor a finalidade e os objectivos que se propõem, concretamente (E 13).

Não podemos fugir também a desmotivação por questões salariais, portanto em CV pratica-se um salário muito baixo e os profissionais de saúde comprando com outros profissionais ganham muito mal e é um fato que leva a desmotivação (E 8)

As opiniões dos principais atores da política de saúde de Cabo Verde em relação a construção e equipamento de infra-estruturas sanitárias vão no sentido de haver a atualização da carta sanitária de Cabo Verde para permitir a construção das mesmas conforme necessidade real de cada localidade, município, ilha e região. Os atores consideram que, passados mais de dez anos após a elaboração da carta sanitária, a sua atualização, enquanto instrumento de planeamento e gestão em saúde é um dos caminhos aconselhável de programação das atividades sanitárias a seguir. Consideram também os atores que são necessárias medidas de políticas com vista a manutenção adequada das infra-estruturas e dos equipamentos existentes.

Torna-se necessária a atualização da carta sanitária para permitir a construção e equipamento de estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde de melhor qualidade, com localização adequada a nível local, concelhio e regional (E 11).

Em relação aos recursos materiais, os existentes são mal conservados, não possuímos um sistema de manutenção dos equipamentos, não nos preocupamos com formação de profissionais que coabitam adequadamente com esses instrumentos (E 7).

Na opinião de alguns atores, um dos elementos do processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde é pensarmos e estudarmos já a possibilidade e a viabilidade de construção e equipamento de infra-estruturas de saúde de alta complexidade que podem ser um desafio nacional, como a construção e equipamento de um novo hospital de referência nacional que será situado aqui na ilha de Santiago para dar resposta aos problemas relacionados com a qualidade de prestação dos cuidados terciários, avanços tecnológicos, a transferência de doentes para Portugal e outras insuficiências na prestação de cuidados especializados a nível nacional, abrindo perspectivas de investigação em saúde e qualificação dos recursos humanos, porque o hospital de referência nacional será um hospital universitário e um centro de formação e de pesquisa, perspectivando a investigação em saúde que neste momento constitui uma das grandes lacunas do sistema de saúde de Cabo Verde.

O hospital central Agostinho Neto na Praia já deu o que tinha para dar e precisamos de construir um novo Hospital de referência nacional na ilha de Santiago, apostando na tecnologia e equipamentos de ponta para melhorarmos a qualidade da prestação dos cuidados secundários e terciários. Essa posição já tinha sido defendida há vários anos e está na ordem do dia (E 10).

Acham os autores que Cabo Verde não pode continuar a depender eternamente dos outros países em matéria de saúde, designadamente do laboratório Pasteur de Senegal, dos centros especializados de Portugal, dos Estado Unidos ou de outros países, para onde muitas vezes os doentes cabo-verdianos são transferidos. Cabo Verde tem que investir numa unidade de saúde, que seja de referência nacional e que seja uma unidade em ligação com o mundo e com as novas tecnologias, para podermos tirar proveito das excelentes relações de cooperação e de amizade que Cabo Verde tem com países como Brasil, Portugal Estados Unidos, França, Espanha, Canárias e outros.

É preciso uma aposta forte na utilização das novas tecnologias de informação e comunicação para estarmos em rede com outras unidades de saúde a nível mundial, nomeadamente Brasil, Portugal, EUA e outros países para darmos respostas mais adequadas às exigências atuais (E 11).

Quanto ao financiamento do sistema de saúde de Cabo Verde os principais atores do sistema de saúde cabo-verdiano consideram que há necessidade de aumento do orçamento do Estado para o setor da saúde, mas que é preciso uma redefinição do sistema de financiamento que possa permitir a comparticipação do Estado através do seu orçamento e impostos, mas também dos usuários, INPS, seguros privados, mutualismo, sociedade civil organizada, sem pôr de lado o financiamento pela via da cooperação internacional. A generalidade dos principais atores do sistema de saúde de Cabo Verde opinam que o seu financiamento tem

caminhado a passos largos para um modelo de participação financeira compartilhada e que essa tendência poderá responder, em certa medida, a problemática de sustentabilidade financeira do sistema.

O modelo de financiamento do sistema de saúde cabo-verdiano pode ser redefinido para permitir o aumento do orçamento do Estado em mais 3 a 7 %, atingindo 12 a 15% do total do orçamento do Estado e passar a ter uma melhor comparticipação do INPS, dos seguros privados, do mutualismo, da sociedade civil organizada, dos usuários, sem esquecer da parceria com outros países (E 8).

A sustentabilidade do sector e a regulação são os grandes elementos que constituem constrangimentos e que deveriam estar numa fase muito mais avançada de resolução, através de um modelo mais comparticipado de financiamento (E14).

É opinião dos atores que é preciso continuar a reforma não somente numa base de aumentar a capacidade de mobilização de recursos, mas também na sua repartição equitativa a todos os concelhos do país para garantir a universalidade e a justiça social tão proclamadas. Constatam que chegou o momento de começarmos a ter, de fato, orçamentos de saúde para os municípios per capita e em função de condicionantes de saúde, para permitir uma melhor distribuição dos recursos disponíveis para o setor da saúde e o reforço da transparência dentro do sistema.

A concepção do orçamento da saúde para os municípios numa base per capita e em função dos determinantes de saúde poderá ser uma melhor solução para o financiamento do sistema (E 6).

O orçamento do Estado para os municípios não obedece a uma programação criteriosa e transparente e nem contempla a área da saúde para o nível municipal (E 8).

Sobre a sustentabilidade financeira do sistema de saúde cabo-verdiano os atores basicamente convergem na opinião de que ela é um dos problemas prioritários e que uma contribuição importante para a sua garantia está na capacidade do Estado de Cabo Verde em envolver adequadamente os empregadores, a previdência social, os profissionais liberais e toda a sociedade civil num processo justo e equilibrado de financiamento do sistema de saúde.

Penso que a conciliação de todos os estratos sociais no financiamento da saúde poderá garantir a universalidade de acesso à saúde e simultaneamente a sustentabilidade do sistema (E 5).

Considerando que em qualquer país do mundo o sistema de saúde exige um grande esforço financeiro, por exigir tecnologia de qualidade, bom nível de cobertura e de investimentos elevados e permanentes, os principais atores defendem a posição de que a participação da população é indispensável, salvaguardando sempre uma forma justa e

equilibrada de contribuição de todos os cidadãos no financiamento do sistema de saúde, uma gestão racional dos recursos financeiros e um sistema adequado de regulação.

A população tem que participar no financiamento, através de um sistema justo e compreendido por ela (E 14).

A vertente saúde pública é considerada, pelos principais atores, a que tem sido, de alguma forma, secundarizada pelas autoridades sanitárias que, conforme deixam entender, têm dado mais atenção aos cuidados médico-hospitalares. Na sua generalidade os atores entendem que o sistema de saúde está de certa forma orientado para os cuidados primários de saúde e que isso se realiza, segundo os documentos oficiais, através da promoção da saúde e prevenção das doenças. Concordam que existe uma estrutura mínima dos serviços de saúde que pode dar alguma resposta a essa estratégia de priorização dos cuidados primários de saúde e da prevenção, mas infelizmente eles têm sido secundarizados. Entendem que excepto a parte referente a saúde da mulher e da criança que está corporizada no programa de saúde reprodutiva, os outros programas de saúde pública encontram-se bastante enfraquecidos. O diagnóstico que fazem é que apesar da necessidade de reestruturação e redinamização dos programas de saúde pública, com o passar dos anos, a realidade mostra-nos que eles ainda continuam com os mesmos problemas. Os principais atores são de opinião que é preciso introduzir um programa bem estruturado de monitoramento, fiscalização e de avaliação do sistema de saúde de Cabo Verde e fazer uma reflexão sobre os melhores caminhos para os programas de saúde pública.

Creio que a vertente saúde pública está sendo secundarizada e não está sendo devidamente valorizada, monitorada e avaliada em Cabo Verde. Não existe uma carreira específica de saúde pública e penso que não têm sido alocados recursos suficientes para a saúde pública (E 2).

Desde logo entendem que se pode concluir facilmente a insuficiência de recursos humanos habilitados para a promoção da vertente saúde pública e que tem havido uma grande atracção dos profissionais da saúde para a saúde curativa ou médico-hospitalar como resultado de maior rendimento fornecido pelo próprio sistema e pelo mercado existente em Cabo Verde. Essa atracção é muito forte. Qualquer profissional de saúde que chega ao país, a primeira coisa que faz é procurar emprego nos hospitais centrais e isso se deve muito a formação universitária desses técnicos. Apesar de, há muitos anos, a OMS proclamar uma formação universitária mais voltada para os cuidados primários de saúde, essa estratégia não tem tido correspondência, mesmo em relação aos profissionais formados em Cuba cuja

formação é muito virada para os cuidados primários. Ao chegarem em Cabo Verde não se revelam muito interessados na perspectiva de trabalho na área de saúde pública, na promoção dos cuidados primários, na atenção primária, no trabalho com as comunidades. Portanto há necessidade de se repensar a vertente saúde pública no nosso sistema de saúde.

As vertentes saúde pública e atenção primária são componentes fracas do sistema de saúde de Cabo Verde e urge criar incentivos de várias ordens no sentido de permitir que profissionais de saúde enveredem para essas áreas que são de capital importância para o desempenho do sistema (E 9)

Entretanto alguns atores reconhecem explicitamente que no sistema de saúde de Cabo Verde existem ações bem estruturadas para a saúde pública, como por exemplo o programa da saúde da mulher e da criança que é uma intervenção importante do sistema de saúde cabo-verdiano na área da saúde pública. Alguns atores acham que tem havido alguma formação dos profissionais de saúde na tentativa de estruturação de vários programas de saúde pública, existindo programas estratégicos elaborados para vários problemas de saúde, só que depois da elaboração, validação e publicação dos mesmos, às vezes, não tem havido uma devida apropriação por todos os serviços de saúde e por causa de uma liderança muito fraca. Esses atores são de opinião que com uma liderança forte, os programas de saúde pública conhecerão melhorias assinaláveis no seu funcionamento.

Acho que devem ser formados e contratados muito mais médicos, enfermeiros, e outros profissionais especializados nas áreas da saúde pública e saúde da família para que essas vertentes possam melhorar o seu desempenho já que exceptuando a saúde reprodutiva os outros programas de saúde pública apresentam muitas fraquezas (E 15).

Relativamente a questão de descentralização e regionalização, todos os principais atores do sistema entrevistados consideram-na condição chave para o processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde, afirmando que o futuro da reforma do sistema de saúde cabo-verdiano passa necessariamente pela descentralização e regionalização efetiva da prestação dos cuidados de saúde.

A reforma atual do sistema de saúde de Cabo Verde, na visão dos principais atores entrevistados, depende essencialmente da capacidade política de se introduzir uma verdadeira descentralização e regionalização no sistema nacional de saúde, pela via de atribuição de poderes, competências e recursos para a tarefa de prestação de cuidados de saúde, sobretudo na área de atenção primária com enfoque especial nas atividades preventivas e promocionais.

O sistema de saúde de Cabo Verde padece de muita concentração e os serviços não são descentralizados o suficiente. Há muita dependência de um comando central que, por vezes também não funciona, o que dificulta muito o desempenho do sistema nacional de saúde (E 12).

Quanto a descentralização, regionalização e integração em CV, acho que são elementos necessários e indispensáveis no processo de reforma, com vista a melhoria da efetividade e da qualidade dos cuidados de saúde prestados às populações (E 15).

A descentralização e a regionalização, para mim, são dois processos fundamentais e prioritários para o sucesso da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde (E 1).

Segundo a opinião dos atores, a descentralização e a regionalização do sistema nacional de saúde cabo-verdiano proporcionarão aos municípios uma maior participação na definição e execução da própria política de saúde, podendo trazer melhorias substanciais na prestação de cuidados de saúde às famílias que ficarão mais protegidas. Seguramente, os serviços de saúde terão melhores equipamentos, devido a vários mecanismos de financiamento do próprio sistema, os médicos poderão fazer contratos individualizados com as várias entidades que vão atuar em determinados territórios e isso pode ajudar muito em termos de efetividade do sistema de saúde. Neste momento pode-se afirmar que dentro do processo da reforma atual há sinais muito fracos de descentralização, regionalização e da própria integração do sistema nacional de saúde, podendo esse fato ser considerado a principal fraqueza do processo de reforma do nosso sistema de saúde.

