



BOLETIM OFICIAL

SUMÁRIO

CONSELHO DE MINISTROS:

Decreto-Lei nº 7/2008:

Regula o estabelecimento da parceria Público-Privada entre o Estado de Cabo Verde, a Electra e a InfraCo Limited, no Projecto de Energia Eólica para o desenvolvimento, financiamento, construção, propriedade e na operação de parques eólicos na Cidade da Praia, Cidade do Mindelo, Sal e ainda Boa Vista.

Resolução nº 5/2008:

Aprova a Política Nacional de Saúde.

Resolução nº 6/2008:

Atribui à Sociedade “CALÚ & ÂNGELA” – Sociedade por quotas de responsabilidade limitada, com sede na cidade da Praia, ilha

de Santiago, a concessão de uma parcela de terreno do domínio público marítimo situada na localidade de Quebra Canela, cidade da Praia, para a construção do complexo “Praia Shopping”.

MINISTÉRIO DAS INFRAESTRUTURAS, TRANSPORTES E MAR E MINISTÉRIO DAS FINANÇAS E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA:

Portaria Conjunta nº 4/2008:

Fixa o montante de taxas devidas pela credenciação e pelo registo das entidades certificadoras de assinaturas digitais.

MINISTÉRIO DA SAÚDE:

Despacho:

Delegando na Directora-Geral de Saúde, a competência para homologar as decisões das Juntas de Saúde, bem como apreciar e decidir a situação dos doentes evacuados.

CONSELHO DE MINISTROS

Decreto-Lei n.º 7/2008

de 18 de Fevereiro

A situação de dependência energética de Cabo Verde e a sua vulnerabilidade face às constantes oscilações do mercado com os consequentes efeitos no bem-estar das populações e bem assim na economia e na competitividade do país têm constituído uma preocupação constante do Governo.

Ora, a contribuição das energias renováveis, mormente a solar e a eólica, para o sector, apesar do potencial considerável existente no país, continua muito limitada, pelo que impõe-se apostar no incremento da utilização dessas formas de energia para reduzir a dependência externa em matéria de energia e, a um tempo, contribuir para a preservação do meio ambiente.

Nessa medida faz parte do Programa do Governo o objectivo de aumentar a utilização de energias renováveis e concretamente aumentar a participação da energia eléctrica gerada por parques eólicos de forma a atingir-se os 25% de taxa de penetração da electro-eólica nas redes. O Governo pretende ainda atingir a meta de 2 % de energia solar no balanço energético para o ano 2010.

Na verdade, o aproveitamento da energia eólica é uma das formas de produção de electricidade a partir de fontes renováveis mais interessantes e promissoras a nível nacional. Uma das vantagens que apresenta a energia eólica é o facto de ser uma fonte abundante, limpa, segura e fiável de produção de energia eléctrica. Outra das suas vantagens em relação à produção de energia a partir da queima de combustíveis fósseis é a redução da poluição ambiental, sobretudo a atmosférica. Para além das vantagens apontadas, o recurso à energia eólica utiliza e valoriza os recursos locais, contribuindo para a diminuição das necessidades do País no que concerne à importação de combustíveis fósseis.

A mobilização de parcerias e investimento para o crescimento do sector é um factor imprescindível para a concretização e implementação de projectos na área das energias renováveis pelo que tem o Governo, atento o interesse público na satisfação de uma necessidade impreterível, procurado no exterior o investimento necessário, na medida em que exige avultados recursos e conhecimentos especializados, demanda cujo sucesso surgiu através de parceiro internacional especialmente vocacionado para as parcerias público privadas.

A InfraCo Limited é um dos instrumentos criados pelo Grupo de Desenvolvimento de Infra-estruturas Privadas (PIDG) – constituído pelas Agências de Desenvolvimento dos Países Baixos, Suécia, Suíça e Reino Unido – e tem por objectivo promover e financiar os investimentos privados e os resultantes de parcerias Público-Privadas nos países em desenvolvimento, através de projectos que desenvolvem e estruturam as oportunidades de investimentos privadas.

Entendeu o Governo de Cabo Verde face à necessidade vital de diminuir num prazo curto a situação de dependência energética do país que, efectivamente, a melhor via para o desenvolvimento do projecto de energia eólica,

na medida em que exige avulta-dos recursos e conhecimentos especializados, seria através de uma parceria Público-Privadas (PPP), associando-se, para o efeito, à Electra e a um parceiro de desenvolvimento com experiência sedimentada na área e capacidade adequadas para esse fim.

Assim, o Governo assinou com a InfraCo Limited Limited e a Electra um memorando de entendimento, onde constam os termos e as condições de cada uma das partes para a realização desse Projecto de Energia Eléctrica.

Neste enquadramento, o presente diploma tem como objectivo definir os principais contornos dessa parceria Público-Privadas entre o Estado de Cabo Verde, a Electra e a InfraCo Limited para o desenvolvimento do Projecto de Energia Eólica que consiste no desenvolvimento, financiamento, construção, propriedade e na operação de parques eólicos na Cidade da Praia, Cidade do Mindelo, Sal e estando o de Boa Vista ainda em fase de estudo.

Sendo certo que, tendo em conta a grave crise energética que o País tem enfrentado, esse projecto é de relevante interesse público (dadas as muitas lacunas que iria colmatar em termos de fornecimento ao público de energia eléctrica), assumindo carácter de urgência a respectiva implementação.

Nestes termos,

No uso da faculdade conferida pela alínea a) do n.º 2 do artigo 203.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

O presente diploma regula o estabelecimento da parceria Público-Privada entre o Estado de Cabo Verde, a Electra e a InfraCo Limited, no Projecto de Energia Eólica para o desenvolvimento, financiamento, construção, propriedade e na operação de parques eólicos na Cidade da Praia, Cidade do Mindelo, Sal e ainda Boa Vista.

Artigo 2.º

Autorização

1. São conferidos ao Ministro da Economia, Crescimento e Competitividade os poderes bastantes para representar o Governo conjuntamente com a Empresa de Electricidade e Água – Electra, S.A. e a InfraCo Limited Limited (InfraCo Limited) no desenvolvimento de um Projecto de Energia Eólica, em regime de parceria Público-Privadas e para a prática de todos os actos necessários à sua concretização designadamente, a assinatura dos pertinentes acordos ou contratos, acordos para-sociais, a promoção e a assinatura do contrato da sociedade comercial prevista no artigo 4.º, a assinatura de contrato de sociedade.

2. Os poderes conferidos ao Ministro da Economia, Crescimento e Competitividade nos termos do número anterior podem ser delegados no pessoal dirigente de nível IV do seu ministério.

Artigo 3.º

Projecto e respectivas actividades

1. O Projecto de Energia Eólica referido no artigo 1.º, e adiante designado Projecto, consiste:

- a) No desenvolvimento, financiamento, construção, propriedade e operação de um parque eólico com capacidade nominal aproximada de

8.5MW, com localização prevista em Monte Filipe, 8km a norte da Cidade da Praia, Ilha de Santiago;

- b) No desenvolvimento, financiamento, construção, propriedade e operação de um par-que eólico com capacidade nominal aproximada de 6.0MW, com localização prevista em Selada Flamengo, Ilha de São Vicente;
- c) No desenvolvimento, financiamento, construção, propriedade e na operação de um parque eólico com a capacidade nominal aproximada de 8.0MW, com localização prevista em Palmeiras, Ilha do Sal;
- d) No desenvolvimento, financiamento, construção, propriedade e operação de um par-que eólico com a capacidade nominal sujeita aos resultados positivos dos estudos complementares, a ser localizado na Ilha de Boa Vista ou no local alternativo recomendado pelos estudos técnicos; e
- e) Na inter conexão à rede de Média Tensão (“MT”), dos parques eólicos de Boa Vista, Mindelo, Praia e Sal.

2. O desenvolvimento do Projecto compreende as seguintes actividades:

- a) Definição das especificações técnicas finais e do desenho do Projecto;
- b) Negociação de um contrato financiável do tipo “chave na mão” para a engenharia, procura/selecção e construção do Projecto por um preço fixo;
- c) Negociação dos termos e condições de um acordo para a venda à Electra da energia disponível do Projecto;
- d) Negociação dos termos e condições de um acordo financiável para a inter conexão do Projecto à rede da Electra;
- e) Obtenção de financiamento através de entradas no capital social e empréstimos para o Projecto com base numa estrutura de financiamento de projecto (“project finance”) com recursos limitados;
- f) Garantia da obtenção de todas as licenças necessárias para a construção e execução do Projecto;
- g) Prestação das necessárias garantias aos investidores e instituições financiadoras;
- h) Assegurar todos os locais para o funcionamento do Projecto através de contratos de compra e venda ou outros tipos de contrato aplicáveis.

Artigo 4º

Sociedade

1. Para a concretização do Projecto deve ser constituída uma sociedade anónima que tem como objecto específico a concepção, o desenvolvimento, o financiamento, a construção, a propriedade, operação e gestão do Projecto, bem como a venda à Electra de toda a capacidade de energia e serviços auxiliares que a empresa seja capaz de produzir.

2. O Estado poderá participar na sociedade referida no número anterior, caso em que a sua representação é

assegurada pelo Governo através do Ministro da Economia, Crescimento e Competitividade, o qual pode delegar essas funções nos termos do n.º 2 do artigo 2º.

3. Os estatutos da sociedade são aprovados por despacho do Ministro da Economia, Crescimento e Competitividade.

Artigo 5º

Subscrição de acções do Estado

Em execução do disposto no artigo anterior, o Estado de Cabo Verde pode subscrever acções correspondentes até 15% do capital social da sociedade.

Artigo 6º

Acordo para-social

Os sócios da sociedade celebrarão, nos termos da legislação comercial, um acordo para-social, cujo texto é publicado no *Boletim Oficial*, destinado a regular determinados aspectos da vida societária designadamente, as responsabilidades de cada um dos sócios, a composição, a estrutura de gestão, a desistência das partes do projecto e mecanismos de resolução de litígios.

Artigo 7º

Obrigações do Estado

Para a concretização e execução do Projecto de Energia Eólica e, observadas as normas legalmente aplicáveis, o Governo compromete-se, designadamente:

- a) A conceder em tempo útil as necessárias autorizações governamentais, licenças e alvarás;
- b) A fornecer todas as informações e documentos que detém sobre o Projecto designadamente, estudos de viabilidade, engenharia preliminar, avaliações ambientais, propostas, acordos, consultorias efectuadas e documentos similares;
- c) A garantir o acesso dos outros parceiros aos seus consultores ou funcionários;
- d) A transferir para a sociedade a constituir os bens afectos aos parques actualmente existentes, designadamente as instalações de Energia Eólica.

Artigo 8º

Investidores

1. Compete à InfraCo Limited, mobilizar os recursos necessários ao financiamento e construção do Projecto.

2. A InfraCo Limited, pode alienar a sua participação ou parte dela a investidores privados desde que estes preencham os seguintes requisitos:

- a) Capacidade para fornecer fundos em condições atractivas para o Projecto;
- b) Solidez financeira demonstrada e uma boa reputação.

Artigo 9º

Acompanhamento global do projecto

Aos Ministros da Economia Crescimento e Competitividade e das Finanças e Administração Pública incumbe o acompanhamento global desse projecto, podendo delegar nos termos do n.º 2 do artigo 2º.

Artigo 10º

Gestão operacional do Projecto

A gestão dos aspectos comerciais, operacionais, financeiros e técnicos do Projecto compete à InfraCo Limited.

Artigo 11º

Comissão Directiva do Projecto

1. Enquanto não for constituída a sociedade referida no artigo 3º é designada uma Comissão Directiva do Projecto que tem por missão o acompanhamento do desenvolvimento do Projecto, incumbindo-lhe especialmente:

- a) A aprovação e monitorização do orçamento de desenvolvimento do Projecto;
- b) Avaliar os potenciais investidores do Projecto tendo em conta os critérios previstos no n.º 3 do artigo 7º.

2. A Comissão Directiva integra representantes do Estado, da Electra e da InfraCo Limited.

Artigo 12º

Regime supletivo

Para todas as matérias não especialmente reguladas no presente diploma é aplicável o regime jurídico das parcerias Público-Privadas instituído pelo Decreto-Lei n.º 46/2005, de 4 de Julho.

Artigo 13º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no dia imediato ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros.

José Maria Pereira Neves - Cristina Duarte - José Brito

Promulgado em 8 de Fevereiro de 2008.

Publique-se

O Presidente da República, PEDRO VERONA RODRIGUES PIRES

Referendado em 13 de Fevereiro de 2008.

O Primeiro-Ministro, *José Maria Pereira Neves*

Resolução n.º 5/2008

de 18 de Fevereiro

Considerando que o Serviço Nacional de Saúde, apesar dos progressos registados desde a Independência, precisa de uma reforma para continuar a responder aos múltiplos e complexos desafios do processo de desenvolvimento;

Considerando o aumento crescente das expectativas e da demanda da população para usufruir de melhores cuidados de saúde;

Considerando que a reforma do sector da saúde deve promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, melhorar o desempenho das estruturas e dos profissionais, aperfeiçoar a gestão dos recursos, assegurar a sustentabilidade financeira e elevar o nível de humanização dos serviços;

Tendo em conta a necessidade de se dotar o País de uma política de saúde que consubstancie os eixos estratégicos da reforma pretendida;

No uso da faculdade conferida pelo n.º 2 do artigo 260º da Constituição, o Governo aprova a seguinte Resolução:

Artigo 1º

É aprovada a Política Nacional de Saúde cujo texto vem anexo à presente Resolução e que dela faz parte integrante.

Artigo 2º

A presente Resolução entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Vista e aprovada em Conselho de Ministros.

José Maria Pereira Neves

Publique-se.

O Primeiro-Ministro, *José Maria Pereira Neves*

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE**SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIDI	Atenção Integral às Doenças da Infância
AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
CS	Centro de Saúde
CNDS	Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário
CPS	Cuidados Primários de Saúde
DGF	Direcção Geral de Farmácia
DGRHA	Direcção Geral Recursos Humanos e Administração
DGS	Direcção Geral da Saúde
DOTS [*]	Tratamento da Tuberculose sob Observação Directa
GEPC	Gabinete de Estudos Planeamento e Cooperação
HAN	Hospital Agostinho Neto
HBS	Hospital Baptista de Sousa
HC	Hospital Central
HR	Hospital Regional
INE	Instituto Nacional de Estatísticas
IST	Infecções transmitidas por via sexual
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LN	Lista Nacional de Medicamentos
MES	Ministro de Estado e da Saúde
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
PET	Positron Emission Tomography
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PIB	Produto Interno Bruto
PMI/PF	Protecção Materno-infantil/Planeamento familiar
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNS	Política Nacional de Saúde
PS	Posto Sanitário
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Severa
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço/Sistema Nacional de Saúde
SR	Programa de Saúde Reprodutiva
TBM	Taxa Bruta de Mortalidade
TBN	Taxa Bruta de Natalidade
TAC	Tomografia Axial Computorizada
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USB	Unidade Sanitária de Base
VIH/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/SIDA

[*] – Directly Observed Treatment, Short Course

PREÂMBULO

O Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde conseguiu avanços significativos nos 30 anos de independência do País, tendo cumprido a sua missão de promover o bem-estar físico, mental e social das populações e garantir cuidados de saúde a todo o cabo-verdiano.

A evolução positiva dos indicadores de saúde testemunha os ganhos conseguidos, colocando Cabo Verde numa posição invejável na nossa sub-região e contribuindo para a nossa graduação a país de desenvolvimento médio.

Não obstante os progressos assinalados, o Serviço Nacional de Saúde experimenta certas dificuldades, decorrentes dos novos desafios inerentes às mudanças registadas no perfil epidemiológico do país, às crescentes expectativas dos cabo-verdianos em matéria de saúde, bem assim à insuficiência de recursos para fazer face às demandas do sector, bem assim, às crescentes expectativas dos cabo-verdianos em matéria de saúde.

A complexidade de tais desafios coloca a premente necessidade de medidas inadiáveis, consubstanciadas num programa de reforma que permita a melhoria do desempenho do sector da saúde, para uma maior satisfação das necessidades da população. O sentido dessa reforma é reorientar o sector para que este vença as dificuldades actuais e continue a ser um instrumento do desenvolvimento de Cabo Verde.

Entre outros objectivos, a reforma do sector da saúde, pretende promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde, melhorar o desempenho das estruturas e dos profissionais, melhorar a gestão dos recursos humanos, assegurar a sustentabilidade financeira, elevar o nível de humanização dos serviços com particular ênfase no atendimento. Numa palavra, o objectivo maior da reforma é ganhar a batalha da qualidade e satisfazer as necessidades dos utentes.

É com essa preocupação de fundo que o Governo elaborou, com base num diagnóstico da situação do sector, a Política Nacional de Saúde (PNS), documento que sintetiza a visão comum dos cabo-verdianos no que concerne à configuração do sector no horizonte 2020.

O documento representa o quadro de referência para os diversos actores envolvidos e constitui um compromisso explícito dos vários sectores do Estado para a concretização da mencionada reforma. A sua realização deve ser assumida e interiorizada pelos diferentes actores – profissionais de saúde, utentes, instituições do Estado, sector privado, etc. – condição primeira para a sua efectivação.

O processo de elaboração da Política Nacional de Saúde teve em devida conta esse desiderato. Desde o início a participação dos diferentes segmentos da sociedade cabo-verdiana foi assegurada, através de discussões públicas em todas as ilhas e praticamente em todos os concelhos do país, congregando opiniões de profissionais de saúde, autarcas, representantes de associações, confissões religiosas, forças vivas.

A validação do PNS por uma instância alargada de responsáveis do Ministério da Saúde e posterior apreciação do documento pelo Conselho Nacional Saúde que precederam a sua aprovação final pelo Conselho de Ministros asseguram o consenso da sociedade em torno da Política Nacional de Saúde e da vontade comum em criar as condições para que todos os cabo-verdianos possam usufruir de mais e melhor saúde.

I. INTRODUÇÃO

Na sub-região da África ocidental, Cabo Verde está entre os países com melhores indicadores de estado de saúde da população, graças a um esforço perseverante levado a cabo desde a independência, com a criação de infra-estruturas, a formação de quadros, a organização de serviços, a disponibilização criteriosa de recursos e uma legislação que suporta a institucionalização do sistema de saúde.

Num país insular, pequeno e com poucos recursos financeiros, não foi fácil chegar a esse nível de realização. O carácter montanhoso da maioria das ilhas, a exiguidade da população e a dispersão das comunidades rurais em localidades isoladas, por vezes de difícil acesso, acrescido da inadequação dos meios de transporte de massa, marítimos sobretudo, aumentou as dificuldades na busca de soluções aos problemas de saúde dos cidadãos.

No entanto, os cabo-verdianos continuam insatisfeitos com o desempenho do Serviço Nacional de Saúde [SNS] [1], com as condições de atendimento nas instituições públicas dos diferentes níveis e com a qualidade e eficácia dos cuidados prestados.

É nesse contexto que o Estado se propôs formular uma Política Nacional de Saúde [PNS], destinada a definir um novo quadro de referência para responder adequadamente às necessidades e às expectativas dos utentes do SNS, como factor incontornável do desenvolvimento social e económico do país.

O documento que dá forma à PNS indica claramente a visão do desenvolvimento sanitário, a finalidade que se pretende atingir com o SNS, os seus princípios orientadores e as prioridades a médio e longo prazos, e serve de referência à organização do SNS, aos seus objectivos, estratégias e planos de desenvolvimento.

A formulação da Política baseia-se no conhecimento o mais exacto possível das necessidades de saúde da população, dos problemas de gestão do sector da saúde e no envolvimento dum número representativo de actores pertinentes e na importância devida aos determinantes de saúde específicos do País.

Pretende, ainda responder adequadamente às expectativas da população em matéria de serviços e de cuidados a prestar; rever as condições dum novo equilíbrio para a sustentabilidade financeira dos serviços de saúde e definir o quadro de parcerias para clarificação do papel dos diversos intervenientes.

Procura também ajustar-se à Agenda de Transformação do país, para responder à dinâmica do processo de desenvolvimento económico e social assim como ao incremento da população flutuante ligado ao turismo e à imigração.

A PNS, para além de explicitar os valores e princípios, incorpora estratégias a longo prazo e directrizes que

[1] - Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde. Lei n.º 41/VI/2004 de 5 de Abril.

orientam a execução de políticas parcelares, nomeadamente de organização e gestão do sector, de prestação de cuidados, de desenvolvimento dos recursos humanos, de financiamento do sector da saúde, de medicamentos, de informação sanitária, da rede de estruturas sanitárias e de relacionamento com outros sectores.

Com a implementação duma política nacional de saúde e o reforço dos mecanismos de informação, acompanhamento, análise e avaliação do estado sanitário do país, o Ministério da Saúde e o Estado de Cabo Verde, no geral, terão aumentado a sua capacidade institucional para assumir os grandes desafios técnicos e políticos para dar continuidade às acções consideradas necessárias à saúde dos cabo-verdianos.

II. PRIORIDADES E NECESSIDADES DE SAÚDE

As necessidades de saúde da população cabo-verdiana^[2], face à transição demográfica e epidemiológica e aos problemas que o serviço nacional de saúde enfrenta, sobretudo tendo em conta as limitações socio-económicas, exigem a formulação duma política capaz de equacionar as prioridades nesse domínio.

II. 1 PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

O perfil epidemiológico de Cabo Verde, em fase de transição, mostra que as doenças não transmissíveis tendem a superar, em frequência e gravidade, as doenças infecto-contagiosas, representando novos desafios para o Serviço Nacional de Saúde^[3].

As taxas de mortalidade indicam um recuo progressivo, situando-se, em 2006 em 5,4 por mil para a mortalidade geral; em 21,5 por mil nados vivos para a mortalidade infantil, em 24,8 por mil para a mortalidade entre os menores de 5 anos e em 25,6 por mil nascimentos vivos para a mortalidade perinatal. A mortalidade materna, com valores anuais oscilantes entre 5 e 11 óbitos, registou a taxa média, nos últimos cinco anos, de 25,4 por cem mil nascidos vivos.

A tuberculose, com taxas de incidência relativamente elevadas, à volta de 60 por cem mil habitantes^[4], embora aquém dos 150 teoricamente previsíveis pela OMS, constitui ainda um problema de saúde da população, sobretudo pela influência da epidemia do VIH/SIDA.

A lepra, que teve uma expressão relativamente importante no passado e em algumas ilhas, tendo-se assinalado “uma prevalência à volta de 1200 casos nos finais dos anos setenta” chegou a uma situação “de eliminação como problema de saúde pública”, apesar de alguns casos remanescentes.

As infecções respiratórias agudas, e as doenças diarreicas agudas apresentam ainda uma frequência elevada, e a sua importância deriva, sobretudo, da repercussão na morbi-mortalidade entre as crianças.

A infecção pelo VIH/SIDA é outro problema de saúde pública em Cabo Verde, tendo sido considerada como “uma epidemia generalizada, de fraca prevalência”, à volta dos 0,52% em 2005. Dos 1.500 casos registados até Dezembro 2004, 800 evoluíram para o estágio de doença, resultando em óbitos em mais de 50%.

As doenças preveníveis pela vacinação deixaram de constituir preocupação de saúde pública. Houve, desde a independência, duas epidemias de poliomielite, uma em 1986 e outra no ano 2000, não se tendo notificado mais caso algum desde então. A última epidemia de sarampo foi assinalada em 1997 [8.584 casos]. A coqueluche manifesta-se em surtos esporádicos e difteria desapareceu, de há muito, dos boletins nosológicos de Cabo Verde.

O paludismo é de baixa endemicidade, ocorrendo predominantemente na Ilha de Santiago, tendo-se registado na última década menos de cem casos por ano, entre autóctones e importados. As taxas de incidência variaram entre 0,1‰ em 1997 e 0,16‰ no ano 2006. No entanto, projectos em curso de melhoria das bacias hidrográficas, como a construção de barragens, podem trazer novos riscos no controlo desta doença.

Embora exista em certas ilhas o *Aedes aegypti*, vector da febre-amarela, nenhum caso foi notificado no país desde a independência.

A última epidemia de cólera em Cabo Verde teve lugar em 1995 com 12.955 casos.

Estudos da década passada, sobre certas doenças não transmissíveis, dão um panorama, ainda que incompleto, da sua frequência.

Um inquérito transversal sobre a prevalência da cegueira^[5], realizado em 1998, revelou a existência de mais de 3.000 invisuais [0,76% da população] e de mais de 15.000 pessoas em risco, por uma baixa da visão bilateral ou mesmo perda de visão unilateral. Entre as causas, a catarata dita senil, ocupa o 1º lugar, o glaucoma de ângulo aberto posiciona-se em 2º lugar e as opacidades da córnea não tracomatosas e as retinopatias vasculares estão em 3º lugar.

A saúde buco-dentária, revelou-se um problema importante de saúde pública, quer porque a cárie dentária é disseminada, sobretudo entre as crianças em idade escolar, quer pela elevada “prevalência das periodontopatias, afectando quase todos os grupos etários e camadas sociais” sem contar, obviamente, com manifestações orais de doenças sistémicas e traumatismos maxilo-faciais^[6].

O primeiro estudo epidemiológico das doenças alérgicas realizado nas ilhas de Sal em 1993 e S. Vicente, em 1994^[7] revelou uma prevalência da atopia entre 6% a 11,9% e de asma em torno de 11%, entre crianças de idade escolar.

[2] – Ler “Política Nacional de Saúde. Diagnóstico da Situação”. Ministério da Saúde. Maio 2005/Maio 2006.

[3] – Indicadores de saúde in “Plano Nacional de Desenvolvimento 2002 – 2005” GEP. Ministério da Saúde

[4] – Programa Nacional de Tuberculose e Lepra. Dezembro 2004.

[5] – Inquérito Nacional de prevalência e causas de De ciências visuais. Monteiro, M LS; Inocêncio, F; Shemann, J-F; Ministério da Saúde. Divisão de Epidemiologia e Investigação. Praia 1998

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

[7] – Epidemiologia das doenças alérgicas em Cabo Verde. Maria do Céu Teixeira. Maio 2005.

Um “Levantamento Estatístico e Estudo Epidemiológico dos Transtornos Mentais em Cabo Verde nos anos 1988 e 1989” [8] apontou para as perturbações da saúde mental, uma prevalência de 4,3 por 1.000 habitantes, sobretudo entre a população de 21 a 40 anos, configurando-se como um problema de saúde pública.

Dois inquéritos transversais sobre a toxicodependência entre adolescentes no ensino secundário, realizado um em 1998 em S. Vicente e outro, mais abrangente, em 2005 [9], indicam que as drogas lícitas [tabaco, álcool, tranquilizantes, etc.] são as mais consumidas. Entre as ilícitas a “padjinha” ocupa o primeiro lugar, enquanto que o uso de outras é muito pouco frequente.

Mais situações de doenças não transmissíveis, de que não se fizeram ainda estudos epidemiológicos, têm um peso considerável na nosologia dos hospitais, constituindo desafios a tomar em consideração. Contam-se entre elas as doenças cardiovasculares incluindo a hipertensão arterial e os acidentes vasculares cerebrais, os tumores, a insuficiência renal crónica, a diabetes, os traumatismos.

A situação alimentar e nutricional constitui uma preocupação do Serviço Nacional de Saúde, a resolver com a definição das intervenções indispensáveis no quadro duma acção intersectorial. Alguns estudos [10] apontam uma situação nutricional entre crianças menores de cinco anos, sobretudo em relação à forma crónica que diminui dois pontos percentuais entre 1994 e 2002, enquanto que a forma aguda mostra tendência para se estabilizar em torno dos 6%.

Estudos de 1996 referentes às carências em micro nutrientes em menores de 5 anos revelaram uma prevalência da anemia ferripriva em 70% e uma hipovitaminose A em 2%. Outro estudo transversal em crianças de idade entre 6 e 12 anos, no mesmo ano, revelou uma carência de iodo ligeira em todo o país e uma prevalência de bócio endémico da ordem dos 25,5% [11]. Entre as grávidas, a anemia rondava os 42% num estudo feito em 1992.

A percentagem de crianças até 6 meses de idade que fizeram o aleitamento materno exclusivo passou de 38,9 em 1998 para 59,6 em 2005. No entanto deve ter-se em conta que o aleitamento materno não exclusivo em Cabo Verde é praticado até aos 15 meses pela grande maioria das mulheres.

II. 2 PROBLEMAS DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O SNS, a nível central, compreende os serviços e organismos que assistem o Ministro na formulação da política de saúde, no exercício da função de regulação do sistema e na avaliação do seu desempenho. Ainda a esse nível existem órgãos consultivos como o Conselho

do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Medicamentos, e órgãos sob tutela ou superintendência como o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário [CNDS], as Escolas de Enfermagem [12] e os Hospitais Centrais.

A desconcentração do SNS faz-se através das Delegacias de Saúde cuja circunscrição coincide com o Concelho ou Município, base da divisão administrativa do país. A última Lei Orgânica do Ministério da Saúde [13] prevê a criação de Regiões Sanitárias “aonde e quando possível” como entidades descentralizadas de administração de saúde reunindo um certo número de Delegacias de Saúde contíguas.

Pelo Decreto-Lei nº. 58/2006 de 26 de Dezembro, foi criada, “a Região Sanitária de Santiago Norte como estrutura desconcentrada do Ministério da Saúde,” cuja área de actividade correspondente aos municípios de Santa Catarina, Santa Cruz, São Lourenço dos Órgãos, São Miguel, São Salvador do Mundo e Tarrafal.

Em termos de instituições prestadoras de cuidados o SNS possui além dos dois hospitais centrais, três hospitais regionais, vinte e dois centros de saúde, trinta e quatro postos sanitários, cento e dezassete unidades sanitárias de base, cinco centros de saúde reprodutiva e dois centros de saúde mental. De notar-se que os cuidados de Saúde reprodutiva são prestados em todos os centros de saúde.

Ressaltam, contudo, como problemas:

- Uma deficiente organização da rede hierarquizada por níveis de prestação e por tipo de estruturas;
- Uma distorção do conteúdo funcional previsto para cada nível, conduzindo à confusão de funções e de práticas e à perda gradual da coesão do sistema;
- A população da Praia e de Mindelo, cerca de um quarto da do país, não é servida por uma rede adequada de centros de saúde de atenção primária, o que a leva a procurar esses cuidados no hospital central respectivo.
- Um sistema de referência e contra-referência deficiente por ausência de normas estruturantes;
- Ausência de uniformidade nos equipamentos e aparelhos existentes nos estabelecimentos da mesma categoria da rede, seja de cuidados primários de saúde seja hospitalar, condicionada pela sua aquisição através da ajuda internacional.

[8]- Catherine Barreau, Psicóloga clínica, José Barba, Psiquiatra. Dezembro 1990

[9] - “A Saúde e estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos frequentando o ensino secundário” de parceria entre o Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, a Faculdade da Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa e a Associação para a solidariedade e Desenvolvimento Zé Moniz

[10] - Plano Nacional de Nutrição. A. P. Delgado, A. Dupret R, F. N. Ramos, A. S. Diaz. Ministério da Saúde e Promoção Social. Praia 1996

[11] - Enquête nationale sur la carence en iode et 9la consommation du sel au Cap Vert. MSPS/OMS. Septembre 1997

[12] - Trata-se com efeito de “Cursos de Enfermagem” pois não foram institucionalizadas como Escolas.

[13] - Decreto-Lei n.º 25/2003 de 25 de Agosto.

Relativamente a recursos humanos, o rácio médico/habitantes que em 1997 era de 1/2.675 passou para 1/2.245 em 2006 e o rácio enfermeiro/habitantes evoluiu no mesmo período entre 1/1.807 e 1/1.034 [14].

A evolução do efectivo de profissionais de saúde mostra um crescimento significativo e diversificado, mas ainda insuficiente, particularmente em profissionais especializados em diversos domínios, tanto clínico como de saúde pública e de gestão, para satisfazer as necessidades do sector, dar uma resposta diferenciada aos problemas e garantir o cabal funcionamento do sistema.

Essa insuficiência, aliada ao não regresso de alguns especialistas nacionais aquando da sua formação, tem obrigado ao recurso à assistência técnica internacional.

A recente elaboração duma Política de Desenvolvimento dos Recursos Humanos [15] virá contribuir para ajustar a distribuição de quadros pelos níveis de prestação e diminuir o movimento exagerado de doentes para os hospitais, sobretudo os centrais.

II. 3 FINANCIAMENTO DA SAÚDE E PARTICIPAÇÃO NOS CUSTOS.

O sistema de saúde vigente permitiu alcançar parâmetros de cobertura e indicadores de saúde relativamente elevados, mas o SNS está a atingir os limites da sua sustentabilidade financeira. Os novos patamares de desenvolvimento do sector exigirão a incorporação de novas tecnologias em matéria de diagnóstico e intervenções extremamente dispendiosas, a que se acrescem os custos da construção das infra-estruturas sanitárias, dos equipamentos, do enquadramento com equipas técnicas adequadas e os custos operacionais, incluindo os dos medicamentos.

Por outro lado, os critérios e mecanismos da atribuição e gestão dos recursos financeiros continuam estritamente administrativos, sem relação com os dados epidemiológicos e estatísticos. Assim, a despesa per capita estimada em 72 dólares pode não ter uma tradução real nos benefícios para a saúde da população do país.

A percentagem do Orçamento Geral do Estado para a saúde anda à volta de 9% [16]. O Instituto Nacional de Previdência Social [INPS] cobre cerca de 60% da população, nomeadamente trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores da Função Pública, e o Regime de Protecção de Base cobre 7.500 pessoas de protecção social mínima e 9.400 pensionistas das FAIMO. Fica uma franja importante de população vulnerável que dificilmente pode pagar os cuidados com a sua saúde e à qual deverá continuar a ser assegurado o acesso aos serviços de saúde [17].

Assim, o desafio de manter a sustentabilidade financeira do sistema exige duas medidas simultâneas: rentabilizar a utilização dos fundos e aumentar a contribuição

das fontes de financiamento do sistema. Isso pressupõe, nomeadamente, aumentar a proporção do orçamento do Estado enquanto primeiro provedor de recursos para a saúde, aumentar o pagamento indirecto dos cuidados, e por outro lado, obter do cidadão cabo-verdiano uma comparticipação, directa ou indirecta, nos encargos com a sua saúde.

II. 4 PROBLEMAS DE COOPERAÇÃO E PARCERIA NO SECTOR SAÚDE

A experiência mostra que nem sempre se conseguiu a melhor articulação entre o Estado e os diferentes parceiros, para o aproveitamento adequado das oportunidades oferecidas pela comunidade internacional e outras parcerias para o desenvolvimento sanitário. Daí a necessidade de um reforço da capacidade nacional de negociação de acordos de cooperação e de um melhor seguimento da implementação dos diferentes projectos e programas.

Os desafios com que o país se confronta no estádio de desenvolvimento que atingiu, requerem a procura de novas formas de parceria, nomeadamente de carácter público-privado, no sector da saúde para contribuir com utilidade na Agenda de Transformação de Cabo Verde.

II. 5 SECTOR PRIVADO E O DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO

O sector privado constitui um elemento importante do SNS e tende a assumir o seu papel complementar na oferta de cuidados de saúde. Com suporte legal a partir de 1989 [18] desenvolveu-se, essencialmente na Praia e no Mindelo, pela criação de gabinetes de consultas médicas e de estomatologia, laboratórios de análises clínicas, gabinetes de fisioterapia e farmácias particulares. A quase totalidade dos profissionais do sector privado da saúde encontra-se em regime de acumulação de trabalho com os serviços públicos.

O Estado não criou ainda as condições para incentivar o desenvolvimento deste sector nem para exercer o seu papel regulador e de fiscalização. Igualmente, não se dotou dos meios necessários para o estabelecimento de convénios susceptíveis de melhorar a utilização de recursos disponíveis a fim de concretizar a desejada complementaridade entre os sectores público e privado.

É notória a escassez da articulação entre os dois sectores no tocante ao maior intercâmbio de informações, particularmente no envio de dados estatísticos e na notificação dos casos de doenças de declaração obrigatória.

Face ao aumento das expectativas dos cabo-verdianos e à dinâmica do turismo, é necessário que o sector privado da saúde se desenvolva e se afirme cada vez mais como o complemento desejado do sector público.

[14] - 487.121 habitantes; 217 Médicos e 471 Enfermeiros em 2006

[15] - Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde, Ministério da Saúde, Março de 2005

[16] - 9,8% No ano 2000; 8,7% em 2001; 8,8% em 2002; 8,0% em 2003 e 8,9% em 2004.

[17] - Spending wisely. Buying Health Services for the Poor. The World Bank 2005. Editors Alexander S. Preker, John C. Langenbrunner

[18] - Lei de Bases da Saúde n.º 62/III/89.

II.6 FACTORES FAVORECEDORES E FRAQUEZAS DO SNS

O SNS cresceu ao longo dos anos pós-independência, para atingir um patamar de qualidade e assegurar a disponibilidade de cuidados de saúde para todos, incluindo o acesso aos medicamentos essenciais e a prestação de cuidados gratuitos para grupos específicos, nomeadamente mães, crianças e doentes crónicos.

A desejada reforma do SNS e a sua adequação à Agenda de Transformação do país, constituem desafios face à carência de recursos para suportar os custos crescentes do desenvolvimento e da necessária expansão do sistema.

Entre os aspectos positivos nos sectores afins destacam-se as elevadas taxas de escolarização e alfabetização e a larga predominância do género feminino não só na população escolar como entre os docentes, condições essenciais para o reforço da protecção e promoção da saúde bem como da prevenção e combate à doença. A diminuição progressiva do crescimento da população pode representar uma vantagem, a longo termo.

A expansão progressiva e a diversificação da formação profissional, a existência de institutos de formação superior e a criação recente da Universidade pública de Cabo Verde são oportunidades para o desenvolvimento do sector da saúde.