Pode-se partilhar mais, o poder político com o poder local que isso arrastará consigo mais recursos e meios para resolver e dar soluções mais próximas das populações no sector da saúde (E 14).

Conforme alguns atores, a problemática de descentralização, regionalização e integração no processo de reforma de sistema de saúde tem que ser discutida em todo o figurino de descentralização do poder em Cabo Verde. Defendem que os municípios poderão estar em melhores condições para dar resposta às questões ligadas aos cuidados primários designadamente informação e educação em saúde e prestação de alguns cuidados de saúde de proximidade. Desde que os municípios tenham recursos, eles estão mais vocacionados para a prestação dos cuidados primários e atuação na área da saúde pública. É preciso que tenham também competências delegadas e pessoal qualificado e preparado para tais tarefas.

A redefinição dos papéis do poder central e do poder local, criando melhores condições ao poder local para que se descentralize e se regionalize em matéria de prestação de cuidados de saúde, é um aspeto essencial que o processo de reforma do sistema de saúde cabo-verdiano deve considerar no curto prazo (E 3).

No tocante a questão da transferência de doentes para Portugal pode-se afirmar que os atores defendem investimentos de fundo na prestação de cuidados terciários, através de formação especializada dos recursos humanos, na construção de um hospital de referência nacional com tecnologia de ponta, na investigação em saúde e na parceria com os centros de referência a nível mundial.

Na ótica dos atores a transferência de doentes para Portugal demonstra uma situação de fragilidade do sistema nacional de saúde e envolve despesas consideráveis que poderiam ser aplicados internamente, apostando na diferenciação dos quadros e em alguns serviços de ponta.

Os atores entendem que sempre haverá transferência de doentes para Portugal motivada por determinados tipos de patologia que não justificam fazer grandes investimentos para o número reduzido de pacientes, mas que existem muitas áreas nas quais se deve investir mais, principalmente na hemodiálise, oncologia e num conjunto de outras áreas que exigem uma aposta mais consistente, apostando também na diferenciação das funções dos estabelecimentos de prestação dos cuidados da saúde e de acesso hierarquizado das populações aos cuidados.

Os recursos para as transferências de doentes para Portugal deveriam ser canalizados para os investimentos em saúde internamente. Muitas vezes a transferência de dez doentes para Portugal custa mais do que investimento que se poderia fazer em determinados tipos de serviço (E 4).

Tem havido falhas na referência e contra referência e dificuldades ultrapassáveis na modernização dos hospitais que poderia ser um factor de redução de transferências de doentes para Portugal, entendem os atores.

Nós podemos criar as condições endógenas para tratar determinadas patologias bem identificadas e que têm sido causa das transferências para Portugal (E 8).

Para os principais atores do sistema de saúde de Cabo Verde a participação do poder local no sistema de saúde é muito fraco, sendo praticamente marginal e nalgumas situações nem sequer existe. Os municípios têm alguma responsabilidade a nível de saúde pública, mas não têm pessoal qualificado nem sequer recursos financeiros para o fazer. Constatam os atores que há um campo aqui a ser explorado, considerando que os municípios estão mais próximos da população e podem ter mais poderes e competências em matéria de saúde, sobretudo na

área da saúde pública especialmente na educação e informação em saúde e em tudo que esteja relacionado com a prevenção das doenças.

Na base de uma articulação positiva, de partilha de poder, competências e de atribuições, o poder local pode ser o maior parceiro do Ministério da Saúde na prestação dos cuidados de saúde, com ganhos importantes no processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde (E 7).

O envolvimento efetivo dos municípios na prestação de cuidados de saúde é, segundo os principais atores, um elemento que pode ter um papel decisivo no processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde.

Uma maior intervenção do poder local na prestação dos cuidados de saúde, entendem todos os atores, pode ser uma estratégia fundamental da reforma do sistema nacional de saúde. Na opinião dos atores, a adoção da estratégia de municipalização dos cuidados de saúde trará, necessária e obrigatoriamente, uma maior efetividade e um melhor desempenho do sistema de saúde, pois os municípios estão mais próximos dos cidadãos.

Penso que o envolvimento efetivo do poder local na prestação de cuidados de saúde será uma peça essencial para o futuro da reforma do sistema nacional de saúde (E 5).

Todos os atores consideram que o poder autárquico terá que ser encontrado com seriedade não só na transferência de encargos, mas também de poder, competências e de recursos financeiros e materiais para sustentar esses encargos.

De uma forma geral, os principais atores do sistema de saúde de Cabo Verde são defensores da introdução do programa de saúde de família em Cabo Verde, admitindo que esse feito pode contribuir positivamente para o processo de reforma do sistema de saúde cabo-verdiano.

Sobre a introdução do programa saúde família em Cabo Verde, na opinião dos atores, nos documentos orientadores da política de saúde, o programa de saúde da família praticamente não é abordada, sendo mais uma vontade de alguns profissionais de saúde que identificam esse programa como uma das orientações estratégicas para o sector de saúde.

Na generalidade, os atores consideram que não existe orientação formal nesse sentido e o obstáculo principal aqui é transformar essa vontade de introdução do programa de saúde de família em Cabo Verde em estratégias de intervenção dentro do sector da saúde e enquadrar isso como um dos eixos dianteiros da reforma a fazer nos cuidados primários da

saúde, como via principal para a implementação e materialização de cuidados primários de saúde neste país.

O programa de saúde da família deveria ser a expressão da materialização dos cuidados primários de saúde em Cabo Verde (E 6).

Todos os atores reconhecem a inexistência do programa de saúde de família em Cabo Verde e acham que é por isso mesmo que quando se fala em política dos cuidados primários de saúde, não se tem uma orientação clara de como executá-la.

Os atores são de opinião que a saída dessa área nebulosa de discurso político em relação aos cuidados primários de saúde está na formulação e implementação do programa de saúde da família, enquanto um dos caminhos a seguir no processo de reforma do sistema de saúde cabo-verdiano.

Eu acho que a priorização da estratégia de introdução do programa de saúde de família em Cabo Verde tem que ser feita com a máxima urgência (E 1).

Embora os principais atores sejam de opinião que a introdução do programa de saúde de família em Cabo Verde é uma prioridade, eles estão conscientes de alguns obstáculos que devem ser ultrapassados, desde logo a ausência da definição desse programa como uma prioridade, a falta de planificação das ações concretas nomeadamente a formação de recursos humanos especializados na área da saúde de família, necessidade de envolvimento do poder local e falta de recursos financeiros.

Os obstáculos à introdução do programa de saúde da família podem ser ultrapassados. Com a introdução do programa de saúde de família, o sistema, os pacientes e todas as famílias saem a ganhar, devendo ser um dos primeiros desafios no futuro próximo do sistema de saúde cabo-verdiano (E 2).

A aposta nos cuidados primários de saúde e nas ações de prevenção é vista como uma das opções estratégicas para o futuro do sistema de saúde de Cabo Verde na visão dos principais atores.

Os atores têm entendimento de que o sistema de saúde de Cabo Verde precisa dar uma viragem grandíssima para os cuidados primários de saúde, continuando obviamente a investir na área hospitalar mas, antes, dar prioridade a lógica da prevenção, pois não é possível hospitalizar todos os hipertensos e diabéticos e no dia a dia eles marcam presença nos centros de saúde, lugar privilegiado de contacto da população na busca da sua saúde.

A acção preventiva não está a ser tão intensa como deveria ser. A atenção primária em Cabo Verde deve merecer uma atenção especial (E 9).

Acho que o estado deve apostar fortemente na atenção primária e na prevenção para resolver os problemas de saúde (E 1).

A atenção primária em C.V em matéria de saúde, do meu ponto de vista, deve merecer uma atenção especial (E 2).

Os cuidados primários de saúde não podem ser entendidos como uma cesta básica, eles não são um elemento mínimo do sistema, têm complexidade e incluem relacionamento com doentes do foro cardiovascular, diabéticos, e outros doentes com patologias complexas, sendo preciso, às vezes, a existência de electrocardiógrafo e de outros equipamentos no local de atendimento e sobretudo integração nos procedimentos. É preciso que o médico destacado para os cuidados primários de saúde saiba fazer leitura de um electrocardiograma e nessa lógica, os atores têm entendimento de que os cuidados primários de saúde deveriam ser reforçados em termos de condições e de meios necessários para que o sistema possa desempenhar melhor as suas funções e melhorar os indicadores de saúde.

A atenção primaria não tem seguido uma visão integrada nos serviços de saúde que muitas vezes nem sequer adotam uma estratégia clara e definida em relação aos cuidados primários de saúde (E 13).

Resumindo, para além de aspectos importantes como a necessidade de redefinição das políticas de financiamento, de recursos humanos e matérias, de informação em saúde e parceria que já constam nos documentos do Ministério da Saúde de Cabo Verde, os atores manifestaram as suas opiniões, pondo tónica sobretudo em alguns programas que merecem ser assumidos institucionalmente pelas autoridades sanitárias e sociedade cabo-verdiana, como a assunção plena e a implementação da estratégia de descentralização e regionalização dos serviços de saúde em Cabo Verde, de aposta estruturada cientificamente nas vertentes de saúde pública e da atenção primária, de municipalização efetiva dos cuidados de saúde, de introdução dos programas de saúde da família e de monitoramento, fiscalização e avaliação do sistema de saúde e de construção de um hospital de referência nacional e regional na Praia.

14 DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), a vida das pessoas e a dignidade da pessoa humana dependem diariamente do sistema de saúde e da sua capacidade em exercer responsabilidades sociais na reprodução social. É nessa senda que o sistema de saúde de Cabo Verde, apesar de muitos problemas ainda por resolver conseguiu ter um desempenho considerado positivo, sendo hoje considerado um dos marcos da independência e da democracia cabo-verdiana.

Como afirma Gurgel Jr. (2008), desde a crise econômica do final da década de 70 e início da década de 80, o mundo vem experimentando uma grande transformação. Essas crises têm impacto no processo de reforma dos sistemas de saúde a nível mundial, pois eles estão tendo necessidade de adaptar-se às mudanças verificadas. No esteio das mudanças observadas nas estruturas e relações institucionais, introduziram-se, segundo Almeida (1995) reformas racionalizadoras através de assistência gerenciada, competição administrada, mercado interno e competição pública numa fase inicial desses processos.

Pela experiência já referenciada e analisada durante a pesquisa a aplicação dos conceitos de Assistência Médica Gerenciada, Competição Administrada, Mercado Interno e Competição Pública na prestação de cuidados de saúde, parece que o Estado pode continuar a ter o seu papel central na orientação e coordenação do sistema de saúde para que se possa prosseguir com equilíbrio e responsabilidade compartilhada, de acordo com a realidade cabo-verdiana, os objetivos que se prendem com a universalidade, equidade, acessibilidade e qualificação da prestação de cuidados de saúde a todos os cidadãos independentemente da condição social e econômica, não repetindo resultados considerados negativos, desses conceitos.

Almeida (1997) refere que o diagnóstico inicial da crise de década de 80 formulado nos países centrais veio servir para questionamento político sobre a viabilidade ou não dos modelos de sistemas de saúde desenvolvidos nesses países para as regiões Africana e da América Latina, considerando a realidade dessas regiões.

De fato, não se pode impor modelos de sistema de saúde a nenhum outro país, à semelhança daquilo que os organismos internacionais, sobretudo o Banco Mundial tentou introduzir nos países em desenvolvimento como elemento de planos de estabilidade macroeconômica. Parece evidente que os índices de pobreza, o desemprego, a crescente

desigualdade social e os inúmeros problemas de saúde existentes nos países africanos não se coadunam com as imposições, de carácter reformista, no setor da saúde, de alguns organismos internacionais.