A importância cada vez maior do turismo enquanto factor de desenvolvimento económico de Cabo Verde, representa uma oportunidade de investimentos no sector da saúde por um lado e um estímulo para a busca do nível de excelência na qualidade dos cuidados e da diversidade na criação de serviços.

No entanto, há várias fraquezas que devem ser sublinhadas pela importância que têm, para se lhes dar a prioridade que merecem na proposta da Política Nacional de Saúde e que desafiam o processo em curso:

- Incidência ainda importante das doenças transmissíveis e os riscos de agravamento da prevalência de algumas delas, nomeadamente da infecção VIH/SIDA, em consequência do incremento de uma população flutuante particularmente de turistas e imigrantes.
- Tendência crescente do peso das doenças não transmissíveis no estado de saúde das populações, sobretudo relativa a:
 - Doenças do foro cardiovascular, com tónica sobre a hipertensão arterial, os acidentes vasculares cerebrais e as doenças isquémicas do miocárdio;
 - Doenças metabólicas como diabetes e suas complicações, incluindo as renais;
 - Doenças degenerativas do foro oftalmológico, com tónica sobre as cataratas;
 - Tumores, nomeadamente do foro ginecológico;
 - Traumatismos e suas sequelas, sobretudo por acidentes rodoviários;
 - Cardiopatias reumáticas e congénitas, objecto frequente de evacuações para o exterior.

- Evacuações sanitárias inter-ilhas e para o exterior do país como uma prestação de cuidados de saúde, mas com um peso social e financeiro grandes.
- Factores respeitantes ao desempenho do Serviço Nacional de Saúde:
 - A ainda deficiente qualidade da prestação de cuidados em atenção primária;
 - A sobrecarga dos hospitais centrais com cuidados de atenção primária por não respeito da hierarquia entre os diversos níveis da pirâmide sanitária;
 - Os gastos exagerados, a prescrição nem sempre criteriosa e as frequentes rupturas de stocks de medicamentos, a maioria dos quais dispensada gratuitamente nos estabelecimentos públicos de saúde;
 - A inadequação quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde;
 - A falta de confiança de uma parte da população em certas instituições de saúde;
 - O mau atendimento dos utentes por parte de alguns profissionais da saúde;
 - Os imperativos e limites da descentralização;
 - O subsistema de informação sanitária deficiente, com fraca contribuição para a gestão operacional do SNS.
 - A indefinição das fronteiras entre o sector público e o privado e a ausência de convénios estabelecendo as bases da cooperação entre os dois para materialização da complementaridade.
- Factores relativos aos recursos da saúde:
 - O efectivo dos recursos humanos é dominado por médicos e enfermeiros gerais pouco diferenciados;
 - A insuficiência de recursos humanos em outras áreas, nomeadamente de farmacêuticos, biólogos, nutricionistas, técnicos de laboratório e sobretudo de administradores de saúde;
 - O comprometimento da sustentabilidade financeira do sistema pela insuficiência dos recursos e a fraca participação dos utentes;
 - A insuficiente coordenação da cooperação em matéria de saúde;
 - A disparidade de tipos de aparelhos e equipamentos nas diversas instituições e a fraca capacidade de manutenção dos mesmos.
- Factores ligados aos sectores afins da saúde:
 - O ritmo acelerado da urbanização do país e a pressão consequente sobre os equipamentos sociais;
 - A percentagem crescente da população com 60 anos e mais, hoje perto dos 7%;

- A proporção relativamente importante da população a viver na pobreza [36,7%], entre os quais 20,5% na extrema pobreza [19];
- A insuficiência do abastecimento da água e as deficiências do saneamento básico;
- A insuficiência e irregularidade dos meios de transportes entre as ilhas, particularmente os marítimos.

Os problemas acima mencionados e as tendências que parecem desenhar-se à volta dos mesmos, serão tomados em consideração para apresentar os três cenários alternativos, possíveis, na busca da visão do sistema nacional de saúde mais adequado para Cabo Verde nos próximos quinze anos.

III. DETERMINANTES DE SAÚDE

Entre os factores que determinam o estado de saúde da população cabo-verdiana e condicionam o desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde destacam-se:

Factores políticos e institucionais

A vontade política sempre manifesta de considerar a saúde como uma prioridade e um factor do desenvolvimento, constitui um dado positivo importante. Contudo, insuficiências na coordenação e colaboração intersectoriais e no financiamento do sector têm entravado a execução de programas de desenvolvimento, em geral, e de programas de saúde em particular.

Cabo Verde está dividido administrativamente em concelhos ou municípios, onde estão implantados os órgãos desconcentrados do SNS. A exiguidade das populações da quase totalidade dos municípios levou a configurar a ideia de região sanitária para materialização do conceito de distrito sanitário da OMS e garantia do processo de descentralização do sistema previsto na reforma, em curso, do sector.

Factores socio culturais

A importância da Educação como factor determinante e também condicionante advém do facto de a educação constituir um investimento para produzir dividendos a longo prazo. A evolução da Educação em Cabo Verde revela progressos importantes, atingindo, no ano lectivo 2004/2005 uma taxa líquida de escolarização básica de 96,5%; taxa líquida de escolarização secundária de 58,5% e uma taxa de analfabetismo de 19% de acordo com dados do INE de 2005. Em 2006 o Orçamento de Estado para as despesas da Educação atingiu cerca de 22%, dos quais 42,5% para o Ensino Básico, incluindo o Pré-escolar, e 33,6% para o Ensino Secundário. De notar que em Cabo Verde a população escolar é equilibrada em termos de paridade de género, à excepção do pessoal docente onde se denota a predominância do sexo feminino no ensino básico[20].

Factores socio económicos

A República de Cabo Verde é um país pobre em recursos naturais, com uma produção agrícola insuficiente para satisfazer as necessidades alimentares da sua população. A contribuição mais importante para o PIB vem do sector terciário ou de serviços com 70%, em 2005, dos quais 40% proveniente do sector turístico[21].

A pobreza ocupa um lugar importante entre os factores determinantes e condicionantes do nível de saúde, tendo em conta as suas múltiplas causas e manifestações ligadas à alimentação, habitação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, rendimento, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. A proporção da população a viver na pobreza vem-se reduzindo mas os cabo-verdianos que vivem com menos de um dólar por dia é ainda elevado como indicado acima. No entanto este grupo da população tem acesso gratuito aos cuidados de saúde.

Factores ambientais e geográficos

Pelas suas características geográficas e climáticas, Cabo Verde é permanentemente confrontado com um grave défice de recursos hídricos com efeitos críticos sobre o abastecimento de água, a produção alimentar e o saneamento básico. Em certas ilhas e nos centros urbanos mais populosos de Mindelo e Praia, o aprovisionamento regular de água potável é assegurado pela dessalinização da água do mar. Segundo o QUIBB-CV 2006, a proporção de agregados familiares ligados à rede pública de água (39%) está ainda muito aquém da meta fixada para 2006, no Documento de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza que é de 60%.

No que concerne ao saneamento básico, em 2006, apenas 30% das famílias declararam evacuar as águas residuais através de fossa séptica ou de rede de esgotos, ou seja 70% dão destino impróprio às águas residuais. Mesmo no meio urbano apenas 54% das famílias declararam evacuar de forma correcta as águas residuais, embora a grande maioria (69%) tenha casa de banho com retrete ou seja, tem ligação a fossa séptica ou à rede de esgotos.

O facto de Cabo Verde ser um arquipélago condiciona o desenvolvimento do SNS e das respostas aos problemas do sector, acarretando custos extremamente elevados. Isola populações e a sua dispersão em localidades remotas e de difícil acesso interfere com a organização e prestação de cuidados de qualidade. Por outro, exige a existência de boas estradas e de meios de transportes aéreos e marítimos regulares e economicamente acessíveis à maioria das populações, como elementos fundamentais para o acesso às instituições de saúde e a evacuação rápida e segura de pacientes.

Deve assinalar-se, que sobre um fundo de seca persistente, há por vezes catástrofes provocadas por chuvas abundantes com inundações, perdas de vidas humanas e prejuízos graves na agricultura.

[19] - A Dinâmica da Pobreza em Cabo Verde. INE. Banco Mundial. 2005. Ver também Cartogra a da Pobreza, Outubro 2005.

[20] - Principais indicadores de Educação – Cabo Verde – Ano lectivo 2003/2004. MEVRH

[21] – Relatório anual 2005. Banco de Cabo Verde

Ainda, a origem vulcânica do arquipélago, a existência de um vulcão activo embora com longos períodos de acalmia [22] e a frequência de abalos sísmicos nas ilhas de Fogo e Brava, constituem riscos de catástrofes naturais a tomar em conta.

IV. CENÁRIOS DE DESENVOLVIMENTO DO SNS EM CABO VERDE

As linhas de força e as fraquezas dominantes no Serviço Nacional de Saúde relevadas na análise da situação e as tendências relativas de um certo número de factores favorecedores e condicionantes do desempenho do mesmo, assim como os indicadores essenciais do estado de saúde das populações, permitem formular três cenários possíveis de evolução [23] enquanto diferentes “histórias consistentes, lógicas e credíveis que podem perfeitamente acontecer no futuro”, baseados em três factores principais: i) O desenvolvimento socio-económico e o envelhecimento da população; ii) A sustentabilidade financeira do sector saúde e iii) A organização e oferta de cuidados.

Entre os cenários retidos escolheu-se o segundo, considerado o mais realista, para a formulação da visão que sirva de fio condutor ao desenvolvimento do SNS no horizonte 2020.

IV.1 PRIMEIRO CENÁRIO: PERMANÊNCIA DO ESTADO ACTUAL

- Desenvolvimento socioeconómico moderado e peso demográfico crescente
 - Estabilidade política e consolidação da democracia em progresso;
 - Desemprego e pobreza estacionários nos níveis actuais;
 - Indicadores de mortalidade, geral [5,4‰], de mortalidade infantil [21,5‰] e de mortalidade materna [36,9‰] [24] estacionários, embora nos níveis baixos actuais;
 - Progressão do peso demográfico da terceira idade e consequente aumento dos custos sociais e das doenças degenerativas, entre outras;
 - Incremento da população flutuante devido ao turismo e à imigração, com consequente demanda de cuidados diferenciados.
- Dificil sustentabilidade financeira do sistema
 - Estagnação do Orçamento do Estado para a Saúde nos níveis actuais [8,9% do OGE e 1,94 do PIB, em 2005]: i) atribuições para investimentos insuficientes para o equipamento de novos estabelecimentos de saúde, e o recurso às novas tecnologias ii) orçamento de funcionamento do sector público não permitindo recrutamentos além dos médicos, enfermeiros e poucos técnicos mais;

- Cobertura das despesas com a saúde estacionária por parte das entidades de previdência social e seguradoras: O INPS dificilmente consegue responder aos custos de saúde com os trabalhadores inscritos nos regimes da Previdência Social e da Função Pública; os trabalhadores do sector informal não possuem um regime de segurança social e o Centro Nacional de Pensões para os beneficiários da Solidariedade Social não responde eficazmente; As companhias de seguros de Cabo Verde não conseguem generalizar o seguro/doença.

- Fraca comparticipação dos utentes nos custos da saúde: largas camadas da população isentas por lei do pagamento dos cuidados; custos dos cuidados não determinados e sistema de cobrança inexistente ou quase; ausência dum sistema de facturação das prestações.

- Elevado nível de consumo dos serviços de saúde, induzidos em grande parte pelo pessoal médico; progressão descontrolada nas despesas com exames complementares, medicamentos e acessórios.

- Organização e oferta de cuidados de saúde com dificuldades em melhorar o atendimento dos utentes nos estabelecimentos públicos

- Tímida descentralização da gestão e da prestação de cuidados de saúde para os níveis municipal e regional e da participação dos órgãos locais [Comissões Municipais de Saúde e Conselhos Consultivos das Regiões Sanitárias].

- Peso das doenças transmissíveis, incluindo SIDA, estacionário; progressão contínua da prevalência das doenças não transmissíveis tais como neoplasias, diabetes, doenças cardiovasculares e traumatismos;

- Serviço de atendimento de doenças cancerígenas, com tónica sobre as neoplasias do foro ginecológico, a funcionar nos hospitais centrais. Não se consegue ainda criar um centro de hemodiálise em Cabo Verde.

- Progressão lenta do processo de especialização dos profissionais de saúde;

- Aumento descontrolado das infra-estruturas, com a criação de novos Municípios;

- Sector privado da saúde em expansão ainda lenta, mal desempenhando o papel de complemento útil do sector público.

IV.2 SEGUNDO CENÁRIO: EVOLUÇÃO POSITIVA DOS DETERMINANTES DA SAÚDE

- Desenvolvimento socio-económico acelerado e peso demográfico crescente

- Estabilidade política; consolidação da democracia em franco progresso;

[22] – A última erupção do Vulcão da Ilha do Fogo teve lugar em 1995

[23] - Perspective en santé : le développement sanitaire sur la base de scénarios. Bureau Regional de l'OMS pour l'Afrique. Brazzaville 2000.

[24] – Relatório Estatístico 2006. Ministério da Saúde. GEPC. Praia 2007.

- Consolidação do desenvolvimento socio-económico com investimentos públicos e privados a contribuírem para a redução das taxas do desemprego e dos níveis da pobreza;
 - Indicadores de mortalidade geral, de mortalidade infantil e de mortalidade materna com tendência para baixar, lenta mas progressivamente;
 - Aumento do peso demográfico da terceira idade e consequente agravamento dos custos sociais e das doenças degenerativas, entre outras;
 - Incremento da população flutuante devido ao turismo e à imigração, com consequente demanda de cuidados diferenciados.
- Sustentabilidade financeira do sistema assegurada
 - Aumento progressivo e sustentado do Orçamento do Estado para a Saúde superior a 10% do OGE: i) As atribuições financeiras para investimentos são suficientes para a melhoria e renovação do equipamento dos estabelecimentos de saúde, e para a introdução das novas tecnologias necessárias; ii) As verbas para o funcionamento do Sector público permitem o recrutamento ponderado dos quadros técnicos e administrativos essenciais ao bom desempenho do Serviço Nacional de Saúde; iii) É possível garantir o regime de exclusividade para as funções de Direcção de Serviços, com salários atractivos, a nível Central, nos Hospitais e Delegacias de Saúde;
 - Expansão da cobertura das despesas com a saúde por parte das entidades de previdência social: O INPS consegue responder aos custos de saúde com os trabalhadores inscritos nos regimes da Previdência Social, da Função Pública e com os trabalhadores do sector informal; o Centro Nacional de Pensões responde pelos beneficiários da Solidariedade Social. As companhias de seguros de Cabo Verde generalizam o seguro-doença;
 - Um sistema de comparticipação dos utentes nos custos da saúde é estabelecido como uma fonte de financiamento e um factor moderador do consumo: um sistema de facturação das prestações segundo uma tabela actualizada e um outro de cobrança por escalões de comparticipação são criados e aplicados nas instituições de saúde; uma grelha mais fina de critérios reduz a camada da população isenta por lei do pagamento dos cuidados; os beneficiários da segurança social pagam uma percentagem escalonada dos custos dos cuidados facturados.
 - Nível de consumo dos serviços de saúde contido nos limites necessários: racionalidade na prescrição pelo pessoal médico; controlo das despesas com exames complementares, medicamentos e acessórios.
 - Organização e oferta de cuidados de saúde e melhoria do atendimento dos utentes nos estabelecimentos públicos;
 - Descentralização da gestão e da prestação de cuidados de saúde para os níveis municipal e regional, e participação activa dos órgãos locais de acompanhamento [Comissões Municipais de Saúde e Conselhos Consultivos das Regiões Sanitárias];
 - Peso das doenças transmissíveis, incluindo SIDA, em redução lenta, mas progressão contínua da prevalência das doenças não transmissíveis, particularmente neoplasias, diabetes, doenças cardiovasculares e traumatismos, entre outras;
 - Serviços para o tratamento de doenças do foro oncológico, de insuficiência renal e de cirurgia cardíaca são criados nos hospitais centrais Agostinho Neto e Baptista de Sousa, com impacto positivo na redução do movimento das evacuações para o exterior;
 - Programação da formação especializada dos profissionais de saúde, segundo as necessidades identificadas em domínios prioritários, incluindo em gestão de saúde;
 - Aumento ou transformação das infra-estruturas de saúde segundo a Carta Sanitária, incluindo nos novos Municípios;
 - Sector privado da saúde em expansão sustentada, com investimento nacional e estrangeiro, desempenhando melhor o papel de complemento ao sector público e oferecendo maior variedade de serviços.

IV. 3 TERCEIRO CENÁRIO: PROSPERIDADE INESPERADA DE CABO VERDE

- Desenvolvimento socio-económico acelerado e peso demográfico crescente
- Estabilidade política e consolidação da democracia em franco progresso;
- Condições excepcionais de prosperidade, favoráveis a um melhor nível de justiça social, com erradicação da pobreza e redução significativa do desemprego [descoberta de jazidas de petróleo e gás natural em offshore da ilha da Boavista];
- Os indicadores de mortalidade geral, infantil e materna com uma tendência para baixar progressivamente;
- Aumento do peso demográfico da terceira idade e consequente agravamento dos custos sociais e das doenças degenerativas, entre outras.
- Incremento da população flutuante devido ao turismo e à imigração, com consequente demanda de cuidados diferenciados.

- Sustentabilidade financeira do sistema permitindo níveis de sofisticação elevados
- Aumento substancial do Orçamento do Estado para a Saúde: o Ministério da Saúde consegue os recursos humanos, financeiros e materiais necessários para o desempenho do Sector Público na satisfação das necessidades da população, incluindo melhores condições de trabalho, melhores salários para a opção em regime de exclusividade;
- Melhor cobertura das despesas com a saúde por parte das entidades de previdência social e seguradoras: O INPS consegue responder com desafogo aos custos de saúde com os trabalhadores inscritos nos regimes. As companhias de seguros de Cabo Verde generalizam o seguro-doença;
- Um sistema de comparticipação dos utentes nos custos da saúde é mantido como uma fonte de financiamento e um factor moderador do consumo.
- Nível de consumo dos serviços de saúde contido nos limites da racionalidade: prescrição médica e indução de custos; controlo das despesas com exames complementares, medicamentos e acessórios;
- Organização e oferta de cuidados de saúde de qualidade melhorados para o atendimento aos utentes nos estabelecimentos públicos:
 - Melhoram as possibilidades de descentralização no sector da Saúde, incluindo eventual municipalização de certas instituições sanitárias.
 - Peso das doenças transmissíveis, incluindo SIDA, em recuo pelas melhorias nos determinantes de saúde; progressão contínua da prevalência das doenças não transmissíveis;
 - Serviços necessários são criados para o atendimento da maioria das patologias prevalentes, reduzindo drasticamente as evacuações para o exterior;
 - Aceleração do processo de especialização dos profissionais de saúde de todos os ramos e categorias, incluindo na gestão de estabelecimentos sanitários e preenchimento do quadro de pessoal;
 - Rápida expansão da cobertura com implantação das infra-estruturas de saúde previstas na Carta Sanitária;
 - Sector privado da saúde com investimentos nacionais e estrangeiros em franco progresso, oferecendo maior variedade de serviços àqueles que podem pagá-los.

V. VISÃO DO DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO NO ANO 2020

Cabo Verde tem como visão do desenvolvimento de saúde, no horizonte do ano 2020, garantir a saúde da

população cabo-verdiana, construindo num contexto socio-económico favorável, um serviço nacional de saúde universalmente acessível, eficaz e equânime.

Esta visão pressupõe, como desafio importante, controlar as doenças associadas à pobreza, à exclusão e à ignorância bem como as emergentes que caracterizam a transição epidemiológica do país, num contexto de boa governação e de desenvolvimento autónomo de um sistema de saúde dinâmico, para uma vida decente e digna.

De acordo com esta visão e assumindo a saúde, ao mesmo tempo, como parte integrante e factor importante do desenvolvimento do país, espera-se, no ano 2020, ter atingido uma situação favorável a um desenvolvimento sanitário sustentável, em resultado da formulação e execução de políticas económicas e sociais que reduzam os riscos de doenças e de outros agravos, dum crescimento económico que beneficie todos os segmentos da população, duma cultura progressiva de democracia e do estabelecimento de um enquadramento jurídico que proteja e promova a saúde.

Para concretizar esta visão, Cabo Verde deverá ter criado um certo número de condições, nomeadamente a mobilização adequada, a atribuição equitativa e a gestão eficiente dos recursos, um contexto político e socio-económico estável e propício ao desenvolvimento sanitário e uma situação sanitária caracterizada por melhores condições de vida dos cabo-verdianos, como estágio intermediário de bem-estar.

Cabo Verde terá, em 2020, consolidado um sistema de serviços de saúde sustentável, tendo como estrutura basilar um Centro de Saúde, destinado a cobrir progressivamente uma população de 15.000 até 8.000 habitantes, a quem oferece um conjunto de cuidados essenciais de atenção primária de qualidade, para assegurar a eficácia e eficiência das prestações feitas por uma equipa técnica adequada. A atenção hospitalar será organizada em dois níveis, o regional e o nacional, vocacionado este último para a prestação de cuidados mais complexos. Uma atenção particular e prioritária terá sido dada à reorganização da atenção primária e secundária nos aglomerados populacionais com maior concentração, nomeadamente, nas cidades da Praia e Mindelo que agregam cerca de 25% dos residentes no país.

O Serviço Nacional de Saúde, solidário, terá melhorado a sua sustentabilidade financeira e a sua capacidade administrativa e será capaz de se adaptar às necessidades e à diversidade cultural e sociológica.

Cabo Verde terá igualmente desenvolvido um sector privado de saúde capaz de responder à demanda de utentes que prefiram cuidados prestados nos seus estabelecimentos.

Os indivíduos e as comunidades estarão melhor informados sobre os riscos a que estão expostos e sobre o seu direito à saúde. Estarão mais convencidos do papel que têm de desempenhar na preservação do seu estado de saúde, bem como na gestão e financiamento dos serviços.

Estes últimos terão como principal objectivo satisfazer as necessidades dos utentes e prestar cuidados de quali-

dade e acessíveis, de forma contínua, junto dos indivíduos e suas famílias. Um sistema integral de prestação de cuidados será institucionalizado nas áreas clínicas e de saúde pública, assegurado por uma maior motivação dos profissionais, melhores condições de trabalho e mais justa e racional afectação dos recursos humanos.

VI. VALORES E PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A materialização da visão exige políticas de desenvolvimento sanitário centradas em valores e princípios que permitam aos indivíduos ter vidas mais dignas e mais longas, em ambientes melhores e mais seguros.

Os valores essenciais da PNS estão inscritos na Constituição da República [25], na Lei de Bases da Saúde [26] e decorrem também da subscrição de diversos convénios e das estratégias internacionais adoptadas, nomeadamente, pela Organização Mundial da Saúde [27].

A protecção à saúde é conceituada como um bem que pertence a todos, um direito fundamental do ser humano, daí que a PNS tenha como valor cimeiro “a salvaguarda da dignidade humana” e “a solidariedade entre todos para garantir esse direito”.

A Constituição aponta a todos os cidadãos o “dever de defender a saúde e de a promover, independentemente da sua condição económica”, reconhecendo o valor da participação da população no desenvolvimento da saúde e da aproximação dos serviços das comunidades [28].

Preconiza, ainda no quadro dos direitos sociais, garantir a grupos específicos da população uma particular atenção à sua saúde. É o caso das crianças e dos adolescentes para alcançarem um desenvolvimento integral [29], e a prioridade no atendimento aos idosos nos serviços públicos [30].

Além disso, a Constituição estatui sobre o dever da prevenção da deficiência e o tratamento, a reabilitação e a reintegração dos portadores de deficiência [31].

O exercício da iniciativa privada é livre, no quadro definido pela Constituição que, ademais reconhece essa iniciativa no sector da saúde como forma de aumentar e diversificar o acesso da população a cuidados de saúde de qualidade [32].

A subscrição das estratégias dos Cuidados Primários de Saúde, baseadas nos seus princípios de estender a todos os cidadãos um conjunto de cuidados essenciais de saúde – promocionais, preventivos e de recuperação da saúde – integrados numa atenção primária de qualidade, decorre dessa assunção.

A PNS reconhece a natureza social das prestações de saúde, enquanto factor de desenvolvimento, de justiça social e de luta contra a pobreza.

- Como princípios que fundamentam a visão do desenvolvimento sanitário inscrevem-se:
 - Solidariedade, baseada nos princípios de parceria, transparência, tolerância, integridade e responsabilidades partilhadas com indivíduos e comunidades.
 - Equidade no acesso e na utilização dos serviços de saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - Ética, baseada no respeito da dignidade humana e no princípio do direito universal a usufruir dos frutos do progresso realizado a nível nacional e mundial;
 - Identidade cultural, baseada no reconhecimento e especificidade dos valores e tradições locais favoráveis à saúde;
 - Igualdade entre os sexos, na tomada de decisões e utilização dos serviços de saúde.
- Como princípios que orientam o sistema de saúde, a PNS defende:
 - Universalidade da cobertura em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde;
 - Integralidade na prestação, entendida como conjunto articulado de acções e serviços promocionais, preventivos e curativos, individuais e colectivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
 - Racionalização técnica e rentabilização dos recursos afectados a cada nível de intervenção como garantia da qualidade.
- Como princípios que regem a organização do SNS prevê:
 - Descentralização político-administrativa e técnica em direcção aos níveis municipal como a porta de entrada do sistema e regional, enquanto unidade funcional, fundamental da gestão e prestação de cuidados integrados;
 - Hierarquização da rede dos serviços de saúde;
 - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de atendimento;
 - Utilização de critérios epidemiológicos e estatísticos para o estabelecimento de prioridades, a afectação de recursos e a orientação programática em cada nível;
 - Complementaridade entre o sector privado e o público da saúde;
 - Comparticipação da população nos custos da saúde, directamente ou através das instituições de previdência social, escalonada em função do nível de rendimentos de cada agregado familiar.

[25] - Constituição da República de Cabo Verde – Lei Constitucional n.º 1/V/99 de 23 de Novembro, 1999, artigo 70º

[26] - Na Lei n.º 41/IV/2004 de 5 de Abril

[27] - Saúde para Todos no Ano 2000/CPS, Alma Ata, 1978; “Cenários de Desenvolvimento Africano em três fases, OMS, 1985; Declaração sobre Saúde no Mundo, Assembleia Mundial da Saúde, 1998; Política de Saúde para Todos na Região Africana no século XXI: Agenda 2020, AFR/RC50/R1, 2000

[28] - Constituição da República de Cabo Verde, artigo 70º

[29] - idem, artigo 73º

[30] - idem, artigo 76º

[31] - idem, artigo 76º

[32] - idem, artigo 67º,

VII. OBJECTIVOS

A PNS tem por objectivo geral, no âmbito da Agenda de Transformação de Cabo Verde, estabelecer o quadro de referência e as orientações estratégicas que conduzirão à reforma do sector saúde em Cabo Verde no horizonte 2020, mobilizando a sociedade cabo-verdiana para alcançar os seguintes objectivos específicos:

1. Resolver os problemas prioritários de saúde que afligem a população cabo-verdiana, desenvolvendo actividades preventivas e curativas para controlo das principais doenças e promovendo hábitos e estilos de vida saudáveis.

2. Reestruturar e pôr a funcionar um sistema de saúde de qualidade, harmonizado, com normas e procedimentos de funcionamento que respondam com eficácia às expectativas da população e que utilize com eficiência os recursos afectados a cada nível;

3. Responder às necessidades de assistência sanitária previsíveis com o incremento do turismo, e constituir-se também em factor de atracção turística criando serviços especializados para grupos específicos de pacientes;

4. Regulamentar, incentivar e fiscalizar o desenvolvimento do sector privado da saúde, para participar, de pleno direito, na oferta de cuidados de saúde de qualidade;

5. Promover uma concertação entre as políticas públicas para o desenvolvimento, para elevar o nível de bem-estar da população;

6. Desenvolver uma capacidade nacional de promoção e de articulação de parcerias para a saúde de forma a rentabilizar a participação do cidadão, das empresas, das organizações não governamentais, nacionais ou estrangeiras, e da cooperação internacional.

VIII. ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS

À luz do artigo 70º da Constituição da República todos têm direito à saúde, incumbindo ao Estado garantir esse direito.

Por “garantir esse direito” entende-se criar as condições para a existência e o funcionamento de um Serviço Nacional de Saúde que possa prestar um conjunto básico de cuidados de saúde promocionais, preventivos, de tratamento e de recuperação e possa regulamentar e fiscalizar a actividade e a qualidade dessa prestação.

O Estado deve, para isso, incentivar a participação da comunidade nos diversos níveis dos serviços de saúde, promover a socialização dos custos dos cuidados, e disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico.

Essa garantia compreende, ainda a defesa da complementaridade entre os sectores público e privado, com o incentivo e apoio à promoção do sector privado, filantrópico ou lucrativo, e sua regulamentação, como um parceiro privilegiado na tarefa de disponibilizar cuidados de saúde.

Para continuar a cumprir a sua missão o Estado Cabo-verdiano precisa de reformar o Sector da saúde, com base nas seguintes estratégias:

VIII.1 ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

As orientações fundamentais para uma boa prestação de cuidados de saúde assentam, sobretudo, na melhoria do acesso geográfico, económico e cultural das populações a esses cuidados e, por conseguinte, da cobertura, através da reorganização do Serviço Nacional de Saúde que vise:

1. Aumentar a capacidade de intervenção administrativa e técnica do nível central, e do seu suporte às estruturas locais;
2. Reforçar o desempenho técnico e administrativo das Delegacias de saúde, promovendo a descentralização dos recursos e das competências para o nível municipal;
3. Criar regiões sanitárias definindo claramente a sua natureza, âmbito, competências, atribuições e relações hierárquicas para que se traduzam no reforço da descentralização das acções de saúde;
4. Reestruturar os programas de saúde pública e promover a execução na periferia, das actividades respectivas, integradas na acção das Delegacias de saúde;
5. Diferenciar a capacidade técnica e os níveis de intervenção dos hospitais centrais, bem como da sua complementaridade, para a assunção plena do nível terciário e da função de referência nacional;
6. Organizar com prioridade uma rede de centros de saúde nas cidades da Praia e do Mindelo para a prestação duma atenção primária de qualidade e reestruturar a prestação dos cuidados secundários nos hospitais centrais aí sedeados;
7. Definir normas e padrões de funcionamento, procedimentos e linhas gerais de referência que disciplinem o SNS nas relações entre os diferentes níveis e serviços;
8. Promover a terciarização e a privatização de serviços;
9. Criar um programa de garantia de qualidade dos cuidados de saúde.

VIII. 1.1- Estratégias para o Sector Público da Saúde

Numa nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e acções de saúde, nomeadamente para dar corpo ao princípio da descentralização, o Estado preconiza a organização do Serviço Nacional de Saúde em três níveis:

- Municipal Correspondente à divisão administrativa do país em concelhos e constitui o lugar privilegiado para prestar um conjunto de cuidados essenciais de atenção primária;
- Regional ou supra-municipal, o qual agrupa e reorganiza estruturas sanitárias de municí-

pios próximos ou localizados numa ilha, para configurar o conceito de distrito sanitário, para reforçar o princípio da descentralização e prestar cuidados de atenção secundária e hospitalar a esse nível;

- Central, ou de referência nacional, organizado para garantir a prestação de cuidados de atenção terciária, sobretudo a função hospitalar diferenciada.

Em cada um destes níveis distinguem-se duas linhas de intervenção: uma de gestão e outra de prestação de cuidados de saúde.

Linha de gestão

a) Nível Municipal

O nível municipal constitui a porta de entrada do Serviço Nacional de Saúde, onde o Estado irá implementar os princípios da cobertura universal e da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

A linha de gestão é garantida pela Delegacia de Saúde, constituída por uma equipa técnica chefiada pelo Delegado de Saúde, médico com uma formação teórico-prática específica em gestão sanitária. Essa direcção responde por todas as acções de saúde a serem executadas numa forma integrada, em todo o território sob a sua jurisdição.

Atribuições do nível municipal

A direcção da Delegacia de Saúde é um núcleo de apoio e execução da gestão descentralizada do sistema de saúde e de reorientação do modelo assistencial prevalecente, na busca da utilização racional dos recursos e da qualidade e eficiência das intervenções em saúde. Para isso deve ser capacitada para as seguintes funções:

- De organização:
 - Identificação das necessidades e problemas de saúde da população e dos serviços;
 - Elaboração do plano municipal de saúde, local e subsidiário do plano anual do sector;
 - Participação no processo de planificação a curto e médio prazo;
 - Capacitação dos respectivos quadros técnicos.
- De gestão:
 - Gestão do sistema do nível municipal;
 - Gestão do pessoal afecto;
 - Montagem dos sistemas de informação, de avaliação e de controlo dos resultados.

Cada Delegacia de Saúde dispõe, pelo menos, de um Centro de Saúde. Particular atenção deverá ser prestada à organização do CS nos concelhos que coincidem com uma ilha onde não está sediado hospital algum. A criação

e implantação dos CS deve obedecer a vários critérios com destaque para o demográfico, em que o número da população se mostra essencial para permitir que ela seja servida com qualidade. Este critério deve ser, contudo ponderado com outros critérios: os geográficos, tendo em conta as dificuldades naturais de acesso; os técnicos, para assegurar a qualidade através duma organização e conjugação proporcional de recursos humanos, equipamentos e materiais; os político-administrativos.

A Delegacia de Saúde administra ainda dois tipos de estruturas de nível infra municipal: Posto Sanitário e Unidade Sanitária de Base.

b) Nível regional

O nível regional, supra municipal, resulta da integração de estruturas sanitárias de municípios próximos, afins e de acesso facilitado quanto ao fluxo de utentes, vocacionado para uma prestação de cuidados secundários e hospitalares de qualidade, num equilíbrio entre recursos disponibilizados, rentabilidade técnica e rentabilidade económica.

A Região Sanitária constitui, pois um locus privilegiado para desenvolver a integração de acções de saúde e o princípio da descentralização do processo de produção de serviços, interpretando a região sanitária como um conceito fundamentalmente funcional, definido por uma área geográfica, uma população e um conjunto de normas de funcionamento, de procedimentos de organização e de regras de relacionamento entre as diversas instituições de saúde abrangidas.

Este nível deve ter um patamar técnico suficiente para abordar com eficácia problemas de saúde mais complexos, do ponto de vista de diagnóstico, tratamento e seguimento.

Entre os critérios para a criação das regiões sanitárias destaca-se o demográfico, em que o número da população, superior a 40.000 [33] habitantes se mostra essencial para, aliado ao critério técnico, justificar a concentração de recursos humanos, materiais e outros e manter um volume de actividades suficiente e necessário ao desempenho das competências e habilidades dos técnicos de saúde. Outros critérios como os geográficos, tendo em conta as condições de acesso, uma ilha ou ilhas vizinhas, e os político-administrativos deverão servir para ponderar a decisão final.

Na linha de gestão o nível regional conta com uma entidade representativa das organizações com intervenção na área da saúde e com um executivo regional [34].

Atribuições do nível regional

A direcção da região sanitária tem, predominantemente, um carácter de coordenação e de materialização da descentralização do sistema de saúde, de reorientação do

[33] – Carta Sanitária de Cabo Verde 1998: “A área de captação recomendado internacionalmente é de 50.000 a 250.000 habitantes”.

[34] – Institucionalização da Região Sanitária de Santiago Norte, já consensualizado.

modelo assistencial prevalecente e de busca de equilíbrio entre a atenção primária e a secundária. Deve ter as seguintes atribuições:

- De organização:
 - Coordenar a identificação das necessidades e problemas de saúde comuns às populações servidas e programar soluções;
 - Conjuguar os planos municipais de saúde e promover a sua integração regionalizada nos planos nacionais do sector;
 - Promover um processo regional de planificação a curto e médio prazo;
 - Organizar a capacitação regular dos quadros técnicos da região.
- De gestão:
 - Apoiar a gestão do nível municipal e das estruturas regionais;
 - Fazer funcionar sistemas de informação, de avaliação e de controlo dos resultados a nível regional e de apoio a cada nível municipal;
 - Avaliar o sistema de referência e contra referência entre os diferentes escalões da rede sanitária regional;
 - Executar o orçamento e os planos de actividades da Região sanitária;

c) *Nível Central*

De abrangência nacional, constitui, do ponto de vista de gestão, o nível político, estratégico, de normalização e de supervisão e é representado pelo Ministério da Saúde e seus órgãos de direcção. São atribuições genéricas asseguradas pela administração central da saúde:

- Definição e condução da política geral e sectorial de saúde a nível nacional;
- Promoção da equidade na distribuição dos recursos através do uso de critérios e parâmetros com base epidemiológica, social e de discriminação positiva.
- Cooperação técnica, incluindo enquadramento, definição de parâmetros e condução das acções intersectoriais a nível nacional e da cooperação externa em saúde;
- Formulação de modelos assistenciais de qualidade com base nas acções de protecção e promoção da saúde, da prevenção de riscos e de doenças, da reorganização da atenção médica individual, com padronização e regulamentação de procedimentos e praticas de intervenção.

O nível central deve dispor de órgãos de gestão nas seguintes áreas:

“**Dos cuidados de saúde**” com competência para a gestão dos aspectos técnicos da prestação de cuidados de saúde a todos os níveis e com a responsabilidade de:

- Exercer funções normativas e de regulamentação com definição de orientações, de parâmetros e de sistemas de avaliação e controlo das acções aplicáveis nos níveis nacional, regional e municipal;
- Seguir regularmente a situação da saúde, a nível nacional;
- Investigar, elaborar e difundir normas técnicas e procedimentos para apoiar as práticas de saúde.