A recente crise económica mundial veio evidenciar mais uma vez que a introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde, feita segundo uma perspectiva do neoliberalismo clássico, nos marcos de um Estado mínimo, apresenta inúmeros problemas e enfrenta grandes contradições, apresentando inadequações e disfunções quando aplicado no setor da saúde. Todos os elementos de inviabilidade da opção mercadológica no setor da saúde apresentados por Mendes (1999), podem orientar para o afastamento dessa opção nos processos de reforma do sistema de saúde daqui em diante. Os próprios países desenvolvidos, conforme Navarrete e Lourenzo (2007) nos últimos anos, têm abandonado as estratégias de promoção de competição a favor de políticas que se baseiam na colaboração (parceria) e coordenação entre promotores da saúde, como via para melhorar a eficiência, eficácia e a efetividade do sistema e a continuidade da assistência. Desta forma os países em desenvolvimento que apresentam dificuldades de varias ordens no setor da saúde, vivem o dilema de ter que apostar fortemente na solidariedade de toda a sociedade e no aprofundamento do papel do Estado na universalização do sistema de saúde num mundo em complexa fase de transformação.

No processo de reforma do sistema de saúde, creio que os países africanos, incluindo Cabo Verde, estejam a necessitar de ultrapassar certas barreiras como fracas capacidades institucionais e em recursos humanos, o fenómeno da fuga de competências, falta de incentivos dos profissionais de saúde, deficiência de coordenação dos parceiros para o desenvolvimento sanitário, pouca responsabilização e alguma falta de transparência.

Labra e Buss (2000) entendem que o sistema de saúde pode não somente melhorar a saúde das pessoas, mas também protegê-las contra os custos financeiros elevados das doenças e tratá-las com dignidade. Nesse particular o sistema de saúde de Cabo Verde lida com o dilema de conciliar os objetivos da universalização contínua da prestação dos cuidados de saúde de forma a garantir a qualidade e a equidade, racionalizando ao mesmo tempo os custos com a saúde e envolvendo positivamente todos os atores e a sociedade em geral no processo de reforma do sistema de saúde sobretudo no tocante as transferências para Portugal.

Para Araújo Jr. (1997), não existe no mundo um modelo perfeito de sistema de saúde. Os sistemas de saúde estão sujeitos a ajustes constantes relacionados com as necessidades sociais em saúde de cada sociedade em particular. Partindo desse conceito pode-se considerar

que a reforma do sistema de saúde é um processo de mudança estrutural cujos rumos ainda desafiam a capacidade científica no sentido de visualizar os caminhos futuros. Aqui neste trabalho elencou-se um rol de opiniões sobre o caso particular de Cabo Verde.

Na base do entendimento de Araújo Jr. (1997) entendo que o sistema de saúde de Cabo Verde tem seguido esse processo de mudanças internas e no mundo e tem tido a capacidade de se adaptar à essa dinâmica, tendo já experimentado três etapas e modelos distintos de sistema de saúde no processo de organização e reorganização setorial na tentativa de melhor responder às demandas da população, caracterização que o modelo permitiu-me fazer. Essa capacidade de adaptação do sistema de saúde de Cabo Verde merece ser objeto de estudos científicos, corroborando com Walt e Gilson (1994) que entendem que o estudo de políticas públicas, enquanto campo acadêmico e de pesquisa, já tem uma tradição clara nos países desenvolvidos, fato que não acontece em muitos países em desenvolvimento. A necessidade de articulação entre a análise teórico-conceitual da política de saúde e a formulação de políticas no setor da saúde em Cabo Verde de forma periódica e sistemática, é evidente.

A necessidade de ligação entre os conceitos científicos da política e a realização de atividades políticas é reforçada por Gordon, Lewis e Yong (1997), ao entenderem que o termo “política” serve, muitas vezes, para certas instituições definirem os objetivos, as prioridades e regras de decisão relacionadas com medidas de políticas.

Para Brito (2007), a formulação, implementação, o conteúdo, o processo e os atores da política de saúde e o ambiente sócio político e institucionais que a caracterizam são melhor compreendido através da análise da política de saúde. É nesse sentido que é utilizado o modelo de Walt e Gilson modificado como estrutura básica por Araújo Jr. (2000) que apoia uma análise compreensiva e abrangente. Esse modelo serviu de base para esta pesquisa, permitindo, de fato, apresentar o macro e o micro contextos da política de saúde de Cabo Verde, o seu conteúdo, o processo dessa política e os seus atores.

No que diz respeito ao macro contexto, o modelo utilizado permitiu-me apresentar a situação geográfica e histórica de Cabo Verde, de certa forma, detalhada. Foi possível apresentar Cabo Verde, o seu carácter de país arquipélago, a disposição das ilhas, a insularidade, o clima, a identificação dos municípios cabo-verdianos, enfim a sua localização geo-estratégica em relação a parte continental da África, Europa e Brasil. O modelo possibilitou também a descrição e a análise do processo histórico de Cabo Verde, desde a descoberta pelos portugueses em 1460, passando pela origem da população cabo-verdiana

numa junção de europeus e africanos trazidos do continente, até ao processo de luta para a independência de Cabo Verde.

Na apresentação do macro contexto da política de saúde de Cabo Verde, através do modelo utilizado, foi possível ter a ideia das principais atividades económicas desenvolvidas nas ilhas de Cabo Verde, durante a administração colonial. Foi possível, ainda, identificar os protagonistas chave e algumas movimentações levadas a cabo pelos cabo-verdianos, guineenses, angolanos, moçambicanos e santomenses na luta pela independência nacional desses países que acabou por acontecer na década de setenta.

A vantagem do modelo de Walt e Gilson reformulado por Araújo Jr. e Marciel Filho (2001) no que concerne a caracterização geográfica e histórica de Cabo Verde consiste na possibilidade de encontrar a ligação intrínseca que existe entre a realidade histórica e geográfica do país e a estrutura, organização, funcionalidade, necessidades e evolução do seu sistema de saúde, assim como o estado da saúde da sua população.

Entretanto considero que o modelo utilizado, ao permitir, a apresentação demasiadamente abrangente e sem algumas limitações que considero necessárias, de aspectos geográficos e históricos em que se insere a política de saúde de um determinado país pode fazer com que os investigadores tenham dificuldades consideráveis em seleccionar quais os detalhes que merecem ser apresentados no âmbito da política de saúde.

Neste caso concreto da política de saúde de Cabo Verde, enquanto país muito pequeno e com uma população estimada em cerca de um milhão e duzentos e oitenta mil habitantes, juntando os residentes e não residentes em Cabo Verde, foi, de alguma forma, possível o detalhamento da abrangência da situação histórica e geográfica do país. Imaginemos se o caso em estudo fosse relativo ao sistema de saúde do Brasil que é um país enorme com uma grandíssima diversidade de questões e especificidades e com uma população estimada em cerca de cento e oitenta milhões de pessoas. Seguramente que o pesquisador teria imensas dificuldades em seleccionar os aspectos mais importantes do macro contexto da política de saúde.

Julgo que as dificuldades que um pesquisador encontra num estudo deste tipo, podem ser reduzidas caso o modelo utilizado neste estudo detalhar mais e delimitar, na medida do possível, a abrangência das características geográficas e históricas que têm relação com a política, e neste caso concreto com a política de saúde. Apesar de Labra (1997) afirmar que estudos deste tipo exigem que o pesquisador tenha conhecimento com considerável

profundidade de várias áreas de conhecimento, permitindo-lhe uma melhor compreensão das atividades governamentais.

Na apresentação do macro contexto da política de saúde de Cabo Verde, segundo sugere o modelo que serviu de base para este estudo, é incluída a abordagem das esferas socio-econômicas e política em que se insere a reforma da política de saúde daquele país. Ao incluir a abordagem da esfera econômica e social, o modelo utilizado possibilitou a constatação de uma evolução positiva da economia cabo-verdiana que, de alguma forma, é acompanhada pela evolução também positiva do sistema de saúde de Cabo Verde. Foram analisados os elementos que fazem parte da área social como o nível de pobreza, a taxa de desemprego, a expectativa de vida ao nascer e saudável, o produto interno bruto, o produto interno bruto per capita e a taxa de crescimento econômico.

No entendimento de Gurgel (2007) de que as políticas públicas podem ser todas as atividades de governação ligadas a produção de serviços pelo Estado e de regulação de agentes econômicos, pode estar implícita que as ações do Estado em política de saúde, enquanto componente relevante de políticas públicas está intimamente conectada com outras atividades sociais e econômicas, sendo indispensável o enquadramento da análise da política de saúde no contexto político, social e econômico do país onde se insere essa política de saúde. É nesse âmbito, também, que tive que selecionar os principais elementos da situação econômica e social de Cabo Verde, fazendo a sua ligação com o setor da saúde na análise do processo de reforma do sistema de saúde cabo-verdiano, para facilitar a compreensão desse processo.

Contudo, nessa ligação, penso ser necessário ter em conta as especificidades tanto do setor da saúde como da área econômica. As questões econômicas, muitas vezes, têm objetivos meramente lucrativos contrariamente ao setor da saúde que considero ter a função de priorizar a conciliação entre a eficiência, a qualidade e a universalidade, salvaguardando a dignidade da pessoa humana.

O inquérito sobre às despesas e receitas das famílias (2001), indica que a pobreza em Cabo Verde diminuiu em Cabo Verde, passando de 49% em 1988 para 37% em 2002 e a expectativa de vida de 49 anos em em 1975 para 72 anos atualmente. Baseado no modelo utilizado, o estudo permitiu observar que o produto interno bruto de Cabo Verde teve um aumento significativo de 76,5 milhões de dólares em 1975 para 930,2 milhões de dólares em 2004, tendo o produto interno bruto per capita evoluído de 272,2 dólares em 1976 para 1981,5 em em 2004 e 2590 dólares em 2009. Analisando os dados apresentados pelo Instituto

Nacional de Estatísticas (2009), o crescimento económico de Cabo Verde teve um crescimento médio na ordem de 8,5% na década de 90 e 5% nesta década. Apesar da quebra de crescimento económico registrada na década de 2000, comparada com os anos 90, o crescimento económico, ainda que muito insuficiente em relação a meta de 10% estipulada pelo atual governo para o mandato em curso, pode ser considerado positivo.

É de referir que durante o estudo foi possível constatar que Cabo Verde tem uma tradição de emigração há vários séculos e neste momento estima-se que os cabo-verdianos emigrados nos Estados Unidos da América, Europa, parte continental da África e América Latina constituem mais do que o dobro da população residente. Essa realidade tem ajudado bastante o processo de desenvolvimento económico e social de Cabo Verde, pois os emigrantes cabo-verdianos contribuem com cerca de 20% do produto interno bruto na economia nacional.

Fazendo parte do macro contexto da política de saúde de Cabo Verde, neste estudo verifica-se que o setor da educação tem uma influência recíproca com a saúde, apresenta um desempenho que considero satisfatório, se tiver em conta que conforme os dados do Instituto Nacional de Estatísticas (2004), as taxas de escolarização básica até 6^a e 9^a classes atingiram 99% e 86% respectivamente. A taxa de alfabetização que era de 20% em 1975, passou para 87% em 2004.

Entretanto, ainda existe em Cabo Verde uma percentagem significativa de abandono escolar no ensino básico integrado (8%) e nos liceus (16%) e entendo que o Estado de Cabo Verde tem a obrigação de formular novas medidas de políticas no setor da educação que possam permitir a redução da taxa de abandono escolar. Para mim é evidente que o desempenho positivo do setor da educação em Cabo Verde tem tido uma importante influência no sistema de saúde e vice-versa.