“**Da administração, da planificação e da cooperação**”, responsável da implementação e coordenação dos aspectos fundamentais atinentes aos recursos financeiros, materiais e humanos, em articulação com os outros órgãos de direcção. Ela deverá possuir “unidades técnicas” para assegurar as funções de:

- Administração;
- Planeamento;
- Estudos necessários à melhoria da gestão;
- Capacidade negocial para a cooperação;
- Sistema de informação funcional, capaz de servir de instrumento de gestão, de transmissão de conhecimentos e de informação.

“**Da gestão de medicamentos, outros produtos farmacêuticos e equipamentos**” dotada de tecnologia apropriada e de autoridade para:

- Executar a Política Farmacêutica Nacional;
- Garantir a disponibilidade de medicamentos;
- Assegurar os mecanismos de regulamentação, da vigilância farmacológica e da garantia da qualidade do medicamento;
- Assegurar a qualidade e a adequação dos equipamentos médico-hospitalares;
- Formular e actualizar um plano de aquisição de equipamentos e de peças de reserva, visando a progressiva padronização do tipo e qualidade dos mesmos.

Linha de prestação de cuidados

a) *Nível Municipal*

Na linha da prestação de cuidados, a unidade prestadora básica é o Centro de Saúde que desempenha um papel de nível operacional, executor das acções no terreno, incluindo as actividades implementadas no âmbito de programas específicos.

Estruturas do nível municipal

Centro de Saúde [CS]: Na linha da prestação de cuidados, é no nível municipal que se localiza a estrutura de referência do sistema de serviços de saúde, o Centro de Saúde, onde é oferecido o “pacote essencial de cuidados integrados” de atenção primária que inclui a protecção e a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, e a recuperação da saúde, quer nas próprias instalações quer através de deslocações da equipa às diversas comunidades e estruturas inframunicipais. Refere os casos mais complexos para o hospital regional da área de que faz parte.

O Centro de Saúde tem as seguintes atribuições:

- Implementar acções de vigilância sanitária, epidemiológicas, nutricionais e do meio ambiente;
- Promover a educação integrada para a saúde;
- Prestar assistência específica a grupos populacionais de risco tais como crianças [AIDI], mulheres [AISM], adolescentes, idosos, doentes crónicos e outros;
- Reorganizar a atenção à demanda espontânea, resultante dos problemas de saúde mais frequentes em consultas, atendimentos de urgências, internamentos de curta duração/observação, exames complementares etc.;
- Aplicar métodos e técnicas de avaliação de qualidade das acções e serviços;
- Apoiar e supervisionar tecnicamente as estruturas de saúde da sua área de abrangência e respectivas extensões.

No Centro de Saúde trabalha uma equipa com profissionais de várias categorias liderada por um médico.

Postos Sanitários [PS]: Na reorganização das estruturas de saúde, os Postos Sanitários tenderão para a sua progressiva transformação em Centros de Saúde, lá onde a dimensão da população servida e outros critérios justificarem. Numa primeira fase desse processo devem ser reestruturados e assumidos como extensões dos CS para prestar às populações que servem, os cuidados integrados de atenção primária prestados nos CS, quer pela equipa residente chefiada por um enfermeiro geral, quer pelas equipas do Centro de Saúde e da região sanitária que aí se deslocam com periodicidade regular.

Unidades Sanitárias de Base [USB]: Com o evoluir do perfil epidemiológico, das condições de prestação de cuidados de saúde e a melhoria do acesso geográfico e económico, estas estruturas a cargo dum Agente Sanitário de Base, vão perdendo a sua razão de ser e o papel que tiveram na oferta de cuidados de saúde. No processo da reorganização prevista, as USB devem ser assumidas como as extensões mais periféricas dos CS, enquanto são objecto duma reconversão, seja para evoluírem para Postos Sanitários, aquelas onde o volume da população o justificar, seja para desaparecerem como estruturas de saúde transformando-se, eventualmente, em estruturas comunitárias.

b) Nível regional

Na linha da prestação de cuidados, a função fundamental da região sanitária assenta sobre a possibilidade de oferta de cuidados hospitalares secundários numa gama maior e de melhor qualidade, em complementaridade à atenção primária. Assenta ainda sobre a coordenação de um conjunto de unidades de saúde, hierarquizadas em função da complexidade dos cuidados a prestar o qual inclui os Centros de Saúde do nível municipal e o Hospital Regional.

Os Hospitais Regionais [HR], reforçados nas suas capacidades técnica e tecnológica, devem garantir cuidados essenciais nas seguintes áreas:

- Atendimento de referência e de contra-referência
- Atendimento permanente de urgência
- Internamento
- Serviço de cirurgia
- Serviço de transfusão
- Exames complementares de diagnóstico
- Evacuação de doentes para o nível terciário
- Apoio técnico aos Centros de Saúde da região sanitária;
- Apoio em cuidados secundários e preventivos, aos programas de saúde da comunidade.

c) Nível central

Para garantir a prestação de cuidados de saúde especializados, o Serviço Nacional de Saúde, a nível central, deve dispor de estabelecimentos de nível terciário, os Hospitais Centrais, vocacionados seja para uma prestação directa, seja referida ou, ainda, através de evacuações sanitárias para o exterior, de casos que ultrapassem a sua capacidade de resposta.

A reorganização da rede prestadora da atenção primária [CS] e da secundária [HR] nas cidades de Praia e do Mindelo é uma condição indispensável para o cabal funcionamento dos Hospitais Centrais.

Estes hospitais “são institutos públicos de regime especial, dotados de órgãos, serviços e património próprio e de autonomia administrativa e financeira”. [35]

Apesar da mencionada autonomia, os hospitais centrais desenvolvem a sua actividade em articulação com os serviços centrais do Ministério da Saúde com competência nos diversos domínios, técnicos e outros, das suas atribuições, e desempenham as suas competências em estreita articulação com os hospitais regionais e com as delegacias de saúde da respectiva área geográfica.

[35] – Decreto-Lei n.º 83/2005 de 19 de Dezembro: “estabelece os princípios e as normas por que se regem os Hospitais Centrais”.

São atribuições genéricas dos HC:

- Prestar cuidados diferenciados, de nível terciário e subsidiariamente os de nível secundário para os municípios onde estão implantados;
- Funcionar como centro de referência para a prestação de cuidados diferenciados e na evacuação de doentes.
- Prestar apoio técnico aos demais serviços e estabelecimentos de saúde;
- Organizar e apoiar a formação contínua dos profissionais de saúde;
- Colaborar no ensino e na investigação científica, em diferentes áreas de interesse para o país, designadamente através da realização de internatos médicos e de cursos e estágios para profissionais de saúde;
- Servir de centro de formação inicial e de aperfeiçoamento para quadros paramédicos.

VIII.1.2 - Estratégias para o Sector Privado da Saúde

As orientações para a organização e gestão do Sector Privado da Saúde, no reconhecimento do seu papel como parceiro na melhoria da prestação dos cuidados de saúde e parte integrante do Serviço Nacional de Saúde, vão no sentido de:

- Elaboração e publicação de legislação que regule o exercício da actividade privada em saúde, nomeadamente as funções, os limites e a articulação entre os subsistemas público e privado;
- Inspeção e fiscalização pelo Estado do exercício privado em saúde para garantir o normal cumprimento das normas estabelecidas;
- Elaboração, em colaboração com as associações profissionais, de códigos deontológicos e éticos;
- Desenvolvimento da complementaridade entre os sectores público e privado e adopção de convenções que permitam a troca de serviços e a disponibilização de maior variedade e melhores cuidados de saúde à população;
- Criação de mecanismos legais e de incentivos que encorajem a prática privada em saúde de forma auto-sustentada, de modo a alargar e diversificar a oferta de cuidados de saúde e responder à demanda dos diferentes sectores da sociedade e da indústria turística.

VIII. 2 ESTRATÉGIAS DE OFERTA DE CUIDADOS DE SAUDE

A estratégia de oferta de cuidados de saúde que sejam acessíveis, englobando todas as dimensões do ser humano

e capazes de seguir os episódios de doença ou de risco, depende da organização de serviços, sobretudo da atenção primária e deve ser baseada em equilíbrios de:

- Valores como equidade e solidariedade, que tenham em conta a liberdade de escolha e de participação e a dignidade dos beneficiários;
- Objectivos entre a oferta de cuidados de saúde de qualidade e a optimização da utilização dos recursos, assegurando uma distribuição equitativa;
- Elementos do conteúdo quais sejam cuidados de saúde globais, contínuos, integrados, pertinentes e eficazes na base de funções bem definidas do Centro de Saúde e da respectiva equipa técnica sob a liderança de um Médico de família [36].

Cabe aos serviços de atenção primária receber os utentes, identificar as suas necessidades e atendê-las em conformidade, seja localmente, seja referindo-os para serviços mais diferenciados nos níveis secundário e terciário; dar continuidade às intervenções; seguir a evolução e avaliar repetidamente o conjunto de problemas do utente.

O serviço de atenção primária é o ponto de entrada do sistema e a interface apropriada da comunicação entre o serviço, o utente e o Estado.

De forma complementar, a assistência hospitalar é oferecida em dois níveis, o da atenção de nível secundário no hospital regional, e o da atenção de nível terciário no hospital central [37].

As estratégias de oferta de cuidados de saúde assentam:

1. Numa prática integrada de prestação de cuidados de saúde através de actividades de protecção e de promoção da saúde, de prevenção e de tratamento da doença e de recuperação de saúde, entendendo-se por:

- Protecção e Promoção – a educação para a saúde, a adopção de estilos de vida saudáveis, o uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos [38] assegurado por profissionais competentes;
- Prevenção – as actividades de vigilância epidemiológica, de vacinação, de saneamento básico, de vigilância sanitária, despistagem, de exames de sanidade periódicos, entre outros;
- Acções de tratamento da doença e da recuperação da saúde – que incluem o diagnóstico e trata-

[36] – “Um médico assistente que bem conhece o doente e que deve fazer a ponte entre o paciente e os diferentes estabelecimentos da pirâmide sanitária”

[37] – Os Hospitais Centrais devem delimitar e organizar a vertente secundária para poder diferenciar a prestação terciária.

[38] – Prever um programa de formação em comunicação para a mudança de comportamentos para todos os prestadores de saúde. Os Agentes Sanitários [ASB] seriam, preferencialmente candidatos a promotores da saúde, dentro de uma estratégia de reconversão das Unidades Sanitárias de Base.

mento de doenças, dos acidentes ou dos danos de toda natureza, a limitação da invalidez e a reabilitação;

- Programas de Saúde Pública – um conjunto de acções ou intervenções especificamente organizadas e dirigidas para: *a)* atender grupos da população mais expostos a riscos para a sua saúde, em ligação com o meio social e com as características epidemiológicas de cada região; *b)* combater situações específicas de estado de doença.

2. Na definição e consequente disponibilização dum “conjunto de cuidados essenciais” que deve caber a cada nível, estabelecido com base na frequência com que as situações aparecem no seio da população, nas exigências técnicas e tecnológicas para a sua resolução e nos custos dessas intervenções.

3. No estabelecimento de normas de referência e contra-referência para o funcionamento do sistema.

4. No atendimento dos utentes e na satisfação destes, para o estabelecimento duma relação de confiança entre os pacientes e os prestadores que confira maior qualidade aos cuidados, devendo o horário de funcionamento dos estabelecimentos de atenção primária ser flexível e adaptado à demanda.

5. No atendimento prioritário a alguns grupos específicos previstos nos respectivos programas de saúde pública.

6. No conhecimento e valorização adequada e progressiva integração da medicina tradicional no Serviço Nacional de Saúde nas componentes que possam traduzir-se num benefício para os utentes.

7. Na sensibilização relativamente à protecção e promoção da saúde para a adopção de estilos de vida e comportamentos individuais salutarres.

8. No apoio ao sector da educação para o desenvolvimento dum programa nacional de saúde escolar [39], para melhorar o nível de saúde e a qualidade de vida das crianças através de actos promocionais que lhes proporcione a adopção de comportamentos saudáveis para si e para a sociedade; mas também que possa contribuir para a melhoria da qualidade do serviço educativo prestado e do nível de saúde dos alunos e dos docentes.

VIII. 2.1 - Orientações Programáticas Prioritárias

A organização das acções e intervenções de saúde em programas, permitirá responder às necessidades prioritárias das populações, obedecendo aos critérios de racionalidade. Para melhorar e manter a qualidade dos cuidados primários de saúde os serviços devem procurar ser:

- Mais acessíveis funcionalmente, próximos da população do ponto de vista geográfico, mas também do ponto de vista económico e sociocultural ;

- Sempre disponíveis, dotados de uma estratégia fixa para responder às demandas espontâneas, curativas, da população;

- Polivalentes, prestando ao mesmo tempo e pela própria equipa de pessoal, cuidados promocionais, preventivos, curativos, reabilitativos e sociais.

Para isso, os programas de saúde pública, estarão agrupados e coordenados segundo afinidades de objectivos, a população servida ou os problemas prioritários, organizados em linhas funcionais para garantir o apoio técnico e normativo, a supervisão e a avaliação, às estruturas dos diferentes níveis do SNS na implementação de actividades concernentes a:

1. Luta contra as doenças transmissíveis prioritárias;
2. Luta contra as doenças não transmissíveis;
3. Atenção direccionada a grupos da população alvo de intervenções específicas;
4. Influência nas condições determinantes de saúde.

É também necessário completar a horizontalização dos programas, basicamente pela execução das actividades no nível municipal, lá onde os problemas ocorrem e pela assunção, pelo nível nacional de cada programa, da função normativa, da promoção e mobilização de recursos, do apoio técnico e da supervisão.

A seguir apresentam-se as orientações específicas para a programação e execução das actividades dirigidas a cada uma das áreas de intervenção:

VIII.2.1.1 - Doenças transmissíveis prioritárias

A frequência ainda significativa das doenças transmissíveis exige a atenção necessária para a redução progressiva da sua prevalência incluindo, para algumas delas, a obrigatoriedade de se cumprirem os objectivos do milénio, subscritos por Cabo Verde.

Infecções sexualmente transmissíveis/IST, incluindo a infecção por VIH e o SIDA

A dimensão do problema constituído pelas infecções de transmissão sexual impõe que se sigam as seguintes directrizes na programação das acções:

- O envolvimento multisectorial na implementação de planos estratégicos e operacionais de luta contra o SIDA, de âmbito nacional, como um elemento fundamental para o êxito das actividades conducentes à redução da prevalência actual da infecção pelo VIH/SIDA;
- Envolvimento multisectorial na implementação de planos estratégicos/operacionais de luta contra o SIDA, de âmbito nacional como um elemento fundamental para o êxito das actividades;
- Reforço das medidas de promoção de estilos de vida e comportamentos sãos, e do aconselhamento individual, com particular incidência junto

[39] - Programa Nacional de Saúde Escolar 2005-2010, Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos, Praia, Março 2005.

da juventude, através da utilização maciça de todos os meios de informação na divulgação das medidas de prevenção;

- Organização, em todas as estruturas do primeiro contacto, do diagnóstico precoce e sistemático das IST, do seu tratamento adequado e do seguimento dos parceiros sexuais e, em particular, da prestação de cuidados assistenciais, de apoio psicológico aos seropositivos para o VIH e doentes de SIDA e de actividades para a redução da transmissão vertical mãe-filho;
- Institucionalização da terapia anti-retroviral para os casos de infecção VIH/SIDA que dela necessitem;
- Redução a zero das infecções hospitalares, pela promoção de rigorosa utilização de instrumentos estéreis e de hemoterapia com produtos sanguíneos não contaminados.

Tuberculose

Tendo em atenção o recrudescimento da tuberculose a nível mundial e o conhecimento da situação em Cabo Verde que regista ainda uma prevalência elevada, preconizam-se as seguintes directrizes específicas, com vista a alcançar, a partir de 2015 a inversão da tendência actual na frequência da doença:

- Organização, em todas as estruturas do primeiro contacto, do diagnóstico precoce e sistemático da tuberculose e seu tratamento imediato no nível municipal com a estratégia DOTS, e dum sistema de referência para o nível regional que dê confiança e estimule os doentes na observância das regras do tratamento regular;
- Investigação rápida dos níveis epidemiológicos da tuberculose e consequente programação de medidas de controlo, diagnóstico e tratamento precoces;
- Envolvimento multisectorial na divulgação sistematizada de medidas de promoção e prevenção contra a tuberculose e suas múltiplas causas, nomeadamente socio-económicas, enquadradas no combate à pobreza.

Poliomielite

Não se registaram casos da doença desde a última epidemia de poliomielite ocorrida no ano 2000. Recomenda-se, para eliminar a circulação do vírus selvagem da poliomielite no país e contribuir para a erradicação da doença, como preconizado pela OMS, a continuação:

- Das medidas de vigilância epidemiológica e a busca activa de casos de paralisia flácida aguda [PFA], incluídas no “conjunto de cuidados essenciais” em todos os concelhos;
- Das campanhas de vacinação complementar contra a doença, dos menores de cinco anos para aumentar o grau de imunização para níveis eficazes de protecção.

Paludismo

Atendendo à dimensão actual do paludismo no país e ao reduzido impacto nos níveis de saúde da população, as orientações específicas devem ser no sentido da erradicação da doença entre a população cabo-verdiana, até o ano 2020. Isto pressupõe:

- Reforço do envolvimento multisectorial e comunitário no combate ao paludismo, enquadrado num movimento abrangente de combate à pobreza, tendo em atenção o eventual surgimento de condições favoráveis ao seu recrudescimento com o desenvolvimento de actividades económicas (barragens; imigração de áreas endémicas do paludismo);
- Maior apoio à integração das actividades de luta contra o paludismo nas Delegacias de Saúde, para o correcto manejo dos casos, a adopção de medidas de prevenção e combate ao vector e acções de informação, educação e comunicação de âmbito alargado;
- Capacitação operacional dos quadros técnicos para uma intervenção eficaz a nível da promoção da saúde e no manejo dos casos.

Lepra

Atendendo que a lepra está em declínio, as orientações devem privilegiar a implementação de medidas conducentes à sua eliminação enquanto problema de saúde pública, antes de 2020 devendo-se, para isso, acelerar a integração no pacote essencial de atenção primária das actividades de despistagem precoce, tratamento, educação e prevenção.

Outras doenças transmissíveis

O Serviço Nacional de Saúde deve continuar com as actividades de luta contra as outras doenças transmissíveis no país, nomeadamente aquelas com potencial epidémico como Cólera, Disenteria bacteriana, Meningite, Síndrome Respiratória Aguda Severa e outras emergentes ou que se tornaram negligenciáveis em consequência da seca prolongada no país (helmintíases intestinais; schistosomíases; filaríase linfática ou elefantíase; etc.), na medida em que elas pesam pouco nas estatísticas de morbilidade e mortalidade, mas que podem reaparecer com as obras de retenção das águas das chuvas previstas na política, em vigor, de valorização das bacias hidrográficas.

VIII.2.1.2 - Doenças não transmissíveis

Como indicado na análise da situação, há doenças não transmissíveis, importantes pela sua frequência e gravidade, cuja incidência e prevalência não estão ainda integralmente quantificadas. Serão criadas condições, técnicas e financeiras, para viabilizar um Programa de Controlo de Doenças não Transmissíveis, com tónica nas actividades de protecção e de prevenção, tendo em vista diminuir o fardo que representam para o SNS, reduzir as incapacidades e melhorar a esperança de vida das populações. Serão priorizadas as seguintes:

- Doenças cardiovasculares incluindo a hipertensão arterial, cardiopatias isquémicas e os acidentes vasculares cerebrais;

- Insuficiência renal crónica;
- Diabetes;
- Tumores malignos, particularmente gástricos e do foro genital;
- Traumatismos diversos.

Deficiências nutricionais

A situação nutricional e alimentar em Cabo Verde ^[40] obrigou à programação de acções multisectoriais, em vias de validação e posterior aprovação, a integrar no âmbito dum plano nacional de desenvolvimento socio-económico. Nesse contexto, o SNS deve assegurar um conjunto de acções fundamentadas nas seguintes directrizes:

- Participação num órgão consultivo do Estado em matéria de segurança alimentar, que se pronuncie regularmente sobre: os aspectos ligados à produção, importação, exportação e comercialização de bens alimentares; a promoção de novos hábitos alimentares e nutricionais; questões de protecção dos direitos do consumidor;
- Implementação dum sistema de vigilância nutricional que mantenha actualizado o conhecimento epidemiológico da situação do país, através de estudos nutricionais e alimentares regulares, para induzir intervenções condizentes;
- Realização de actividades de informação e de promoção da melhor utilização dos produtos locais na dieta alimentar, usando todos os meios de comunicação existentes;
- Reforço das intervenções dirigidas às situações de mal nutrição e às alterações em micro nutrientes para a detecção precoce e adequada de novos casos e adopção das necessárias medidas preventivas e de recuperação;
- Continuação da promoção do aleitamento materno, exclusivo até os 6 meses.

Saúde mental

As perturbações mentais, pela sua natureza subjectiva, contextual e complexa e pelas suas características próprias, com destaque pela carga social, exigem a programação de actividades específicas, integradas nas restantes actividades de saúde. Assim, as directrizes vão no sentido de:

- Assegurar o acesso equitativo aos cuidados de saúde mental, incluindo aos cidadãos toxicodependentes;
- Integrar no conjunto de cuidados essenciais de atenção primária, actividades de promoção da saúde mental, junto das famílias e da comunidade, da prevenção, de diagnóstico precoce, de acompanhamento e garantia do tratamento;

- Definir o conjunto de cuidados secundários a ser prestado no nível regional;
- Garantir, pelo nível central do programa de saúde mental, a coordenação, supervisão e apoio técnico aos outros níveis, numa forma regular e programada.

VIII.2.1.3 - Outras doenças não transmissíveis

Uma atenção particular deve ser dada às situações de doença provenientes do desgaste biológico ou de causas ligadas ao sedentarismo, ao consumo das chamadas drogas licitas como o tabaco e o álcool e das ilícitas no sentido duma programação que preveja acções preventivas sobre as causas, sobre o diagnóstico e tratamento precoces, e ainda sobre respostas reabilitativas ^[41].

Neste grupo de doenças não transmissíveis merecem atenção particular, as seguintes:

Alcoolismo

Pela importância do consumo abusivo do álcool em Cabo Verde, praticamente sem fronteiras de classes sociais nem de grupos etários a partir da adolescência e pelas consequências dramáticas do alcoolismo traduzidas na incapacidade de trabalho, na violência doméstica e nas mortes por acidentes rodoviários, o seu combate deve incidir, particularmente sobre:

- A prevenção do consumo do álcool desde cedo, a partir da idade escolar, reforçando a aplicação da lei que proíbe a venda de bebidas alcoólicas entre os menores e a publicidade das mesmas [Lei nº. 271/V/97];
- A implementação do Plano de acção do Ministério da Saúde, contra o alcoolismo;
- A mobilização da sociedade e a sua sensibilização sobre a gravidade do risco e sobre a necessidade e possibilidades do combate ao alcoolismo.

Tabagismo

O tabagismo é actualmente a primeira causa evitável de óbitos no mundo. Apesar do conhecimento relativos aos efeitos nefastos do tabaco sobre a saúde, o seu consumo continua a aumentar e a extensão da epidemia nos países em vias de desenvolvimento onde as medidas de luta são insuficientes, é uma realidade. O seu combate deve incidir sobre a:

- Protecção e prevenção: i) proteger os jovens proibindo a venda de cigarros a menores; ii) proteger os não fumadores do tabagismo passivo, sobretudo as crianças, jovens e grávidas pela aplicação da lei ^[42] e iii) informar e educar as comunidades para participar/adotar as medidas contra o consumo do tabaco;

[40] – Programa Nacional de Segurança Alimentar 2007/2011. Ministério do Ambiente e Agricultura; Fundo das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura. Praia Junho 2006.

[41] – Os cuidados de saúde mental, incluindo a dependência do álcool e outras drogas devem depender do Ministério da Saúde.

[42] – Lei n.º 119/IV/95 de 13 de Março, sobre “As condições de dissuasão e restrição do uso do tabaco em estabelecimentos e transportes públicos”

- Elaboração e implementação de plano de acção contra o tabagismo no âmbito da luta contra as doenças não transmissíveis;
- Implementação de estratégias eficazes e rigorosas baseadas no aumento dos impostos aplicados sobre o tabaco e seus derivados;
- Sensibilização das pessoas através da informação e educação para a mudança de comportamentos prejudiciais à saúde, no sentido de deixarem de fumar.

Doenças alérgicas

Dado que se assiste a um aumento significativo da incidência e da prevalência das doenças alérgicas no país e também da gravidade das mesmas, e da necessidade de se criarem, no SNS, as condições necessárias para o seu diagnóstico e tratamento precoces, as directrizes relativamente a estas doenças, devem privilegiar:

- Diminuição da morbilidade e mortalidade das doenças alérgicas;
- Melhoria da qualidade de vida e do bem-estar dos doentes alérgicos;
- Detecção das necessidades de saúde e detecção de grupos de risco que requeiram estratégias de prevenção específicas;
- Melhoria da eficácia e da eficiência na prestação de cuidados;
- Descentralização dos cuidados de saúde a esses doentes;
- Elaboração de um Programa nacional de controlo da doença alérgica.

Cegueira

Os riscos de cegueira extremamente elevados, no país, obrigam a reunir as condições necessárias e suficientes para o combate eficaz à cegueira evitável ou susceptível de tratamento seguro. Nesse contexto, as directrizes, no âmbito do “Programa nacional de luta contra a cegueira”, da “Estratégia Visão 2020” e em colaboração com as ONGs com intervenção nesse domínio, devem incidir sobre:

- Criação, nos diferentes escalões da pirâmide do Serviço Nacional de Saúde, das condições técnicas, materiais e financeiras necessárias a inquéritos regulares, sobre perturbações da acuidade visual na população em geral, em grupos alvos, a identificar, em particular;
- Rastreio sistemático, desde a idade escolar, das perturbações da acuidade visual;
- Despistagem regular do glaucoma e da catarata em grupos chave identificados no inquérito de prevalência de 1988, a repetir eventualmente.

VIII.2.1.4 - Saúde reprodutiva e familiar [SR]

A política de saúde reprodutiva preconizada pelo Estado constitui um compromisso em prol do desenvolvimento

da pessoa humana e, em especial, do género feminino, baseado na promoção da igualdade e da justiça social e é implementada fundamentalmente através do Programa de Saúde reprodutiva, cujas actividades se integram na acção das diversas estruturas do Serviço Nacional da Saúde, dos diversos níveis.

O Programa de Saúde Reprodutiva visa contribuir para o desenvolvimento nacional com a plena participação da mulher e dos homens na partilha das responsabilidades sobre todos os aspectos relativos à família, à conduta sexual e reprodutiva e à prática do planeamento familiar.

Distinguem-se como principais atribuições da SR:

- Prestar cuidados promocionais, preventivos e curativos específicos na área da atenção integral à saúde da mulher [AISM], e da atenção integral às doenças da infância [AIDI] entre outras;
- Realizar a supervisão técnica das actividades realizadas pelos centros de saúde localizados nas regiões sanitárias;
- Apoiar a formação de médicos, enfermeiros, auxiliares e outros técnicos no domínio da AISM/AIDI/SR;
- Gerir medicamentos, vacinas e outros produtos farmacêuticos específicos, e equipamentos, e garantir a manutenção.

O Programa de Saúde Reprodutiva tem, nos seus Centros da Praia e de S. Vicente, os estabelecimentos de referência com as seguintes funções entre outras:

- Apoiar a elaboração e a divulgação das normas técnicas da AISM/AIDI/SR;
- Organizar a formação contínua de técnicos da saúde e afins na área da AISM/AIDI/SR;
- Funcionar como centros de referência para a AISM/AIDI/SR.

As directrizes para que a Saúde Reprodutiva atinja em 2020 a sua finalidade, incluindo os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, vão no sentido de garantir:

- Para a Saúde da mulher:
 - A disponibilização de informação e educação sobre saúde reprodutiva a todas as pessoas activas sexualmente, independentemente da sua idade, sexo, estado de saúde ou estado civil.
 - Um acesso universal aos cuidados da saúde reprodutiva, sobretudo às mulheres vulneráveis de alto risco obstétrico; adolescentes de ambos sexos; pessoas mais expostas às IST/SIDA; casais [ou mulheres] que desejam espaçar os estados de gravidez ou não queiram ter mais filhos.
 - O desenvolvimento e aplicação do conceito de atendimento integrado à saúde da mulher [AISM], para uma melhoria da qualidade das

respostas no quadro duma maternidade sem risco, oferecendo de forma contínua, integrado no pacote de cuidados essenciais, uma gama completa de serviços [43].

- A utilização de tecnologias apropriadas na prestação dos cuidados, por pessoal capacitado, e com equipamentos e materiais adequados às necessidades;
- O desenvolvimento da investigação operacional para melhorar a saúde sexual e reprodutiva.
- No que se refere à Saúde infantil:
 - O desenvolvimento dum atendimento integral às doenças da infância [AIDI] [44], integrando as actividades de saúde infantil no pacote de cuidados essenciais em todas as estruturas, de acordo com a complexidade de cada nível;
 - A participação, junto do sector da educação e de outros parceiros no programa de saúde escolar.
- Relativamente à Saúde do adolescente:
 - A programação de acções de protecção e promoção da saúde do adolescente tendo em conta os riscos a que está sujeito;
 - Particular atenção à protecção e promoção dos direitos dos adolescentes em matéria de informação e serviços de saúde sexual e reprodutiva e o acesso constante e pleno a essas prestações.
 - O estabelecimento duma relação privilegiada com o sector da juventude para uma programação conjunta aproveitando, nomeadamente, a utilização de Centros da Juventude [45] como local para uma intervenção conjunta.
- No que concerne à Saúde das pessoas idosas
 - A participação numa resposta da sociedade ao envelhecimento da população devido ao aumento de esperança de vida, e aos problemas específicos que atingem essa parte da população acima dos 60 anos;
 - A programação duma atenção geriátrica que harmonize cuidados curativos específicos, cuidados reabilitativos, preventivos e sociais para uma atenção integral a esse grupo.

VIII.2.1.5 - Promoção da Saúde

As estratégias para a promoção da saúde adoptam o postulado da 6ª. Conferência Mundial sobre a promoção da saúde [Bangkok 2005], segundo o qual os progressos na melhoria da saúde exigem uma firmeza da acção política, uma ampla participação e uma acção sustentada de sensibilização, com vista à implementação das seguintes medidas:

- Defender a causa da saúde na base dos direitos humanos e da solidariedade;
- Investir em medidas e infra-estruturas duráveis para agir sobre as determinantes da saúde;
- Elaborar uma “política nacional de promoção da saúde”, desenvolver capacidades de direcção de promoção da saúde, de transferência de conhecimentos e de pesquisa e de informação em matéria de saúde;
- Legislar e regulamentar a fim de assegurar um elevado nível de protecção e de bem-estar para todos os indivíduos;
- Estabelecer parcerias e alianças com outros sectores públicos, com o sector privado, organizações não governamentais e organismos internacionais e a sociedade civil com o fim de realizar acções duráveis.

Para a consecução dessas medidas deve ser reforçado o papel e as funções do Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário [CNDS] como órgão central de execução da política de promoção da saúde.

VIII.2.1.6 - Saúde e Ambiente

A promoção de medidas de melhoria do meio ambiente que o tornem mais saudável e cujas orientações devem privilegiar:

- O incremento da intersectorialidade necessária para disponibilizar à população mais e melhor água potável, condições apropriadas para a recolha, deposição e tratamento do lixo, melhores condições de habitabilidade e de saneamento do meio;
- A promoção de medidas adequadas aos novos desafios que o desenvolvimento económico e o crescimento populacional trazem para o ambiente.

VIII.3 ESTRATEGIAS PARA SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SECTOR DA SAÚDE

O preceituado constitucional que obriga o Estado a garantir as condições para assegurar o direito à saúde pressupõe que o Estado suporte, seja com fundos do Tesouro Público, seja pela mobilização e coordenação das parcerias, externa e interna, a maior parte das despesas com a saúde da população cabo-verdiana, em particular no que toca às despesas com as actividades de Saúde Pública e na garantia dos cuidados à camada vulnerável da população.

[43] - Incluir no pacote básico: consulta pré-natal, vacinação, cuidados obstétricos de emergência, assistência a partos, consulta pós-parto, cuidados ao recém-nascido; planeamento familiar; diagnóstico e tratamento precoce de problemas do foro ginecológico, nomeadamente a despiagem do cancro do colo do útero e da mama.

[44] - Incluir no pacote básico, como cuidados à criança: a vacinação; a vigilância ao crescimento e desenvolvimento; o aconselhamento nutricional; a promoção do aleitamento materno e a triagem de problemas de saúde e seu tratamento adequado.

[45] Ver Documento estratégico: Sessão do Conselho de Ministros dedicada à Juventude, Praia 12/Fev./2002

Mas decorre também da Constituição e das leis, nomeadamente da Lei de Bases de Saúde [46] o dever do cidadão participar nos custos da sua saúde, directamente ou por intermédio de instituições de segurança social e seguradoras, sem que esse princípio ponha em causa o direito à saúde.

O desafio de aumentar os recursos financeiros para fazer face ao constante aumento dos custos da saúde, significará, por um lado, a revisão das contribuições do Estado, da Segurança Social, e dos parceiros externos e, por outro lado, a procura de novas fontes, a começar pela participação do cidadão e a mobilização da parceria interna.

Para isso, as estratégias de financiamento do sector saúde devem ir no sentido de:

1. Observar melhor eficiência na utilização dos recursos disponibilizados, pela adopção de normas estritas de gestão e de critérios precisos na afectação e utilização dos recursos, baseada nas "Contas nacionais de saúde", no quadro das despesas a médio prazo (QDMP) e na evolução dos gastos;
2. Aumentar progressivamente a proporção do OGE afecto ao sector saúde, acima dos 10%, assim como da parte atribuída aos sectores afins;
3. Adequar melhor a distribuição dos recursos financeiros atribuídos ao sector, às necessidades de cada serviço e nível de actividades;
4. Negociar regularmente com as entidades competentes do sistema de segurança e de solidariedade sociais, a revisão da participação nos custos da saúde, enquanto princípio de solidariedade [47];
5. Rever os mecanismos de participação dos utentes que instituem esta como uma fonte de financiamento do sistema e um factor de moderação do consumo dos serviços;
6. Instituir o cartão de saúde do utente [48];
7. Reforçar a mobilização de fundos da cooperação, em condições favoráveis, para apoiar actividades específicas;
8. Estimular o desenvolvimento do sector privado e promover a parceria público-privado conducente à complementaridade almejada e a utilização racional dos respectivos recursos;
9. Estimular as iniciativas comunitárias para que as populações se organizem e suportem parte dos custos dos cuidados com a sua própria saúde através, nomeadamente, do mutualismo;
10. Reforçar as relações institucionais, a nível central e local, susceptíveis de estimular a participação no financiamento dos cuidados de saúde;
11. Promover a ideia do mecenato no sector da saúde.

VIII.4 ESTRATÉGIAS PARA DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos constituem um elemento de primeira importância no desenvolvimento de actividades de saúde e são fundamentais para a materialização da reforma do sector da saúde. Para isso, é essencial a execução do "Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde 2005 – 2014", nomeadamente para dar forma às orientações estratégicas, no sentido de:

1. Redefinir as equipas técnica, administrativa e de apoio, para cada tipo de estrutura e o perfil de cada grupo profissional, tendo em conta a prestação duma atenção primária nos CS como porta de entrada do SNS e a oferta de cuidados hospitalares;
2. Estabelecer uma estratégia de formação e recrutamento de técnicos da saúde, a médio e longo prazo, seja a formação inicial, de aperfeiçoamento e de especialização, necessárias para suprir as carências identificadas;
3. Contribuir para a modernização dos procedimentos e mecanismos de gestão dos recursos humanos, através da revisão de normas e critérios de sua admissão, afectação, distribuição e desempenho;
4. Promover o desenvolvimento de carreiras profissionais de saúde enquanto factor de motivação do pessoal e de estabilidade entre as classes profissionais, para aumentar a qualidade da prestação de cuidados;
5. Melhorar as condições de trabalho em geral e criar incentivos para promover a fixação de quadros nos diferentes postos de trabalho e a afectação de pessoal qualificado às diversas estruturas.
6. Equacionar com as entidades ligadas ao ensino a actualização do papel, funcionamento, relações hierárquicas e tutela das Escolas de Enfermagem por um lado, assim como a elaboração de uma estratégia de formação de técnicos da saúde, por outro.

VIII. 5 ESTRATÉGIA DA REDE DE ESTRUTURAS SANITÁRIAS

Para sustentar os objectivos de cobertura e equidade previstos na reorientação da oferta e da organização dos cuidados de saúde torna-se premente rever e adequar a rede de estruturas na sua diversidade de tipo e de competências. Assim, as orientações estratégicas apontam para:

1. Uma planificação da rede de estruturas necessárias, através da actualização sucessiva da "Carta Sanitária de Cabo Verde" que aponte as necessidades de transformação das existentes, da criação de novas e da definição de prioridades na sua distribuição espacial;

[46] - Lei 41/IV/2004 de 5 de Abril. Artigos 23º e 37º.

[47] - Sistemas de Segurança Social (INPS), Ministério da Solidariedade Social, Companhias de Seguro, entre outros.

[48] - Cartão que incluiria: identificação pessoal, vínculo com o Centro de Saúde do local de residência, seguro de saúde, escalão de participação, etc.

2. Uma prioridade ao estudo e implantação duma rede de Centros de saúde na Praia e no Mindelo para oferecer uma atenção primária de qualidade e acessível a 25% da população do país aí concentrada, e aliviar os hospitais centrais da sobrecarga da atenção primária;
3. A inclusão das unidades privadas de saúde nos estudos para a Carta Sanitária, tendo em conta a complementaridade pretendida e a orientação da administração para eventuais necessidades de implantação de novas unidades;
4. A consolidação da rede, investindo no seu apetrechamento e na manutenção dos edifícios e equipamentos.