Ao analisar os indicadores sócio-económicos de Cabo Verde, as Nações Unidas, através da resolução 59/2010 de 20 de Dezembro, incluiu o país no grupo de países de rendimento médio. Comparando com muitos países africanos, penso que Cabo Verde destaca-se pela positiva quanto ao processo de desenvolvimento económico e social. No entanto se compararmos com outros países insulares como Barbado, Malta, Seychelles e Maurícias, Cabo Verde tem ainda um longo percurso a fazer até atingir o nível de desenvolvimento que esses países já alcançaram. Analisando alguns aspectos económicos e sociais de Cabo Verde referenciados nesta pesquisa, quero crer que o sistema de saúde de Cabo Verde depende, em grande medida, da forma como o Estado de Cabo Verde consegue assegurar os equilíbrios

macro econômicos e manter a estabilidade de políticas sociais, continuando a proteger os mais desfavorecidos e simultaneamente dar passos no sentido da criação de condições que poderão trazer, com trabalho de toda a sociedade o reforço do desenvolvimento social e económico.

De fato, o modelo de Walt e Gilson (1994) adaptado por Araújo Jr. e Marciel Filho (2001), permite reforçar o conceito de que os níveis de crescimento económico, de pobreza, de escolaridade, de empregabilidade e em suma do desenvolvimento económico e social influenciam grandemente o desempenho do sistema de saúde. Contudo, mais uma vez parece-me que, ao permitir uma abrangência quase completa na abordagem dos aspectos económicos e sociais num estudo sobre política de saúde e sua reforma, o modelo permite que os pesquisadores tenham alguma dificuldade na seleção dos principais problemas sócio-econômicos que merecem ser priorizados durante um estudo deste tipo, correndo o risco de entrar em detalhes excessivamente pormenorizados que cabem mais num estudo de carácter essencialmente económico.

Consoante a orientação do modelo de base para esta pesquisa faço referência a esfera política em que se situa o processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde. Nessa sessão do macro contexto da política de saúde de Cabo Verde, pode-se constatar que o percurso político e mudanças no contexto político verificadas em Cabo Verde é coincidente com o caminho percorrido e as transformações ocorridas no sistema de saúde cabo-verdiano.

Relativamente ao regime político, aos marcos relevantes da esfera política, a mudança de regime político e ao sistema de governo, Cabo Verde percorreu três etapas importantes designadamente a época colonial em que o país era governado pelos administradores portugueses enviados e dirigidos à distância pelo poder instalado e instituído em Portugal. Durante quinhentos e quinze anos, Cabo Verde foi colonizado por Portugal sob regimes escravocrata e de ditadura. Naquela época, os cabo-verdianos não tinham liberdade em nenhum aspecto e tinham que dizer, sempre, sim senhor aos administradores portugueses, estes sim, ao apoderarem de Cabo Verde durante um longo período tornaram-se em senhores donos dos destinos de todas as pessoas.

Após a colonização na sequência de luta de libertação nacional organizada e implementada pelos cabo-verdianos e guineenses nas lutas ideológica e armada conjuntas, em 1975, Cabo Verde conquistou a sua independência, mas infelizmente essa conquista não proporcionou ao povo de Cabo Verde um regime democrático e pluralista durante os quinze anos depois da independência em que o Partido Africano de Independência da Guiné e Cabo Verde que depois passou a ser Partido Africano de Independência de Cabo Verde instalou um

regime totalitário e de partido único em Cabo Verde, com proibição das liberdades individual, de expressão, de imprensa, política, de justiça e econômica. Nesse período, o sistema de saúde de Cabo Verde era completamente estatizado e público.

A partir de 1991, na sequência de pressões internas e externas, ocorre a mudança de regime político e Cabo Verde abandona o regime totalitário e de partido único sob a liderança do Movimento Para a Democracia, optando e apostando com determinação num regime de democracia pluralista. Essa opção e a aposta determinada na implementação e aprofundamento da democracia consubstanciaram-se na aprovação de uma Constituição moderna e democrática que proporcionou a instalação de um Estado de direito democrático fundamentado nos princípios de respeito pela dignidade da pessoa humana, pelos direitos e garantias dos cidadãos e pela igualdade de todos perante a lei. Foram consagrados também o pluralismo de ideias, a liberdade de expressão, as liberdades política, econômica, social, cultural e religiosa. O poder em Cabo Verde passou a ser instituído com base em eleições livres, democráticas e transparentes, tendo havido duas alternâncias políticas de dois mandatos nesses últimos vinte anos num ambiente de estabilidade política.

O sistema de governo de Cabo Verde é alicerçado no parlamentarismo mitigado, sendo o parlamento o centro vital do poder. Em conformidade com a Constituição da República de Cabo Verde de 1992 são considerados órgãos de soberania o Presidente da República, a Assembleia Nacional, o Governo e os Tribunais que são independentes. Fazem parte ainda do poder em Cabo Verde os órgãos do poder local democraticamente eleitos que dirigem, com autonomia, de alguma maneira ainda limitada, os municípios cabo-verdianos. É meu entendimento que essa configuração dos órgãos do poder em Cabo Verde tem facilitado a estabilidade política reinante desde que o país enveredou-se para um regime de democracia multipartidária.

Com o advento da democracia, Cabo Verde passou a ter possibilidade de incluir no seu sistema de saúde o exercício privado dos cuidados de saúde como complemento positivo e o sistema transformou-se em misto público/privado, vigorando até hoje e estando num processo de reforma com o objetivo de melhorar cada vez mais o seu desempenho e a qualidade dos cuidados prestados às populações.

O modelo utilizado neste estudo possibilitou-me constatar que todo o percurso político de Cabo Verde tem sido acompanhado dinamicamente pelas transformações importantes ocorridas no sistema de saúde de Cabo Verde, com ganhos substanciais na qualidade dos cuidados de saúde prestados e nas condições de vida dos cidadãos. No entanto fui confrontado

com dificuldades que se prendem com a ampla abrangência do contexto político cabo-verdiano e não foi fácil selecionar as questões da esfera política que têm maior ligação com a reforma do sistema de saúde de Cabo Verde. Por outro lado, em consonância com Labra (1997), uma análise mais detalhada dos processos da formulação até a execução de uma política pública é proposta por modelos de análise de políticas atualmente existentes.

O micro contexto da política de saúde previsto no modelo de Walt e Gilson (1994) reformulado por Araújo Jr. e Marciel e Filho (2001), relaciona-se com a organização do sistema e serviços de saúde, aspectos da política de financiamento, recursos humanos e materiais, a situação epidemiológica e os principais problemas do sistema de saúde.

Quanto a organização dos serviços de saúde em Cabo Verde, ela é composta, segundo a carta sanitária de Cabo Verde (1999), pelos serviços centralizados (Ministério da Saúde e suas direções gerais, programas de saúde pública) e serviços desconcentrados (delegacias de saúde em todos os concelhos do país. Relativamente a organização dos serviços públicos de prestação de cuidados de saúde de Cabo Verde, a preocupação maior dos principais atores do sistema e que são minhas também, situam-se numa possível necessidade de reestruturização da orgânica do Ministério da Saúde e dos programas de saúde pública, com introdução de alguns programas novos como o PSF e outros suficientemente referidos neste estudo.

Em relação aos estabelecimentos públicos de prestação de cuidados de saúde, em Cabo Verde existem os hospitais centrais, hospitais regionais, centros de saúde, postos sanitários e unidades sanitárias de base. Para alguns atores entrevistados e para mim, as estruturas públicas de prestação de cuidados de saúde podem ser flexibilizadas e ter uma composição e estruturação hierárquica com mais facilidade de comunicação, entrosamento e de integração. Pode ser necessária a transformação de todas as unidades sanitárias de base em postos sanitários, passando estes a serem designados postos de saúde. Em termos de designação dos hospitais creio que pode ser possível designar hospitais em função das zonas onde elas são construídas como por exemplo hospital da Praia, hospital de São Vicente, hospital de Santiago Norte, hospital de Santo Antão e assim sucessivamente. Desta forma Cabo Verde teria os seguintes estabelecimentos públicos de prestação de cuidados de saúde: hospitais, centros de saúde e postos de saúde.

Caso venha a ser construído um hospital de referência nacional, ele poderia ser designado como hospital nacional de Cabo Verde. Alguns dos principais atores entrevistados defendem essa opinião.

No que concerne a política de financiamento, recursos humanos e materiais, torna-se evidente a necessidade da sua redefinição, reforçando o papel do Estado na garantia da universalidade do sistema.

O reforço da aposta na formação dos recursos humanos em Cabo Verde e no exterior do país e da aquisição de equipamentos modernos, sofisticados com garantia de manutenção adequada consta nos documentos oficiais de política de saúde de Cabo Verde e nas entrevistas feitas aos principais atores do sistema.

Segundo os documentos sobre a política de saúde de Cabo Verde (2006; 2007), a política de medicamentos constitui um elemento de importância relevante do sistema de saúde de Cabo Verde. Esses documentos constataam que se tem verificado um aumento das despesas do Estado cabo-verdiano na aquisição e abastecimento de medicamentos, de forma regular, às populações. A aquisição e abastecimento de medicamentos de qualidade e em quantidade suficiente é uma das obrigações constitucionais do Estado de Cabo Verde. Neste aspecto entendo que o Estado pode continuar a reforçar o financiamento de medicamentos essenciais, mas pode ser necessário o aprofundamento de mecanismos de produção de medicamentos internamente. A procura de novos parceiros internacionais em países como Brasil, Portugal e outros, na área de produção e comercialização de medicamentos, por parte das autoridades sanitárias de Cabo Verde, pode ser um caminho possível para um melhor equacionamento da política de medicamentos.

É entendimento do próprio Ministério da Saúde, dos atores entrevistados que pode ser indispensável o alargamento do leque de medicamentos essenciais fornecidos às populações nas estruturas públicas de prestação de cuidados de saúde, através da atualização da Lista Nacional de Medicamentos e do reforço de recursos financeiros nesse sentido. Essa medida poderá evitar a falta de medicamentos essenciais nos estabelecimentos públicos de prestação de cuidados de saúde, como tem acontecido, com alguma frequência, segundo os principais atores entrevistados.

No tocante a situação epidemiológica, há evidências no estudo de que os indicadores de saúde pública têm tido uma evolução positiva, destacando-se a mortalidade infantil que teve uma redução considerável, passando de 108 por mil em 1975, para 52,9 por mil em 1995, 23,2 por mil em 2001 e 21,7 por mil em 2007. A mortalidade geral teve uma diminuição considerável, passando de 9,1 por mil em 1995 para 5,4 por mil em 2001 e 5,4 por mil em 2006.

Em conformidade com o documento sobre política de saúde do Ministério da Saúde de Cabo Verde (2007), os dados relacionados com as principais causas de óbito em Cabo Verde, indicam uma predominância das doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, traumatismos e envenenamentos e doenças cerebrovasculares) sobre as doenças infecciosas e parasitárias. Essa situação indica que Cabo Verde pode estar na fase de transição epidemiológica, significando que o processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde pode levar em consideração essa realidade e prever condições para que o sistema de saúde de Cabo Verde possa adaptar-se à ela. Nesta pesquisa os principais atores entrevistados entendem essa situação da mesma maneira.

Entretanto, é minha opinião também que as doenças infecciosas e parasitárias continuam a ter uma elevada frequência (190 óbitos em 2005), merecendo uma atenção especial das autoridades sanitárias e do sistema de saúde de Cabo Verde. Isso pode requerer o reforço e a qualificação da vertente saúde pública no sistema de saúde de Cabo Verde para permitir a melhoria de ações de prevenção e promoção em saúde.

Embora o Ministério da Saúde e os principais atores admitam que o programa de saúde reprodutiva tem tido um desempenho positivo, torna-se evidente no estudo que continua a haver necessidade de melhorar ainda mais o desempenho e a qualidade dos serviços de partos nos centros de obstetrícia (maternidades), de forma a diminuir a mortalidade perinatal que, segundo os dados do próprio programa de saúde reprodutiva, é ainda considerável (22 óbitos por mil gravidez de sete meses ou mais em 2005).

No decorrer da aplicação do modelo utilizado neste estudo foram referidos os principais problemas identificados pelo Ministério da Saúde de Cabo Verde e pelos atores entrevistados como por exemplo: o problema da sustentabilidade financeira do sistema de saúde de Cabo Verde, a necessidade de redefinição do sistema de financiamento do setor, a problemática de transferência de doentes para Portugal, alguma desmotivação dos profissionais de saúde, a institucionalização do processo de descentralização da prestação dos cuidados de saúde, falhas na vertente saúde pública e outros problemas referidos suficientemente nesta pesquisa. Nesse âmbito há opiniões convergentes de que esses problemas podem ser resolvidos, em certa medida, através de estudos científicos sobre o sistema de saúde que possam possibilitar um melhor aprofundamento do processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde, caso sejam aproveitados pelos decisores e políticos.

Em relação a necessidade de aprofundamento do processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde, os principais atores do sistema são de opinião que o papel do Estado

carece de reforço, com vista a consolidação sustentável da universalização desse sistema de saúde.

Conforme o modelo que orienta esta pesquisa, o conteúdo da política de saúde busca identificar elementos da política que indicam, ou não, para mudanças. É nessa ótica que no conteúdo da política de saúde de Cabo Verde são apresentados os princípios fundamentais da dessa política de saúde (universalidade, equidade, integração, acessibilidade, solidariedade e defesa permanente da qualidade de vida dos cidadãos e da dignidade da pessoa humana). A importância desses princípios são dificilmente questionáveis, mas para que eles possam ser cumpridos pode haver a necessidade de envolvimento efetivo de toda a sociedade no processo de desenvolvimento económico e social equilibrado, estável e sustentável e no aprofundamento da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde. Essa posição é defendida também pelos principais atores entrevistados.

Ao entender que a política de saúde inclui o poder em saúde, planos e programas em saúde, Paim (2003) estaria a reforçar e a validar a importância que o modelo que serviu de base para este estudo atribui a análise do conteúdo da política de saúde.

No que diz respeito aos programas e projetos do sistema de saúde de Cabo Verde, eles constam na carta sanitária e no plano nacional de desenvolvimento sanitário de Cabo Verde e já foram elencados e analisados no respectivo capítulo. Entretanto entendo que eles carecem de tomada de medidas de políticas adequadas e de decisões acertadas para a sua efetivação.

Frenk (1994) entende que a análise do processo de reforma sanitária requer o entendimento dos níveis sistémico, programático, organizacional e institucional do sistema de saúde e nessa ordem de conceito, o processo de política de saúde é referido neste estudo enquanto elemento indispensável do modelo adotado neste estudo que permite identificar os diferentes processos que levam às decisões e às formulações das políticas.

A missão de identificar com clareza o processo de política não é fácil. Ao analisar o processo da formulação da política de saúde de Cabo Verde, considero que nos últimos anos, essa política tem sido formulada de forma elitista, de cima para baixo, e detalhadamente definida ou deixada para ver se cola e como é que fica na prática.

À semelhança de muitos atores entrevistados, entendo que o sistema de governo democraticamente instituído e vigente em Cabo Verde possibilita que o processo de formulação e implementação da política de saúde de Cabo Verde seja democrático e participativo (pluralista), de baixo para cima, e ou incremental (com ajustes mútuo entre os

atores intervenientes), faltando, para isso, a mudança de atitude e a vontade política do governo. Estou convencido de que se houver uma mudança no processo de formulação e implementação da política de saúde de Cabo Verde, o aprofundamento do seu processo de reforma será facilitado e poderá ter melhores resultados.

Os atores da política de saúde de Cabo Verde foram identificados no capítulo de procedimentos metodológicos deste estudo. Eles têm desempenhado o seu papel de acordo com o figurino constitucional de Cabo Verde e o processo de formulação e implementação da política de saúde de Cabo Verde.

Para Sabatier (1999), o conhecimento sobre os objetivos e preocupações dos atores é indispensável para o conhecimento do processo político que inclui a formulação de alternativas e soluções apresentadas pelas autoridades responsáveis da concepção de medidas de políticas e a forma como elas são executadas, monitoradas, avaliadas e reformuladas. A aplicação desse conceito nesta pesquisa revela a atualidade e a grande utilidade que ele tem.

A necessidade de envolvimento efetivo dos principais atores na formulação da política de saúde de Cabo Verde, tomada de decisões e implementação das mesmas é evidenciada nesta pesquisa e pode ser um elemento de grande importância no processo de reforma do sistema de saúde cabo-verdiano.

Viana (1996) defende que a análise de políticas públicas pode fundamentar-se na compreensão do aparelho do Estado, da visão dos atores participantes, da sociedade civil de inter-relações entre eles. Este conceito orientou-me bastante durante a realização desta pesquisa.

De fato o envolvimento efetivo dos atores no processo da política de saúde de Cabo Verde, poderá possibilitar uma melhor clarificação da mobilização dos mesmos face ao processo de reforma do sistema de saúde, passando eles a desempenhar melhor os papéis de formuladores, implementadores, parceiros e opositores, reforçando esse processo.

Não é por acaso que Lima et al. (2008) definem o sistema de saúde como conjunto de relações políticas, econômicas, sociais, culturais e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade. Na minha opinião, esses autores orientam-nos para termos em conta a intersectorialidade, transdisciplinaridade e transversalidade na análise do sistema de saúde, até porque segundo Mendes (2002) o sistema de saúde tem diferentes objetivos e nem todos

eles podem ser atingidos plenamente ao mesmo tempo considerando inúmeros trade-off. Essa percepção de Mendes (2002), ajuda-nos a encontrar explicação para existência de insuficiências no sistema de saúde de Cabo Verde, apesar dos resultados considerados globalmente positivos pelos principais atores do sistema.

Os países europeus, organizaram os seus sistemas de saúde em modelos Beveridje ou Sistema Nacional de Saúde, Bismarckiano ou Sistema de Seguridade Social, Semashko ou Sistema Centralizado de Seguro Social. Conforme a Constituição da República de Cabo Verde (1992), o sistema de saúde cabo-verdiano é caracterizado por financiamento público por meio de impostos, controle parlamentar, universalidade de acesso, gestão pública e provisão por *mix* público/privado, em que as relações econômicas estabelecem-se com base num sistema legal que especifica direitos e obrigações dos cidadãos e dos prestadores de serviços, sendo um modelo de Sistema Nacional de Saúde em fase de transição.

Embora nos últimos anos tem havido alguma tendência de introduzir elementos que têm alguma incompatibilidade com o sistema vigente, através de inclusão de possibilidade de co-participação financeira direta das famílias na Lei de Bases de Saúde de 2004, os dados apontam que Cabo Verde deverá continuar com o sistema atual para que o Estado assumam em plenitude a sua responsabilidades no financiamento do setor da saúde, garantindo a universalidade na prestação de cuidados de saúde. Esse modelo, segundo Campos (2008) é o vigente em Portugal, Dinamarca, Finlândia, Reino Unido, Noruega e Suécia e tem garantido a universalidade e equidade em saúde.

Vários autores e instituições consideram que o desempenho do sistema de saúde depende da forma como ele é financiado. A Organização Mundial da Saúde (2007) tem a concepção de que o financiamento do sistema de saúde é influenciada, para além de outros fatores pela situação macroeconómica prevalecente, ou seja, crescimento económico, desemprego, dimensão do setor informal comparado com o formal, boa governação e outros fatores. Partindo dessa concepção da OMS, pode-se afirmar que o desempenho positivo do sistema de saúde de Cabo Verde está relacionado com a condição política de democracia estável de Cabo Verde, sobretudo a partir de 1991 e com o desenvolvimento destacado na década de 90.

Mendes (2002) aponta que os gastos em saúde aumentam até atingir o nível de recursos disponíveis. Seguramente esse fenómeno está em curso em Cabo Verde e por isso tanto as autoridades sanitárias como outros atores do sistema de saúde consideram que o Estado tem que aumentar o orçamento para o setor da saúde, neste momento. Segundo o

fórum parlamentar sobre o sistema de saúde cabo-verdiano o gasto público em saúde é de 4% do PIB. O Estado de Cabo Verde pode cumprir plenamente a sua obrigação constitucional no tocante ao financiamento do sistema de saúde dependendo de um pacto institucional que assegure seus princípios e sustentabilidade.

Durante esta pesquisa os atores entrevistados e o Ministério da Saúde, no capítulo-micro contexto da política de saúde de Cabo Verde identificam a necessidade de aumento do orçamento do Estado para o setor da saúde como um dos principais problemas desse sistema de saúde, mas não basta essa identificação do problema. Creio que nesse aspecto a criação de condições para a efetivação dessa necessidade, através de medidas concretas de melhoria de recolhimento de fundos destinados ao setor e do reforço de disponibilização de mais recursos financeiros provenientes de impostos, ainda que de forma faseada, afigura-se como uma prioridade do sistema.

Na ótica do documento de diretoria de investimentos e projetos estratégicos do Ministério da Saúde do Brasil (2005), a direcionalidade dos recursos financeiros em saúde tem a possibilidade de basear-se em critérios de priorização conforme as necessidades locais municipais, regionais e nacionais. Infelizmente, até este momento, o financiamento do setor da saúde em Cabo Verde não obedece aos critérios que se relacionam com as necessidades locais, municipais e regionais, mas sim é elaborado e executado, segundo os principais atores e o próprio Ministério da Saúde de Cabo Verde nos seus documentos de política, seguindo exclusivamente a orientação do nível nacional. No financiamento do sistema de saúde nem sequer os municípios são ouvidos.

Por outro lado, a gestão do orçamento para o setor da saúde em Cabo Verde é centralizado nos Ministérios das Finanças e da Saúde. Entendo que a elaboração, a execução e a gestão do orçamento do Estado cabo-verdiano para o setor da saúde pode seguir os critérios que se prendem com as necessidades de cada nível de governo separadamente, permitindo a repartição equilibrada e justa dos recursos financeiros destinados ao setor. Nesse contexto, os atores da política de saúde de Cabo Verde, entrevistados, são de opinião que os sucessivos governos de Cabo Verde têm preocupado essencialmente com investimentos em estruturas físicas de prestação de cuidados de Saúde e não com as exigências de cada localidade e/ou município em particular. Na minha opinião, caso o sistema nacional de saúde pretenda melhorar o alargamento da oferta dos serviços, assegurando uma maior cobertura na prestação de cuidados de saúde, os investimentos em saúde podem ter a necessidade de ser aplicados com racionalidade e de acordo com as demandas de cada município e região sanitária.

O sistema de saúde é concebido, na visão da Organização Mundial da Saúde (2007), no sentido de proporcionar aos indivíduos o acesso a serviços de saúde de qualidade e sustentáveis. Fundamentando-me nessa perspectiva da OMS e com objetivo de reforçar essa visão, entendo que Cabo Verde, aumentando a capacidade de mobilização de mais fundos para o setor da saúde e com uma gestão criteriosa dos recursos financeiros que podem ser disponibilizados ao sistema de saúde, pode atingir os níveis de investimento em saúde que ultrapassem os 5% do PIB, à semelhança de investimentos em saúde feitos no Senegal, Brasil e Portugal, segundo as informações do fórum parlamentar sobre o sistema de saúde realizado em Cabo Verde (2009), alcançando sustentavelmente os objetivos preconizados pela OMS.

No processo da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde, pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde (carta sanitária, documentos de política de saúde de Cabo Verde) e pelas opiniões dos principais atores entrevistados, parece inadiável, a formalização de estratégias que visem a descentralização, regionalização e integração da prestação dos cuidados de saúde.

Araújo Jr. (1994) considera que no processo de reforma do sistema de saúde, a descentralização é entendida como a transferência de autoridade, ou distribuição de poder, no planejamento, gerenciamento e tomada de decisão da esfera pública, do nível nacional para entes sub nacionais, ou, mais genericamente, dos níveis de governo mais centrais para aqueles mais locais. Sendo assim e considerando que Cabo Verde, constituído por dez ilhas e vinte e dois municípios, deverá colocar, com alguma urgência e claramente na agenda da reforma do sistema de saúde cabo-verdiano a estratégia de criar as condições institucionais indispensáveis ao processo de descentralização e regionalização do sistema de saúde. A própria situação geográfica de Cabo Verde, o agrupamento natural das ilhas em barlavento (norte) e sotavento (sul), ilhas que são planas e outras montanhosas conforme foi descrito no macro contexto da política de saúde de Cabo Verde, possibilita, em certa medida a estratégia de descentralização e regionalização da prestação dos cuidados de saúde.