VIII.6 ESTRATÉGIAS PARA AS TECNOLOGIAS DE SAÚDE

A actualização mundial das tecnologias de saúde, faz-se num ritmo tal que os recursos afectos às actividades de saúde são sempre escassos e com limitadas perspectivas de aumento para acompanhar essa actualização. Daí a obrigatoriedade duma gestão criteriosa na afectação descentralizada dos recursos tecnológicos e a necessidade duma prévia ponderação de critérios quanto às vantagens e inconvenientes entre a concentração ou dispersão dos mesmos, relativamente à qualidade dos serviços prestados.

A introdução progressiva de novas tecnologias na administração das instituições sanitárias e na gestão dos respectivos recursos, incluindo a informatização, a tele-medicina e outros instrumentos, deve ser promovida e aplicada para agilização dos serviços e facilitação do acesso aos mesmos pelos utentes.

VIII.6.1 - Estratégias sobre os Medicamentos

A disponibilidade 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, é indispensável para o funcionamento do SNS e para melhoria do estado de saúde da população. Para garantir essa disponibilidade, as orientações são no sentido da execução da Política Farmacêutica Nacional, nomeadamente para:

1. Dotar o país dum quadro jurídico revisto e actualizado para o sector farmacêutico;
2. Rever regularmente a Lista Nacional de Medicamentos [LNM] para adequá-la às condições concretas do país: perfil sanitário; formação e experiência do pessoal; recursos financeiros e desenvolvimento do sector privado.
3. Assegurar o aprovisionamento regular e a garantia da qualidade de medicamentos seguros, eficazes a preços acessíveis para garantir a continuidade do circuito do medicamento;
4. Desenvolver e suportar a função reguladora da actividade farmacêutica através da legislação, fiscalização, inspecção e supervisão da comercialização;
5. Incentivar o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional para assegurar uma autonomia progressiva do aprovisionamento da maior parte dos medicamentos da LNM;
6. Promover a formação de técnicos de saúde e a formação do público com vista ao uso racional do medicamento.

VIII.6.2 - Estratégias para os serviços complementares de diagnóstico e tratamento

A descentralização da prestação pressupõe que no pacote essencial de cuidados de saúde esteja incluída a oferta de serviços complementares de diagnóstico, o mais próximo possível da comunidade, pelo que cada nível da atenção deve poder oferecer aqueles serviços previstos no seu conteúdo funcional.

Pressupõe ainda, a revisão e o reforço das redes nacionais de serviços complementares de diagnóstico e tratamento laboratorial, de forma a garantir os critérios de funcionalidade, de qualidade técnica, de continuidade no serviço prestado, de acessibilidade ao menor custo, a nível municipal, regional e nacional. Nesse sentido, as orientações são para:

1. Reestruturar a rede de laboratórios ^[49] para que comporte:
 - a. laboratório (s) nacional (is) diferenciado (s), onde haverá concentração de recursos;
 - b. postos avançados de recolha de produtos e entrega de resultados, em todas as estruturas de saúde;
 - c. circuito garantido de transporte de amostras e comunicação dos resultados;
 - d. pacote de exames de urgência em todas as ilhas;
2. Garantir o circuito dos produtos e reagentes; a formação contínua dos técnicos; a supervisão da qualidade técnica da rede de laboratórios, como medidas indispensáveis para garantir o funcionamento permanente dessa rede;
3. Dotar progressivamente cada nível municipal, de um serviço de radiologia para oferecer, no horizonte 2020, exames simples de ossos e tórax necessários para complementar o diagnóstico e o tratamento, a esse nível;
4. Instalar na região sanitária um serviço de imagiologia capacitado para exames mais complexos, ^[50] respondendo também aos exames referidos pelo nível municipal;
5. Criar um serviço nacional de imagiologia, dotado de recursos para efectuar um conjunto mais complexo e de ponta ^[51] de exames complementares de diagnóstico;

[49] - A de nir durante a formulação do pacote essencial de cuidados, quantos laboratórios 'centrais' e onde localizá-los e que solução especí ca para as ilhas Concelho.

[50] - Incluir no pacote essencial o conteúdo funcional de serviço regional, para preenchimento progressivo

[51] - idem, idem. Considerar a hipótese de os exames poderem ser realizados em outros locais mas a leitura concentrada num ponto para garantir a qualidade do resultado.

6. Criar condições para a realização dos exames de citologia de forma descentralizada para as regiões sanitárias;
7. Concentrar a realização dos exames de histologia num laboratório nacional de anatomia patológica;
8. Desenvolver um serviço de tele-medicina, aproveitando o desenvolvimento das redes de energia e de comunicação do país, pelos benefícios que podem advir para o complemento do diagnóstico e do tratamento, à distância.

VIII.6.3 - Estratégias para aquisição e manutenção de equipamentos e infra-estruturas

A manutenção de equipamentos, cada vez mais sofisticados e caros, é uma imposição para prolongar a vida útil dos mesmos e aumentar a resposta às necessidades de saúde. Ainda, a actual diversidade de tipos e de marcas de equipamentos, dificulta a criação dum programa eficaz de manutenção, pelo que se torna necessário definir orientações para reverter a situação, no sentido de:

1. Padronizar progressivamente o tipo de equipamentos a adquirir e incluir no plano de aquisição um conjunto de peças de reserva para as avarias mais correntes;
2. Criar e manter um programa de manutenção e reparação, dotado de técnicos capacitados, recursos materiais e peças de substituição;
3. Desenvolver e difundir, entre os utilizadores dos equipamentos, noções de utilização correcta e racional dos mesmos para a prevenção dos danos;
4. Criar um programa de manutenção das infra-estruturas.

VIII.7 ESTRATÉGIAS SOBRE A INFORMAÇÃO SANITÁRIA

O conhecimento sistematizado e organizado do que se passa no SNS exige um sistema de informação sanitária que, conjugando os subsistemas de estatística sanitária, vigilância epidemiológica e as informações sobre o funcionamento do sistema, se constitua num instrumento de gestão para a melhoria do desempenho do SNS, facilitando a:

1. Gestão dos dossiers dos utentes, de forma a assegurar a continuidade, a integração e a globalidade dos cuidados, e para tomar decisões que lhes dizem respeito;
2. Gestão das unidades de saúde, na medida em que a análise, o tratamento de dados e a produção da informação, respeitantes aos doentes e aos agravos à saúde, os relativos à população e à gestão interna da própria unidade, constituem um instrumento valioso para a acção eficaz e eficiente do sector;

3. Gestão do serviço nacional de saúde, seja no nível nacional, onde as informações são necessárias para sustentar a elaboração de políticas e a planificação estratégica, seja no nível da região sanitária, onde a informação deve contribuir para o apoio técnico e logístico à coordenação e desenvolvimento harmonioso das unidades englobadas e como base para a planificação a médio termo.

Assim, as orientações estratégicas para a informação sanitária apontam para a:

1. Adopção e implementação gradual e progressiva da Política Nacional de Informação Sanitária [52] de forma a recriar um sistema nacional para a gestão da informação em saúde e a redefinir o quadro dos diversos subsistemas existentes, o seu papel e funções;
2. Inclusão dos dados estatísticos do sector privado da saúde, que obrigatoriamente deverão ser enviados, no circuito da informação.

VIII.8 ESTRATÉGIAS PARA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

A estratégia aponta para a necessidade de se desenvolver mecanismos institucionais de suporte e promoção da investigação no país, privilegiando os de coordenação, da observância da ética e de ligação entre os serviços existentes, no sentido de:

1. Fomentar nos profissionais de saúde o desenvolvimento do espírito sistemático de investigação como um meio de actualizar os conhecimentos e melhorar as aptidões individuais;
2. Promover a investigação de sistemas de saúde, a todos os níveis, como um instrumento de aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde e das relações com os outros sectores intervenientes;
3. Criar condições para o desenvolvimento e suporte à investigação biomédica, como forma de aumentar as aptidões dos investigadores, reforçar os conhecimentos sobre as situações que afectam a população e como melhor adequar as intervenções dos profissionais e do sistema a essas situações;
4. Estabelecer ligações com as instituições universitárias nacionais e com centros de investigação regional e mundial, para garantir um suporte técnico e de procedimentos às pesquisas que vierem a ter lugar;
5. Dotar o país de uma comissão de ética para a investigação em saúde.

[52] - Ver proposta de PNIS de Junho 2005

VIII. 9 ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PARCERIA

A parceria é um dos elementos chave das intervenções em Saúde Pública e constitui um vasto quadro multilateral e inter-governamental de cooperação, que reúne os melhores trunfos para prevenir a doença e melhorar o estado de saúde da população. Visa a optimização da utilização dos recursos e a plena inclusão da saúde no processo de desenvolvimento.

A parceria deve desenvolver-se também num quadro público-privado, igualmente útil para o sector da saúde.

As orientações estratégicas serão no sentido do:

1. Desenvolvimento duma capacidade nacional da coordenação da parceria em saúde, que reúna a vontade política e os mecanismos necessários para se obter consensos sobre os fins, as prioridades, os projectos e o desenrolar das intervenções, desde a programação até à execução.
2. Enquadramento da coordenação da cooperação, no plano de desenvolvimento sanitário, para se precaver contra a duplicação de intervenções e o desperdício de recursos.
3. Reforço da colaboração intersectorial e com organizações da sociedade civil, na definição das prioridades e concertação das acções;
4. Incentivo à participação da sociedade, no sentido da promoção das iniciativas das comunidades em prol da sua saúde, que resultam do reconhecimento, por elas próprias, das suas necessidades.

IX. QUADRO DE EXECUÇÃO

A Política Nacional de Saúde será implementada através de Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário [PNDS], quinquenais que, desenvolvendo os eixos estratégicos retidos, equacionarão os elementos essenciais para um desenvolvimento harmonioso do sector.

Os PNDS serão, por sua vez, traduzidos em planos anuais de acção a serem implementados nos diferentes níveis da pirâmide sanitária. Estes planos de desenvolvimento devem ser elaborados com a participação de todos os actores da saúde, compreendendo, naturalmente os sectores do Estado com influência na saúde, as organizações da sociedade civil e de defesa dos utentes.

O Governo é o principal responsável pela execução da Política Nacional de Saúde, pela mobilização dos recursos necessários à sua realização, pela definição de procedimentos de gestão rigorosa e pela cooperação bilateral e multilateral.

O Governo é igualmente responsável pela mobilização dos parceiros internos privilegiados, entre os quais autoridades locais, associações profissionais e ONGs.

Vários parâmetros poderão constituir obstáculos maiores à realização da PNS. Trata-se, principalmente, à escala nacional e internacional, da situação económica e financeira do país, do nível de pobreza ainda existente e de problemas socioculturais e comportamentais.

De notar ainda que a resolução dos problemas identificados no quadro desta política ou a obtenção dos objectivos fixados é, em grande parte, tributária da acção de outros sectores ou departamentos ministeriais responsáveis pela água, pelo ambiente e seu saneamento, pela educação, pelas estradas, entre outros, que têm uma incidência directa sobre o estado de saúde. Isto tudo exige acções multisectoriais a favor da saúde.

X. MECANISMOS DE MONITORIZAÇÃO E DE AVALIAÇÃO

O Governo assegurará a execução da Política Nacional de Saúde através do seguimento e da avaliação regulares dos indicadores e outros parâmetros previstos para os componentes de cada programa de implementação dos Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário.

As avaliações técnica e financeira dos planos anuais serão os instrumentos basilares desse processo. Serão ainda previstas avaliações externas para complementar o exercício realizado a nível interno.

O Conselho Nacional de Saúde apreciará a execução anual da PNS e a Assembleia Nacional fará a avaliação política, nomeadamente através da apreciação do relatório sobre o Estado da Nação.

O Ministério da Saúde criará um “órgão de gestão do PNDS” intersectorial, no qual participarão os parceiros de desenvolvimento da saúde, nacionais e da comunidade internacional, para assegurar uma execução harmoniosa e equilibrada das várias actividades previstas, na base de um “manual de procedimentos” a aprovar pelo Governo.

GLOSSÁRIO

Acções intersectoriais: A saúde depende do concurso de vários Sectores de desenvolvimento de um país, e não apenas do da Saúde. Por isso se fala de acções intersectoriais ou de acções multisectoriais: acções nas quais o Sector da Saúde e outros relacionados, colaboram para a melhoria do bem-estar físico, psíquico e social de um indivíduo, uma comunidade.

Acidente vascular cerebral: Doença neurológica de aparecimento súbito, provocada por perturbação da circulação sanguínea [hemorragia ou trombose] no cérebro.

Aedes aegypti: Mosquito transmissor da febre-amarela e do dengue.

Anatomia patológica: Ciência médica que estuda detalhadamente o material colhido do corpo humano [por biópsia, durante uma intervenção cirúrgica ou numa autópsia] para diagnóstico de doença ou de causa de morte.

Anemia: Redução dos níveis de hemoglobina no sangue, por perda de sangue [hemorragia] ou outra origem, para valores abaixo dos limites considerados normais, de acordo com a idade, o sexo e a condição fisiológica de uma pessoa.

Anemia ferripriva: Anemia caracterizada por diminuição ou ausência dos stocks de ferro, e baixa concentração de hemoglobina nos glóbulos vermelhos.

Atenção integral às doenças da infância [AIDI]: É uma estratégia para o manejo simultâneo de síndromas, de doenças da infância (diarreia e desidratação, infecções respiratórias agudas, doenças febris e mal nutrição; etc.). Uma estratégia para otimizar a sobrevivência, o crescimento e o desenvolvimento das crianças com idades entre os 0 e os 5 anos e para reduzir a mortalidade neo-natal e infantil, em consonância com as Metas de Desenvolvimento do Milénio.

Atenção integral à saúde da mulher [AISM]: Conjunto das acções de protecção, promoção, assistência a recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde. Visa prevenir, detectar e tratar as patologias que acometem as mulheres ao longo das diversas etapas da vida, tendo em vista não apenas as doenças, mas a vida integralmente, nos seus aspectos humanos e psicossociais, a fim de se garantir melhorias nos cuidados e na qualidade de vida.

Atenção primária: É a assistência sanitária essencial, disponibilizada a um custo acessível a todos, utilizando métodos práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis. A atenção primária tem lugar nos estabelecimentos de saúde mais próximos da população, nas estruturas do primeiro contacto entre o doente e o Serviço Nacional de Saúde, representados em Cabo Verde pelas Unidades Sanitárias de Base, os Postos Sanitários e os Centros de Saúde. Este último é a referência da atenção primária.

Bócio endémico: Chama-se Bócio, ao aumento de volume da glândula tiróide. Ele pode surgir por insuficiência de ingestão de iodo e nesse caso diz-se que ele é endémico. O uso do sal iodado, preconizado em Cabo Verde, é uma medida de prevenção do bócio endémico.

Cardiopatias isquémicas: Doenças do coração derivadas de má circulação nas artérias [coronárias] que irrigam o próprio coração. É expressão máxima o “Enfarto do Miocárdio”.

Cardiopatias reumatismais: Doenças do coração resultantes da complicação de doenças infecciosas [da faringe, da pele, dos tecidos moles] por estreptococos do grupo A.

Carta Sanitária: Ordenamento espacial de todo o território para a programação duma oferta eficiente e equitativa da atenção à saúde. A Carta Sanitária possibilita a racionalização da expansão da rede física de saúde.

Catarata dita senil: Doença dos olhos caracterizada pela opacificação do cristalino ou da sua cápsula, com consecutiva diminuição da transparência aos raios luminosos e portanto diminuição da acuidade visual. Mais frequente nos idosos.

Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário [CNDS]: Serviço personalizado do Estado, sob tutela do Ministro da Saúde, ao qual incumbe garantir a coordenação multisectorial das actividades necessárias ao desenvolvimento do Sector da Saúde.

Centro de saúde: É a unidade através da qual se prestam cuidados de saúde primários integrados aos indivíduos e às famílias, como elementos de uma comunidade

com os seus problemas, necessidades e comportamentos específicos. A assistência sanitária deve ser permanente e, sempre que possível, prestada por médico generalista. Em Cabo Verde, o Centro de Saúde é o estabelecimento de referência para os Cuidados Primários de Saúde

Centros de saúde reprodutiva: Unidade de saúde destinada à prestação de cuidados de saúde reprodutiva, de atenção integral à mulher, desenvolvimento e crescimento da criança, saúde do adolescente e imunização contra as doenças mais correntes na infância. Designação actual dos antigos Centros de PMI/PF.

Comissão Nacional de Medicamentos: Órgão consultivo do Ministério da Saúde em matéria de política de medicamentos. Entre as suas competências, deve rever periodicamente a Lista Nacional de Medicamentos.

Comissões Municipais de Saúde: Órgãos de acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde e de consulta do Ministro da Saúde em matéria de formulação e execução da política nacional de saúde a nível municipal.

Comparticipação: Contribuição financeira dos utentes do Serviço Nacional de Saúde nos custos das prestações de cuidados.

Conselho do Ministério da Saúde: Órgão de consulta do Ministro da Saúde em matéria administrativa e técnica, integrado pelos dirigentes dos Serviços Centrais do Ministério e os assessores do Ministro.

Conselho Nacional de Saúde: Órgão de acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde e de consulta do Ministro da Saúde em matéria de formulação e execução da política nacional de saúde.

Conselhos Consultivos das Regiões Sanitárias: Órgãos de gestão das Regiões Sanitárias destinados a assegurar, na circunscrição territorial coberta pela RS, a representação de entidades e organizações regionais com intervenção na área da saúde, assim como o exercício, de forma organizada e sistemática, do direito de participação dos cidadãos na definição da política de saúde e no acompanhamento da sua execução.

Contas nacionais de saúde: Instrumentos de análise detalhada sobre o financiamento e os gastos público e privado de um sistema de saúde, que contêm: i) as fontes e os destinos dos fundos dedicados à atenção de saúde; ii) a concentração de gastos nos diferentes serviços e programas; iii) a distribuição do orçamento entre diferentes regiões e grupos populacionais.

Coqueluche: Doença transmissível de origem bacteriana, também conhecida como Tosse convulsa

Cuidados de atenção terciária: São cuidados médicos especializados, complexos e geralmente muito dispendiosos, prestados em hospitais altamente diferenciados.

Cuidados Primários de Saúde: São cuidados médicos gerais para as afecções e os traumatismos correntes, cuidados promocionais e de prevenção da doença, a um custo acessível a todos, utilizando métodos práticos, cien-

tificamente fundamentados e socialmente aceitáveis. São disponibilizados no primeiro ponto de contacto do sistema de saúde com o consumidor. Ver atenção primária.

Cuidados secundários: São cuidados especializados, ambulatoriais e hospitalares correntes, que em Cabo Verde são disponibilizados nos Hospitais Regionais.

Delegacias de Saúde: São serviços desconcentrados do Ministério da Saúde, de base territorial, integrados na estrutura da Direcção Geral de Saúde, encarregadas, a nível dos concelhos, da promoção e da protecção da saúde das populações e da prevenção, tratamento e reabilitação da doença.