Para Smith (1985), nos anos sessenta, o modelo francês de descentralização chegou a basear-se na criação de condições jurídicas e institucionais de deslocamento do poder para os níveis regionais e locais enquanto que os britânicos chegaram a basear-se na transferência de competências. No meu entendimento, o processo de descentralização da prestação dos cuidados de saúde em Cabo Verde pode conciliar esses dois modelos, adicionando a alocação de recursos financeiros e materiais aos municípios, ilhas e regiões do país.

Gomes (2006) é de entendimento que a descentralização pode ser encarada como meio para, com distribuição de poder chegar-se a uma real liberdade política. Esse conceito é bastante atual em Cabo Verde, tendo em conta que uma das maiores conquistas da democracia cabo-verdiana é o fato dela ter permitido a implantação de um poder autárquico autónomo e democrático, eleito diretamente pelas populações locais, havendo, cada vez mais, a necessidade de reforçar os seus poderes, competências e atribuições, alocando-os paralelamente mais recursos.

Entretanto, a opinião generalizada dos atores entrevistados nesta pesquisa vão no sentido de que a centralização dos programas de saúde em Cabo Verde tem limitado a ação dos municípios em atividades de saúde, pondo em causa, de certa forma, a sua autonomia.

A regionalização em saúde, na concepção de Valdez (2007), é um processo de descentralização organizacional que favorece a participação da população. Nesse âmbito, todos os documentos oficiais da política de saúde de Cabo Verde e os atores entrevistados são de opinião de que há necessidade de uma maior participação das populações no processo de reforma do sistema de saúde. A regionalização poderá ser um caminho viável para uma maior participação da população nesse processo de reforma, sobretudo quando se trata de um país arquipélago como é o caso de Cabo Verde.

Artmann e Rivera (2008) têm o entendimento que a regionalização permite o oferecimento da atenção à saúde no máximo possível, facilitando o acesso, o baixo custo, a equidade, a universalidade, a qualidade dos serviços e uma mais rápida resposta aos usuários. Nessa ótica, a regionalização dos serviços de saúde em Cabo Verde poderia, ainda, facilitar a prestação dos cuidados de saúde pela via de introdução do programa de saúde de família, reforçando a atenção primária e cuidados continuados como sugerido pelos atores entrevistados.

Quanto a necessidade de integração da assistência médica em Cabo Verde ela pode ser reforçada para equacionar algumas das fragilidades do sistema de saúde. Segundo Navarrete e Lourenzo (2007), a falta de eficiência na gestão dos recursos, a descontinuidade nos processos assistenciais e a diminuição da qualidade dos cuidados podem estar relacionadas com a ausência de coordenação e integração entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde. Entendo que Cabo Verde tem possibilidade apostar num sistema de saúde através do qual as organizações de cuidados de saúde promovem uma abordagem integrada de gestão de inputs, das estruturas e dos processos com vista à obtenção de melhores resultados na prestação de cuidados de saúde, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade dos

cuidados prestados. Nesse sentido o sistema de saúde de Cabo Verde tem nesse objetivo de integração da prestação dos cuidados de saúde no processo de reforma um enorme desafio à frente.

A opinião dos principais atores entrevistados quanto ao futuro do sistema de saúde de Cabo Verde, apesar de algumas divergências não substanciais, consiste fundamentalmente na necessidade de aprofundamento do processo da reforma pela via de uma maior vontade política do governo, dos decisores, dos políticos e envolvimento dos profissionais de saúde, do poder local, da cooperação internacional e de toda a sociedade. Especialmente, esses são os aspectos que estão em debate e foram identificados neste estudo como mais relevantes para o futuro do processo de reforma do setor saúde naquele país.

Pode-se considerar que as perguntas condutoras deste estudo foram respondidas e os objetivos foram cumpridos.

15 CONCLUSÕES

Este estudo cujo título é “Uma Análise Compreensivo-Abrangente da Reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde: identificando as Perspectivas de Futuro na Opinião dos Principais Atores” contribuiu para a identificação de problemas que requerem intervenção, através da análise de aspectos relevantes do processo de reforma do sistema de saúde cabo-verdiano, a familiarização com as questões inerentes ao campo da política, seus principais atores, o processo e tempo inerentes à ação.

O processo de reforma do sistema de Cabo Verde tem sido dinâmico e com mudanças de modelo desde a era colonial a esta parte, acompanhando, de forma coerente, as mudanças que se vão verificando tanto a nível interno como mundialmente. Esse processo de reforma tem sofrido alterações, também, consoante transformações que se verificam no próprio sistema, ou seja, na organização, gestão, administração, nas estruturas centrais e descentralizadas, nos indicadores de saúde pública, no perfil epidemiológico, no financiamento, nos recursos humanos e materiais e nas exigências cada vez maiores da população cabo-verdiana.

Durante o seu percurso o sistema de saúde de Cabo Verde, sobretudo a partir de 1990, tem sofrido importantes modificações que decorrem das mudanças ocorridas no macro contexto demográfico, histórico, político, económico e social a nível interno e na arena mundial, mas também no micro contexto do próprio sistema, ou seja, na qualificação dos recursos humanos, financeiros, das infra-estruturas e dos equipamentos. Mas, não tem tido um planeamento estratégico descentralizado que possa permitir a requalificação dos cuidados primários e continuados (secundários e terciários) de saúde.

No seu processo de reforma a partir de 1990-1991, desde muito cedo o sistema de saúde de Cabo Verde foi orientado constitucionalmente para melhor adaptar-se às transformações políticas, económicas e sociais ocorridas no país na sequência da democratização do regime político e do sistema de governo, tendo optado pelo modelo de Sistema Nacional de Saúde baseado nos princípios de solidariedade, universalidade, equidade e partilha de responsabilidade, com o Estado a assumir basicamente as funções de financiamento do sistema pela via de impostos, apesar de alguns elementos contraditórios introduzidos nos últimos anos que podem ser ultrapassados para que o sistema possa continuar na senda da universalização dos cuidados prestados, assegurando a qualidade e a

proteção da saúde dos cidadãos independentemente das condições econômicas e sociais de cada um.

Pode-se concluir que apesar de resultados, globalmente positivos, alcançados pelo sistema de saúde de Cabo Verde, existem vários constrangimentos no sistema que podem ser objeto de novos estudos científicos, mas também, sobre vários aspectos considerados chave no processo de reforma, nomeadamente a política de recursos humanos, infra-estruturas e equipamentos, o modelo de financiamento, a situação da saúde pública no sistema, a introdução do programa de saúde da família como forma de melhor viabilizar a atenção primária, a problemática de transferência de doentes para Portugal, a descentralização, regionalização e municipalização dos cuidados de saúde.

A necessidade de aumento do orçamento do Estado para o setor da saúde em mais 3% a 6% para atingir 12% a 15% do total do orçamento do Estado de Cabo Verde é evidenciada de alguma forma nos principais documentos do Ministério da saúde e abordada sistematicamente pelos atores entrevistados.

Hoje, Cabo Verde possui um sistema de saúde, razoavelmente estruturado, organizado e funcional, com componentes e estratégias, de alguma forma melhor definidas, mas ainda, com inúmeras falhas e fragilidades constatadas neste estudo pelos principais atores do sistema. Nesse sentido, os principais atores do sistema são de opinião de que o sistema de saúde de Cabo Verde pode estar a carecer de introdução no seu processo de reforma de mais elementos relacionados com a promoção dos cuidados preventivos, a inclusão de medidas de regulação do sistema, uma entidade independente para a monitorização, fiscalização e avaliação do desempenho das ações em saúde, um programa estruturado de pesquisa em saúde, maior envolvimento do poder local e da sociedade civil, um departamento de saúde coletiva, gestão e administração. Debate-se fortemente várias contradições que definem a arena política do país, entre elas destacam-se distribuição criteriosa e mais equitativa dos recursos disponíveis, um programa de mutualidades em saúde, reforço da universalização e socialização do próprio processo de reforma. Os atores e o próprio Ministério da Saúde nos seus documentos orientadores do sistema consideram que há necessidade de uma melhor articulação entre o Ministério da Saúde, o INPS e o setor privado no financiamento e na prestação dos cuidados de saúde.

Pode-se concluir que o sistema de saúde de Cabo Verde lida com o dilema de conciliar os objetivos da universalização contínua da prestação dos cuidados de saúde de forma a garantir a qualidade e a equidade, racionalizando ao mesmo tempo os custos com a saúde e

envolvendo positivamente todos os atores e a sociedade em geral no processo de reforma do sistema de saúde sobretudo no tocante as transferências para Portugal.

O sistema de saúde de Cabo Verde pode ser orientado no sentido de afastar as opções mercadológicas, tendo em conta a sua inviabilidade ocorrida nos países desenvolvidos que, por sua vez, acabaram por abandoná-las. A recente crise mundial evidencia as inadequações e as disfunções da introdução de mecanismos de mercado no setor da saúde, podendo servir de exemplo para o processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde.

Entretanto pode-se concluir também que as reformas dos sistemas de saúde em países em desenvolvimento não podem ser impostas por organismos internacionais e Cabo Verde pode levar em consideração essa orientação.

No estudo é evidente nos documentos do Ministério da Saúde de Cabo Verde e nas entrevistas aos principais atores do sistema a necessidade de atualização da carta sanitária de Cabo Verde, de investimento de fundo na atenção terciária, na tecnologia de ponta e na especialização dos profissionais de saúde tendo em conta a necessidade de transferências para Portugal.

A melhoria da qualidade de prestação dos cuidados de saúde, o aprofundamento da reforma do sistema de saúde de Cabo Verde e maior envolvimento de investigadores nacionais e internacionais na área da reforma sanitária são necessidades constatadas durante o desenvolvimento deste trabalho que podem perfeitamente ser incluídas nas conclusões desta pesquisa.

Existem vários documentos que apontam os caminhos a seguir que condicionam o desenvolvimento do sistema, mas nem sempre a realidade está conforme esses princípios ou estratégias, podendo essa dificuldade estar ligada às deficiências da própria estrutura orientadora do sistema, digamos assim, do próprio Ministério da Saúde que é quem define a política e o desenvolvimento do sistema, mas que nem sempre após formular iniciativas e medidas de políticas, pratica-as em conformidade com as estratégias e objetivos definidos.

Pode-se concluir também que as perspectivas da Reforma do Sistema de Saúde decorrem da capacidade apresentada pela coalizão reformadora de imprimir mudanças efetivas e no tempo certo nas estruturas institucionais, de forma a evitar que sejam filtrados pelo Estado apenas os aspectos racionalizantes dessa proposta, minando a sua base política. Desta forma, repensar o modelo de sistema de saúde cabo-verdiano, encarando a qualidade dos cuidados de saúde prestados, a segurança dos pacientes e o combate ao desperdício, na

base de responsabilidade partilhada por profissionais de saúde, gestores, políticos, setor privado, sociedade civil, as agencias internacionais e usuários no contexto global do sistema de saúde, afigura-se oportuno e susceptível de contribuir de alguma forma para a qualidade do desempenho do sistema de saúde de Cabo Verde.

Os objetivos preconizados nesta pesquisa de caracterizar o sistema de saúde de Cabo Verde nas suas fases históricas de reforma, identificar estratégias atuais das autoridades sanitárias relacionadas com a reforma desse sistema de saúde, descrever os princípios fundamentais da política de Cabo Verde e o atual processo de reforma em curso e de identificar na perspectiva dos principais atores do setor qual o futuro da reforma do sistema de saúde cabo-verdiano, foram alcançados.

15.1 Recomendações

As recomendações desta pesquisa podem fundamentar-se nas fragilidades, insuficiências e necessidades identificadas no sistema de saúde cabo-verdiano durante o estudo, nalguns documentos estratégicos e orientadores do Ministério da Saúde de Cabo Verde e pelos atores chave entrevistados durante a pesquisa.

Desde logo uma das recomendações importantes deste estudo está relacionada com a necessidade de realização de estudos científicos sistemáticos e periódicos sobre o sistema de saúde de Cabo Verde em geral, mas também sobre aspectos considerados estratégicos, nomeadamente a reelaboração de um programa orientador, consistente e socializado com os principais atores do sistema de formação e gestão dos recursos humanos em saúde para curto, médio e longo prazos sujeito a atualização e mudanças que se mostrarem necessárias, em função do contexto político, económico e social; a realização de um estudo científico e de carácter intersectorial e transversal sobre o modelo de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema de saúde cabo-verdiano.

Questões como a atualização da carta sanitária de Cabo Verde para permitir um melhor direcionamento de infraestruturas do país em matéria de estabelecimentos públicos e privados de prestação de cuidados de saúde, de aquisição de equipamentos e sua manutenção programada e sustentada, assim como a criação de um programa melhor estruturado de informação, comunicação e educação em saúde, a reestruturação do Centro Nacional de

Desenvolvimento Sanitário com vista a desempenhar a função de pesquisa em saúde ficam evidentes nas preocupações dos principais atores do sistema.

A necessidade de criação do Departamento de Saúde Coletiva, a redefinição e reorganização dos programas de saúde pública existentes, para melhor compatibilizarem com o atual perfil epidemiológico de Cabo Verde; a formulação e implementação de um programa autónomo e independente de monitoramento, fiscalização, avaliação e regulação do sistema de saúde, através da criação de uma entidade independente e capacitada cientificamente para o efeito são preocupações dos principais atores entrevistados.

São recomendáveis também, a formalização com firmeza da estratégia de descentralização, regionalização e integração do sistema de saúde cabo-verdiano; a atribuição de mais poderes, de competências e de recursos financeiros, humanos e materiais significativos aos municípios de Cabo Verde para a tarefa de prestação de cuidados de saúde de proximidade às respectivas populações; a introdução do programa de saúde de família como forma de efetivar a prestação dos cuidados primários de saúde; a experimentação institucional e formal do mutualismo no sistema de saúde de Cabo Verde; a criação de condições para uma melhor articulação entre o Ministério da Saúde, o INPS e o setor privado no financiamento e na prestação de cuidados de saúde.

Como forma de melhor apostar na atenção terciária, na tecnologia de ponta, na especialização endógena dos profissionais de saúde e na redução de transferência de doentes para Portugal pode-se recomendar estudos específicos com vista a viabilização dessas necessidades.

No processo de reforma do sistema de saúde cabo-verdiano, recomenda-se o envolvimento de investigadores nacionais e de outros países com os quais existem relações de parceria e de cooperação no setor da saúde, sobretudo, na área da reforma sanitária.

O sistema de saúde pode ter sempre em conta as políticas de administração central, regional e municipal dos postos de saúde locais, centros de saúde, hospitais, cuidados preventivos, primários, domiciliários e de reabilitação sempre com o objetivo de satisfazer melhor os usuários em geral.

Recomenda-se também o reforço da acessibilidade, de mudanças de comportamento, da segurança, do respeito, das amenidades, da continuidade dos cuidados, do impacto económico positivo, do saneamento básico e da saúde ambiental da qualidade de vida e enfim da melhoria do estado de saúde.

Esta pesquisa identifica que os processos de reforma do sistema de saúde, normalmente, são dinâmicos e que eles acompanham as mudanças que se verificam no processo de desenvolvimento político, económico e social de cada país, assim como as transformações que ocorrem no próprio sistema ligadas à questões internas e da população que é cada vez mais exigente. Nesse aspecto o sistema de saúde de Cabo Verde não foge a regra. Basta analisarmos o percurso desse sistema desde a era colonial até aos dias de hoje, elucidado neste estudo.

16 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi conduzida com total respeito à atual legislação Brasileira e Cabo-verdiana, convenções internacionais e declarações que ratificam os preceitos éticos e regras para o desenvolvimento de projetos de pesquisas.

O estudo foi realizado em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/CNS nº 196/96 que estabelece diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas, envolvendo Seres Humanos, no que se refere a pesquisas com seres humanos. O projeto de estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa da Instituição Executora, bem como ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/ Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde). O registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 25/09, registro no CAAE: 0023.0.095.000-09 e parecer de aprovação nº 04/2010.

Qualquer pesquisa que envolve seres humanos pode ter riscos. Neste estudo, a relação com os sujeitos teve lugar a partir de sua participação em entrevistas semi-estruturadas. Os riscos quanto às dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, particularmente em relação a qualquer tipo de constrangimento, foram minimizados, os quais, em conformidade com a Resolução 196/96, são admissíveis quando oferecem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que possa afetar o bem-estar dos sujeitos de pesquisa.

Além da produção de conhecimento, uma melhor percepção das atividades de saúde desenvolvidas pelo sistema de saúde e as consequências das políticas formuladas e implementadas são prováveis benefícios para a população em geral.

Todos os informantes foram convidados e solicitados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar dando suas opiniões sobre questões abordadas na pesquisa.

Os informantes tiveram informações sobre os objetivos da pesquisa e a estratégia de divulgação dos resultados, assim como também no que concerne a confidencialidade dos dados obtidos. Não foi admitida nenhuma vantagem financeira para participar da pesquisa. Todos os sujeitos estiveram livres para interromper ou abandonar a sua participação em qualquer tempo e isto não teve nenhuma consequência.

Proteção dos dados: Foram evitados o uso de dados pessoais e Coleta desnecessária de dados. Quaisquer opiniões e dados fornecidos nas entrevistas deste estudo essencialmente qualitativo não foram associados a nomes individuais. Os resultados das entrevistas e do estudo qualitativo foram tratados e apresentados de forma agregada. A confidencialidade dos dados foi assegurada através de codificação dos nomes individuais.

Os atores sociais envolvidos (comunidade, profissionais da saúde e provedores de serviços de saúde, formuladores de política) foram mantidos informados de todos os resultados e etapas do projeto. Todos os resultados da pesquisa serão divulgados para tirar o máximo proveito do resultado dos trabalhos e para informar os formuladores de política o máximo possível. Foi assegurado a todos os participantes o direito de recusar participar do estudo.

Esta pesquisa foi assente em quatro pressupostos básicos da ética expressos na resolução nº 196, de 16.10.96, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil ou seja: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

REFERÊNCIAS

AFROSONDAGEM. **Estudo de Opinião**. Praia, 2007.

ALBURQUEQUE, L. V. **Descobrimento das Ilhas de Cabo Verde**: história geral de Cabo Verde. Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical, 1991. v. 1.

ALMEIDA, C. M. **As reformas sanitárias nos Anos 80**: crise ou transição?. 1995. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

_____. **Crise econômica, crise do Welfare state e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1997a.

_____. **Novos modelos de atenção à saúde**: bases conceituais e experiências de mudança. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

_____. **Novos modelos de reforma sanitária**: bases conceituais e experiências de mudança. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996a.

_____. Os modelos de reforma sanitária dos anos 80: uma análise crítica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 3-57, 1996b.

_____. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil**: panorama atual e tendências de assistência médica suplementar. Brasília, DF: Ipea, 1998. (Texto para Discussão, n. 599).

_____. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 5., 1997, Lindóia, SP. **Livro de resumos**. São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública; Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

_____. **Reforma do setor saúde na região da América Latina e Caribe**: uma análise crítica de propostas e tendências. Documento propositivo. Washington, DC: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997b.

_____. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ARAÚJO JR., J. L. do A. C. **Decentralization in the health sector: the brazilian process, issues and problems, 1988-1994.** 1994. Dissertação (Mestrado) – The Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leeds, 1994.

_____. **Health Sector Reform in Brazil, 1995-98.** 1997. Projeto de Tese (PH. D. Course in Health Services Studies) - The Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leeds, 1997.

_____. **Health sector reform in Brazil, 1995-1998.** An health policy analysis of a developing health system. 2000. Tese (PH. D. Course in Health Services Studies) - The Nuffield Institute for Health, University of Leeds, Leeds, 2000.

ARAÚJO JR., J. L.; MARCIEL FILHO, R. L. Developing an operational framework for health policy analysis. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**, Recife, v. 1, n. 3, p. 203-221, 2001.

ARAÚJO, E. F. **Análise da Política Nacional de Medicamentos no Brasil, 1999 a 2002: o caso dos medicamentos genéricos.** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2004.

ARGLIETA, M. **Regulation y crisis del capitalismo.** México: Siglo XIX, 1986.

ARRETCHE, M. T. S. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas publicas? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 11, n. 31, p. 41-66, 1996.

ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE. **Resolução WHA 58.33, que exortavam os Estados-Membros a garantir mecanismos de financiamento sustentáveis.** Brazzaville, 2001.

BARKER, C. **The health care policy process.** London: Sage, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos.** Brasília, DF, 2005.

BOBBIO, N. **Dicionário de política.** 2. ed. Brasília, DF: UNB, 1986.

BOISIER, S. **Centralización y descentralización territorial en el proceso decisório del sector público.** Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1995.

BRITO, R. L. **Análise da política de descentralização das ações de vigilância sanitária no Brasil**: do debate sobre o repasse de recursos ao compromisso com a responsabilidade sanitária. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

BUSTELO, E. Hood Robin: ajuste fiscal e equidade na América Latina. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, v. 11, p. 4-48, 1994.

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

_____. **Programa do Governo 1996-2001**. Praia, 1996.

_____. Orçamento Geral de Estado. **Boletim Oficial**, .Praia, 11 jan. 2007. Série 1.

_____. **Constituição da República**: 1ª revisão ordinária. Praia, 1999.

_____. **Lei Orgânica do Governo**. Praia, 1993.

_____. **Regimento da Assembleia Nacional**. Praia, 1993.

_____. **Regimento da Assembleia Nacional**: revisão. Praia, 1996.

_____. **Estatuto dos Municípios**. Praia, 1996.

CABO VERDE. Comité de Coordenação de Combate à SIDA. **Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a SIDA**. Praia, 2006.

CABO VERDE. Lei nº 41, 20 junho de 2004. **Boletim Oficial**, Praia, 2004. Série 1.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Carta sanitária**. Praia, 1999.

_____. Dados da direcção geral da saúde. **Jornal de Cabo Verde - a nação**, Praia, n. 7, 2007.

_____. **Epidemiologia das doenças alérgicas em Cabo Verde**. Praia, 2005.

_____. **Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos 2005-2016.** Praia, 2005.

_____. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2011.** Praia, 2007.

_____. **Plano Nacional de Saúde:** diagnóstico da situação. Praia, 2006.

_____. **Política Nacional de Saúde:** para uma reforma do sector. Praia, 2006.

_____. **Política Nacional de Saúde:** reformar para uma melhor saúde. Praia, 2006.

_____. **Política Nacional de Saúde:** reformar para uma melhor saúde. Praia, 2007.

_____. **Programa do PAIGC,** Edição Unidade e Luta. Praia, 1976.

_____. **Programa Nacional de Tuberculose e Lepra.** Praia, 2004.

_____. **Relatório de Vigilância Epidemiológica.** Praia, 2005.

_____. **Relatório Estatístico.** Praia, 2005.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Profil du Systéme de Santé du Cap Vert.** Praia, 2007.

CAMPOS, A. C. **Reformas da saúde:** o fio condutor. Lisboa: Almedina, 2008.

CECILIO, L. C. O.; MERHY E. E. A integridade do cuidado com eixo de gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integridade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO, 2003.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Transformación Productiva com Equidad:** La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa. Santiago: Naciones Unidas, 1990.

_____. **Panorama Social da América Latina.** Santiago: Naciones Unidas, 1993.

COMLAN, Q. A. A. **Vinte anos de combate político pela saúde.** Genebre: OMS, 1985.

COUTINHO, C. N. et al. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez, 1989.

DELGADO, A. P. **Políticas de Saúde em Cabo verde na década de 1980-1990: Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde.** Praia: Edições Uni-CV, 2009. (Coleção Sociedade, v. 2).

DUARTE, A. **Saúde e desenvolvimento econômico e Importância dos recursos humanos para o desenvolvimento.** Fortaleza: UECE, 2000.

DUARTE, C. **Programa Nacional de Saúde Oral.** Praia: Ministério da Saúde, 1998.

ENTHOVEN, A.; KRONICK, R. Consumer-choice Health Plan (Parte I)-Inflation and Inequity in Health Care Today: Alternatives for Cost Control and an Analysis of Proposals for National Health Insurance. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 298, n. 12, p. 650-658, 1978a.

_____. Managed Competition of Alternative Delivery Systems. In: GREENBERG, W. (Ed.). **Competition in the Health Care Sector: Ten Years Later.** Durham: Duke University, 1998.

_____. A consumer-choice health plan for the 1990s. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 320, n. 1, p. 29-37, 1989.

_____. **Market-based reform of US health care financing and delivery: managed care and managed competition.** London: [s. n.], 1997.

FRENK, J. Dimensions of Health System Reform. **Health Policy**, Oxford, v. 27, p. 19-34, 1994.

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.

GORDON, I. et al. Perspectives on Policy Analysis. In: HILL, M. **The Policy Process: A Reader.** 2. ed. London: Prentice Hall, 1997.

GURGEL, I. G. D. **A Pesquisa Científica na Condução de Políticas de Controle de Doenças Transmitidas por Vetores.** 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

GURGEL JR., G. D. **Health Sector Reform in Brazil. Past, Present and Future. A Theoretical Approach to Structural Changes.** 2008. Thesis (PhD) - Faculty of Humanities, School of Social Sciences, The University of Manchester, Manchester, 2008.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HILL, D. M. **Democratic theory and local government.** London: Allen and Urnwin, 1974.

HOBSBAWN, E. **The crisis decade: the age of extremes 1914-1991.** London: Abacus, 1995.

HOEVEN, R.V. D.; STEWART, F. Social development during periods of structural adjustment. In: BUITELAAR, R.; DIJEK, P.V. **Latin America’s insertion into the world economy: towards systemic competitiveness in small economies.** Houndmills: Macmillan, 1996. cap. 9.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS (Cabo Verde). **Inquérito sobre as despesas das famílias.** Praia, 2001.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS (Cabo Verde). **Inquérito sobre as despesas das famílias.** Praia, 2002.

_____. **Recenseamento Geral da População e Habitação.** Praia, 2000

_____. **Questionário unificado de indicadores básicos de cabo verde.** Praia, 2004.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing.** Thousand Oaks: Sage, 1996.

LABRA, M. E. **Notas sobre análises de políticas públicas, modos de policy-making e intermediação de interesses.** Rio de Janeiro: ENSP, 1997. Mimeografado.

LABRA, M. E.; BUSS, P. M. **Sistemas de Saúde continuidades e mudanças, Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Quebec.** São Paulo: HUCITEC; 1995. 2000.

LEE, K.; MILLIS, A. **Policy: making and planning in the health sector**. London: Croom Helm, 1982.

LEITE, L. S. N. **Manual da ordem dos médicos de Cabo Verde**. Praia: Tipografia Santos, 2005.

LIMA, K. S. B. et al. **Rede Hospitalar de Petrolina: desafios na organização de uma rede de cuidado integral à saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Petrolina, 2008. Mimeografado.

LOPES, J. V. **Cabo Verde: Os Bastidores da Independência**. Praia, 2000.

MANALVO, N. **Carlos Veiga, Bibliografia Política. O Rosto da Mudança em Cabo Verde**. Lisboa: Alethéia, 2009.

MAPA de Cabo Verde. Ilhas do Sotavento e Barlavento. Disponível em: <www.africa-turismo.com/mapas/cabo-verde.htm>. Acesso em: 20 jan. 2009.

MASS, A. **Area and Power**. New York: The Free, 1959.

MATOS, A. Pacotes: como adequar o hospital. **Revista Saúde Hoje**, Ouro Preto, jun. 1999.

MEDINA, J. B. F. **Carta Sanitária de Cabo Verde**. Praia: Ministério da Saúde, 1999.

MELO, N. R.; COSTA M. A. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPAS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 11, p. 49-108, jun./dez. 1994.

MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 2 tomos.

_____. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os Gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: ESPCE, 2002.

MERRIAN, S. **Case study research in education and qualitative approach**. San Francisco: Jersey-Bras, 1988.

MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-direta em sociologia. In: THIOLENT, M. J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 5. ed. São Paulo: Polis, 1997. p. 191–211.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. 4. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996.

_____. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: HUCITEC, 1998.

MINISTROS DA SAÚDE DA UNIÃO AFRICANA. **Resolução nº5, 3ª revisão**. Abuja, 2001.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MOVIMENTO PARA DEMOCRACIA (Cabo Verde). **Programa eleitoral**. Praia, 2006.

NAÇÕES UNIDAS. **Resolução 59/210**. Nova Iorque, 2004.

NAVARRETE, V. L. M.; LOURENZO V. I., **Organizaciones sanitarias integradas: um estúdio de caso**. Catalunya: Consorci Hospitalari, 2007.

NERO, C. R. Del. O que é economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (orgs.). **Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da Saúde**. Brasília, DF: IPEA, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento da saúde: estratégia para a Região Africana**. Brazzaville, 2007.

_____. **Rapport sur la santé dans le monde**. Pour un système de santé plus performant. Geneve, 2000.

OSZLAK, O. Descentralización de los sistemas de salud: el estado y la salud. In: PAGANINI, J. M., MIR, R. C. (Ed.). **Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiências**. Washington, DC: OPAS, 1990. p. 59-81.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 587-603.

RAMOS, B. M. **Ministro de Estado e da Saúde, Política Nacional de Saúde, Reformar para uma melhor saúde**. Praia: Ministério da Saúde, 2007.

REGONHA, E. A falência do “fee-for-service” e ascensão do Pacote. **Revista Notícias Hospitalares**, São Paulo, ano 2, n. 13, p. 3, 1999.

ROSÁRIO, A. G. Reforçar o Compromisso com Cabo Verde. **Revista Democracia**. Praia, 2000.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro, 2003.

SABATIER, P. A. (Org.). **Theories of the policy process**. Boulder, CO: Westview, 1999.

SAMBA, E. M. **Relatório da 52ª sessão de Comité Regional da OMS, 8 a 12 de Outubro**. Brazzaville: OMS, 2002.

SANTOS, J. P. M. **Discurso sobre o Estado da Nação**. Praia: Assembléia Nacional, 2008.

SCHREINER, M. **Remuneração de serviços de saúde: Formas e Impactos na Assistência Médico-Hospitalar**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

SERENKO A. F.; ERMAKOV, V. V. **Higiene Social y Organización de la Salud Pública**. Moscovo: Mir, 1984.

SILVA, A. C. et al. **História geral de Cabo Verde**. Lisboa: Instituto de Investigação Científica Tropical, 1995. v. 2.

SILVA, M. G. C. **Economia da saúde: auto-avaliação e revisão**. 2. ed. Fortaleza: UECE, 2003.

SMITH, B. C. **Decentralization: the territorial dimension of the state**. London: George Allen & Unwin, 1985.

_____. The measurement of decentralization. **International Revue of Administrative Sciences**, Bruxelas, v. 45, n. 3, p. 214 -222, 1979.

SMITH, D. **Obama prepara terreno para a reforma da saúde nos EUA**. Washington, DC, 2008.

SOUZA, C. **Constitutional change in Brazil**: political and decentralization, 1981. 1995. Thesis (Doctor in Philosophy) - The London School of Economics and Political Science, Department of Government, London, 1995.

TEIXEIRA, S. F. **Reflexões teóricas sobre democracia e reforma Sanitária**. São Paulo: Cortez: ABRASCO, 1990.

THE NUFFIELD PROVINCIAL HOSPITALS. **Reflections on the National Health Service**. London: Trust, 1985.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular e redimir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

VALDÊZ, T. A. S. **Regionalização e Integração Sistêmica**: cenários (pospectivos) para a reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2007.

VEIGA, C. W. C. Entrevista. **Jornal Vóz di Povo**, Praia, 1990.

_____. **Discurso sobre o Estado da Nação**. Praia, 1999.

VIANA, A. L. D. A. Abordagens Metodológicas em Políticas Públicas. **Revista de Administração**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 5-34, 1996.

_____. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANASQUI, A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 205-215.

VIEIRA, H. S. R. **História da Medicina em Cabo Verde**. Praia: Instituto Cabo-verdiano do Livro, 1999.

WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. **Health policy and planning**, London, v. 9, n. 4, p. 333-370, 1994.

WEISS, C. H. Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation? **American Journal of Evaluation**, Fairhaven, v. 19, n. 1, p. 21-33, 1998.

WILDAVSKI, A. **The Art and the Craft of Policy Analysis**. London: Macmillan, 1980.

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA.**Roteiro da entrevista**

- 1- Qual é a opinião do Senhor sobre o sistema de saúde de Cabo Verde?**
- 2- Quais são os problemas que o Senhor considera prioritários para o sistema de saúde Cabo-verdiano?**
- 3- No seu ponto de vista como deve ser financiado o sistema de saúde do nosso país?**
- 4- Como o Senhor vê a participação do poder local no nosso sistema de saúde?**
- 5- Na ótica do senhor, como está a vertente da saúde pública no nosso sistema de saúde?**
- 6- O quê que o Senhor tem a dizer sobre a atenção primária em Cabo Verde?**
- 7- Qual é a causa que o Senhor considera como obstáculo na introdução do programa de saúde de família em Cabo Verde?**
- 8- Como o Senhor vê a situação e de motivação dos profissionais da saúde no nosso país?**
- 9- Como o Senhor vê a problemática de descentralização, regionalização e integração em Cabo Verde dentro do processo de reforma atual?**
- 10- O quê que o Senhor pode dizer sobre a remuneração da prestação de cuidados de saúde em Cabo Verde?**
- 11- Como o Senhor vê a problemática de transferências de doentes para Portugal?**
- 12- Gostaria que o Senhor desse alguma opinião sobre os recursos humanos e materiais afetos ao setor da saúde em Cabo Verde?**
- 13- Qual é a percepção que o Senhor tem do processo de reforma do sistema de saúde Cabo-verdiano?**
- 14- Qual é a sua perspectiva quanto ao futuro do processo de reforma do sistema de saúde de Cabo Verde?**

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. está sendo convidado a participar do projeto intitulado “Uma análise compreensiva da reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde: Identificando as perspectivas de futuro na visão dos principais atores”, que tem como objetivo principal analisar a reforma do sistema de saúde de Cabo Verde, no período de 1991 a 2006. As informações coletadas no estudo poderão redirecionar as políticas de saúde no país.

A sua participação consiste em responder a uma entrevista, que sob sua autorização será gravada e posteriormente transcrita.

A sua participação será mantida em completo sigilo. A qualquer momento, o Sr. pode desistir de participar da pesquisa ou não responder a alguma pergunta da entrevista, sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa.

O eventual risco em participar desta pesquisa pode ser o de constrangimento em responder algum questionamento, mas garantimos que todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e que o Sr. não será identificado em hipótese alguma. Os benefícios são o da produção do conhecimento acerca do Sistema de Saúde de Cabo Verde, além de obtenção de uma melhor percepção das atividades desenvolvidas pelo sistema de saúde.

O Sr. não terá nenhuma vantagem financeira em participar desta pesquisa, mas sua participação é de suma importância para obtermos os objetivos esperados com a mesma.

O Sr. receberá uma cópia deste termo de consentimento, em duas vias, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável do estudo, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa ou sobre a sua participação, agora, ou a qualquer momento.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este documento, dizendo que entendeu as explicações e que está concordando. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Muito obrigado por sua colaboração!

Local e data:

Nome do participante, assinatura e Número de identidade

Orlando Pereira Dias – Pesquisador responsável

Contatos pesquisador responsável: Assembléia Nacional. Achada de Santo Antônio. Cidade da Praia.

C.P. 20-A – Cabo Verde

Tel: 00238 2608000 . Cel: 00238 9913217