Despesa de saúde per capita: Soma das despesas pública e privada de saúde, dividida pelo número de habitantes.

Diabetes: Doença do metabolismo do açúcar, por insuficiência de insulina traduzindo-se na elevação do nível do açúcar no sangue e consequente presença na urina. É uma doença não transmissível, de carácter familiar ligada quer à obesidade e sedentarismo, insuficiência relativa de insulina, quer à redução da sua produção pelo pâncreas.

Distrito sanitário: Conceito de Desenvolvimento Sanitário referente a uma zona administrativa bem definida e respectiva população, e onde a estrutura administrativa local assume atribuições e responsabilidades de diversos sectores da administração central.

Doenças degenerativas: Estados patológicos ligados ao envelhecimento, caracterizados por uma deterioração progressiva dos órgãos e consequente deficiência funcional dos mesmos. Conjunto de doenças relacionadas a múltiplos factores de risco: ambientais, comportamentais, de ambiente de trabalho e genéticos. Incluem, entre outras, a doença pulmonar obstrutiva crónica, cancro, diabetes, doenças cardiovasculares, artroses, obesidade, demência e outras perturbações mentais, etc.

Doenças infecto-contagiosas: Conjunto de doenças que podem ser adquiridas por contacto directo de pessoa a pessoa, ou indirecto por contaminação biológica [alimentos, água, etc.] e também por vectores biológicos. Também se chamam Doenças transmissíveis.

DOTS (Directly Observed Treatment -Short Course / tratamento de curta duração sob observação directa): Estratégia de grande eficácia e baixo custo, para o tratamento da tuberculose.

Drogas lícitas: Compostos de substâncias psicopatias cuja produção, comercialização e uso não é criminalizado. No nosso meio, as drogas lícitas mais consumidas são as bebidas alcoólicas, o tabaco e certos medicamentos.

Drogas ilícitas: Substâncias psicopatias cuja produção, comercialização e uso é criminalizado, tais como a “padjinha”, cocaína, heroína, etc.

Epidemia: Manifestação súbita e generalizada de uma doença, numa comunidade, região ou país, sobre um grande número de pessoas, excedendo claramente a incidência normal prevista. Uma epidemia que ameaça todos os países chama-se pandemia.

Epidemiologia: Ciência que estuda o processo saúde-doença em colectividades humanas, analisando a distribuição e os factores determinantes das enfermidades, riscos para a saúde e ocorrências associadas à saúde da comunidade, propondo medidas específicas de prevenção, controlo ou erradicação de doença, fornecendo indicadores necessários para o planeamento, seguimento e avaliação das intervenções.

Equidade no acesso: A equidade é um princípio fundamental da Política Nacional de Saúde de Cabo Verde, que preconiza a garantia, a todos, de oportunidades iguais de assistência sanitária para atingir o melhor nível possível de bem-estar físico, psíquico e social.

Erradicação da doença: Cessação da transmissão duma infecção, pela extinção do agente etiológico da doença em questão. A erradicação pressupõe a ausência completa de risco de reintrodução da doença, sendo desnecessárias medidas de prevenção ou de controlo.

Estratégia visão 2020: VISÃO 2020 tem como meta eliminar as principais causas da cegueira evitável até 2020, por acção conjunta das agências governamentais e ONGs a fim de facilitar o planeamento, desenvolvimento e implementação de programas sustentáveis de saúde ocular.

Evacuações sanitárias: Transferência de doentes para níveis de prestação de cuidados mais diferenciados. Podem ser dentro do país, ou para o exterior.

Exames complementares de diagnóstico: Análises laboratoriais, exames de imagiologia e outros que permitem o diagnóstico correcto e consequente tratamento das doenças.

Factores determinantes de saúde: São elementos de natureza diversa com influência na saúde dos indivíduos ou das comunidades. Eles são, entre outros: i) comportamento pessoal e estilos de vida; ii) condições de vida, ambiente de trabalho; iii) acesso a cuidados de saúde; iv) condições socioeconómicas, culturais políticas e ambientais em geral.

Farmacovigilância: Processo científico relativo à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer outros problemas referidos a medicamentos.

Glaucoma: Doença ocular, assintomática durante anos, caracterizada pelo aumento da pressão intra-ocular, levando à cegueira quando não diagnosticada e tratada a tempo.

Hipertensão arterial: Elevação persistente da pressão sanguínea, no sistema circulatório, acima dos níveis considerados normais [cerca de 140 para a pressão sistólica e 90 para a diastólica]. Notar que os valores da pressão normal, numa população, distribuem-se segundo uma curva de Gauss ou curva de probabilidade de ocorrências.

Hipovitaminose A: Deficiência de vitamina A por causas dietéticas, bioquímicas ou clínicas, com repercussões sistémicas que afectam as estruturas epiteliais de diferentes órgãos, nomeadamente os olhos, os mais atingidos. Ver Xeroftalmia.

Hospitais Centrais: Estabelecimentos públicos que, em Cabo Verde, prestam os cuidados de saúde mais diferenciados, em estreita articulação com os outros níveis da rede sanitária. Gozam de autonomia administrativa, financeira e patrimonial; regem-se por estatuto próprio.

Hospitais Regionais: Estabelecimentos de Saúde vocacionados para a prestação de cuidados diferenciados de nível secundário, em regime ambulatorio e de internamento, nas especialidades de clínica médica, de cirurgia, de ginecologia/obstetrícia e de pediatria. Em Cabo Verde o Hospital Regional está no topo da hierarquia de referência de uma região.

Humanização dos serviços: Responsabilização mútua dos serviços de saúde e da comunidade no estreitamento de vínculos entre as equipas de profissionais de saúde de um estabelecimento e a população servida. Esses vínculos têm pressupostos sociais, éticos, educacionais e psíquicos presentes em todo o relacionamento humano.

Incidência: Número de casos novos de uma doença, ocorridos numa determinada população, durante um período específico de tempo. Em geral o período de referência é um ano.

Indicadores de saúde: São variáveis que permitem apreciar, de modo relevante, determinados atributos e parâmetros do estado de saúde, bem como o desempenho do sistema de saúde. Quando vistos de forma conjunta, os indicadores reflectem a situação sanitária de uma população e servem para a vigilância das condições de saúde.

Letalidade: Medida da maior ou menor potencialidade de uma doença em provocar a morte das pessoas afectadas. Obtém-se a letalidade calculando-se a relação entre o número de óbitos resultantes de determinada doença e o número de pessoas que foram realmente acometidas por ela, exprimindo-se o resultado em percentagem.

Lista Nacional de Medicamentos: Relação de medicamentos adequados ao perfil epidemiológico de um país e cuja importação e comercialização são recomendadas pela Comissão Nacional de Medicamentos.

Maternidade sem risco: Estratégia de oferta de cuidados e serviços às mulheres, durante a gravidez e o parto, incluindo o acesso a cuidados especializados em caso de complicações, com vista à prevenção, detecção precoce e tratamento atempado dos riscos obstétricos; da prevenção da gravidez não desejada e do aborto clandestino.

Medicamentos essenciais: Os medicamentos que respondem às necessidades prioritárias em saúde da população; são escolhidos na base do seu interesse para a saúde pública, das provas científicas da sua eficácia, sua inocuidade e sua relação custo/eficácia terapêutica em relação a outros medicamentos. Os medicamentos essenciais devem ser de qualidade assegurada, estar disponíveis no sistema de saúde, a um preço acessível, em quantidade suficiente, sob uma forma apropriada e acompanhada duma informação adaptada.

Micronutrientes: Elementos nutritivos essenciais de que o organismo necessita, em quantidades ínfimas, como as vitaminas e os sais minerais.

Morbilidade: Variável característica das comunidades de seres vivos e que se refere ao conjunto dos indivíduos, numa população exposta, que adquirem doenças num dado intervalo de tempo. Também se fala de morbilidade relativamente ao comportamento das doenças e dos males à saúde.

Mortalidade: Variável característica das comunidades de seres vivos que se refere ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo.

Morbi-mortalidade: Impacto das doenças e dos óbitos que ocorrem numa população.

Mortalidade materna: Óbitos de mulheres por causas relacionadas com a gravidez o parto e o pós-parto.

Nosologia: É a classificação das doenças segundo características comuns (etiopatogenia) e serve, basicamente, para finalidades estatísticas de análise quanto à distribuição das doenças numa população.

Notificação: Comunicação oficial da ocorrência de casos de doença à autoridade competente por hospitais, laboratórios, médicos, ou qualquer pessoa que tenha conhecimento delas. Há doenças cuja notificação é obrigatória, a nível nacional e internacional, como a Cólera, a Febre-amarela, a Poliomielite, entre outras.

Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: Conjunto de metas específicas a atingir em 2015, sobre as quais os dirigentes mundiais, reunidos na Cimeira do Milénio em Setembro de 2000, reafirmaram as suas obrigações comuns para com todos os habitantes do planeta, especialmente os mais vulneráveis e em particular as crianças. Os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio irão guiar os esforços colectivos relativamente ao combate à pobreza e ao desenvolvimento sustentável.

Pacote essencial de cuidados integrados: Conjunto de cuidados de saúde que deve ser fornecido pelas estruturas de saúde a toda a população, em função das suas necessidades, de forma economicamente acessíveis.

Paludismo autóctone: Caso de paludismo contraído na zona de residência.

Paludismo importado: Caso contraído fora da zona onde se fez o diagnóstico. O emprego dessa expressão dá a ideia de que é possível situar, com certeza, a origem da infecção numa zona conhecida.

Perfil epidemiológico: Conjunto de doenças dominantes, mais frequentes, que conformam o estado de saúde de uma determinada comunidade, um país.

Periodontopatias: Doenças que inflamam e destroem as estruturas que rodeiam e suportam os dentes, principalmente as gengivas, o osso e a camada externa da raiz do dente.

PFA: Paralisia flácida aguda. Sinal dominante da Poliomielite e de outras doenças que afectam nervos periféricos.

Planeamento familiar: Estratégia de saúde reprodutiva destinada a assegurar às pessoas acesso à informação, a métodos de contracepção seguros, a serviços de saúde adequados que permitam a vivência da sexualidade segura e saudável, bem como uma gravidez desejada e o parto nas condições mais adequadas.

Poliomielite: Infecção viral dos nervos motores periféricos, muito contagiosa, por vezes mortal, que pode provocar paralisia permanente de grupos musculares dos membros.

Política Nacional de Saúde: Conjunto de orientações estratégicas, normas e decisões que definem as prioridades a tomar em consideração, na área da saúde, e as principais vias para se atingirem os objectivos a atingir num determinado período de tempo.

Postos Sanitários: Estabelecimentos de saúde de atenção primária, a cargo de um enfermeiro, vocacionados

para actividades de promoção da saúde, de prevenção da doença, e de prestação de cuidados curativos no âmbito da enfermagem ambulatória e comunitária.

Prevalência: Número ou proporção de pessoas portadoras de um evento, doença, em determinado momento/período.

Programas de saúde pública: Programas de acção em saúde da comunidade que incluem o diagnóstico da conjuntura, objectivos, actividades, metas e indicadores destinados a melhorar a situação vigente, acompanhar, controlar e avaliar os resultados da acção empreendida.

Referência e contra-referência: Acto formal de encaminhamento de um paciente para um estabelecimento de nível mais diferenciado e seu reenvio ao estabelecimento de origem após resolução do motivo da referência.

Região sanitária: Figura de descentralização no processo de planeamento do sector de saúde, destinada a otimizar, em termos de eficácia, eficiência e rendibilidade técnica, a utilização de recursos disponibilizados para a prestação de cuidados a uma população suficientemente grande e residente num espaço geográfico determinado. Em Cabo Verde a Região Sanitária integra um certo número de Municípios/Delegacias de Saúde contíguos, reunindo os critérios indicados.

Regime de exclusividade: Regime de trabalho efectivo nos serviços públicos, implicando a proibição do desempenho de actividades no sector privado.

Retinopatias: Termo genérico consagrado às doenças da retina [descolamento; hemorragia; tumor] e que se traduzem em diminuição da acuidade visual ou cegueira total consoante a gravidade. A retina é uma membrana de células nervosas que atapeta o fundo do olho e que recebe as imagens luminosas transmitidas em seguida para o cérebro através do nervo óptico.

Sector Privado da Saúde: Organização, prestações e financiamento de serviços de saúde fora do sector público, com fins lucrativos ou não lucrativos.

Sedentarismo: Termo que define a falta ou a grande diminuição de actividade física; não associado necessariamente à falta de actividade desportiva. Em Medicina Moderna, o sedentário é o indivíduo que gasta poucas calorias por semana com actividades físicas.

Seguro-doença: Processo de transferência das responsabilidades financeiras associadas a cuidados de saúde por período negociado, em troca de pagamento prévio de uma apólice (Seguro de saúde).

Serviço de imagiologia: Departamento de exames complementares que englobam desde a mais convencional Radiologia [Raios X], a Ecografia, a Tomografia Axial Computorizada [TAC], a Ressonância Magnética (RM) até técnicas menos divulgadas como o "Positron Emission Tomography" [PET], entre outras.

Serviço de tele-medicina: Tele-medicina é um meio de oferta, à distância, de serviços ligados aos cuidados de saúde, usando tecnologias de informação e de comunicação, para o intercâmbio de conhecimentos referentes a diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças e a contínua educação de profissionais de saúde, assim como para fins de investigação.

Serviço Nacional de Saúde: Conjunto integrado de todos os recursos humanos, financeiros e materiais de propriedade pública, privada ou mista que a adminis-

tração 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;

Síndrome Respiratória Aguda Severa [SARS]: Doença respiratória viral grave que ocorreu pela primeira vez em Guangdong, na China, em Novembro de 2002. A SARS (Severe acute respiratory syndrome) é caracterizada por sintomas variados, como febre, dores musculares, seguidos por sintomas respiratórios, incluindo tosse não produtiva e falta de ar, podendo evoluir para uma insuficiência respiratória.

Sistema de Informação Sanitária: Conjunto de elementos interrelacionados, destinados a recolher e a analisar dados, assim como a fornecer informações (sobre gestão, estatística sanitária e outra documentação) para a gestão do sector da saúde.

Sustentabilidade financeira: Garantia de recursos para a existência e funcionamento dum serviço, dum sistema. Termo frequentemente evocado para indicar as dificuldades enfrentadas pelo Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde em responder às necessidades e expectativas dos cabo-verdianos em matéria de assistência sanitária, e a urgência de se procurar fontes alternativas de recursos para custear o desenvolvimento desejado do SNS.

Tabagismo passivo: Inalação do fumo derivado do tabaco (cigarro, charuto, cigarrilhas, cachimbo) por não fumadores, que convivem com fumadores.

Taxa (Coeficiente) de Letalidade: Medida de frequência de óbitos por determinada causa [doença], entre membros de uma população atingida por ela.

Taxa (Coeficiente) de Mortalidade: Medida de frequência de óbitos numa determinada população, durante um intervalo de tempo específico. Ao serem incluídos os óbitos por todas as causas, tem-se a taxa de mortalidade geral. Caso se incluam somente óbitos por determinada causa, tem-se a taxa de mortalidade específica.

Taxa Bruta de Mortalidade [TBM]: Relação, num período de tempo, entre o total de óbitos e a população total. Representa o risco que tem um membro dessa população de morrer no decorrer desse período, em geral um ano.

Taxa Bruta de Natalidade [TBN]: Relação entre o número de crianças nascidas vivas durante um ano e a população total. Usualmente esta relação é expressa por mil habitantes. É a medida de frequência de nascimentos, numa determinada população, durante um período de tempo determinado.

Taxa de Ataque: É a taxa de incidência acumulada, usada frequentemente para grupos particulares, observados por períodos limitados de tempo, e em condições especiais, como numa epidemia. As taxas de ataque são usualmente expressas em percentagens.

Taxa de Ataque Secundário: É a medida de frequência de casos novos de uma doença, entre contactos próximos de casos conhecidos, ocorrendo dentro de um período de incubação aceite, após exposição ao caso índice. Essa taxa é frequentemente calculada para contactos domiciliares.

Taxa de Morbilidade: Medida de frequência de doença numa população. Existem dois grupos importantes de taxa de morbilidade: as de incidência e as de prevalência.

Tecnologias de saúde: Conjunto de métodos, procedimentos, técnicas e conhecimentos, "cientificamente válidos", utilizados em saúde. Também se fala de Novas tecnologias para a saúde.

Toxicod dependência: Estado de intoxicação periódico ou crónico, gerado pelo consumo repetido de uma substância psicoactiva, natural ou sintética, que é acompanhado de um irresistível desejo ou de uma necessidade de continuar a consumir a droga, de procurá-la por todos os meios, com tendência a aumentar as doses e a dependência psíquica, e também física, em relação aos seus efeitos.

Transição epidemiológica: Mudanças que ocorrem nos perfis de morbi-mortalidade de uma população. O facto epidemiológico mais representativo seria a passagem do pólo desnutrição/infecção para o pólo obesidade/doenças crónico-degenerativas.

Transtornos Mentais: O termo “doença mental” ou transtorno mental, engloba um vasto espectro de condições relativas à saúde mental. Transtornos mentais são alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho na vida pessoal, na vida familiar, na vida social, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de se orientar, na possibilidade de ter prazer na vida em geral. Por vezes, doenças do corpo afectam a mente; outras vezes, desconfortos, escondidos no fundo da mente podem desencadear doenças do corpo ou produzir sintomas somáticos.

Unidades Sanitárias de Base [USB]: Estabelecimentos de saúde de nível básico, sob a responsabilidade de um agente sanitário, servindo de extensão na prestação de cuidados por médicos ou equipas das unidades de cuidados materno-infantis. As USB são vocacionadas, sobretudo, para actividades educativas, promocionais e preventivas, e para primeiros socorros e seguimento de doentes sob tratamento prolongado a domicílio.

Utentes: Utilizadores, usuários.

Vigilância epidemiológica: Conjunto de acções que proporciona o conhecimento, a prevenção ou a detecção de qualquer mudança nos factores determinantes e condicionantes da saúde individual ou colectiva, com a finalidade de propor as medidas de prevenção e controle das doenças ou dos riscos de doença.

VIH/SIDA: Vírus de Imunodeficiência Humana / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

XEROFTALMIA: Doença caracterizada pela secura e retracção da conjuntiva ocular devida à incapacidade das glândulas lacrimais em produzir lágrimas. É uma avitaminose referente à vitamina A.

O Primeiro-Ministro, *José Maria Pereira Neves*.

Resolução n.º 6/2008

de 18 de Fevereiro

Reconhecendo a importância que o complexo “Praia Shopping”, a ser implementado pela empresa “CALÚ & ÂNGELA” na localidade de Quebra Canela, reveste para o desenvolvimento urbanístico e económico da cidade da Praia;

Considerando que a referida infra-estrutura comercial e hoteleira constituirá uma mais valia com uma forte componente de utilidade pública, nomeadamente, no que

concerne à preservação do meio ambiente, à construção de um parque de estacionamento público de viaturas e construção de circuitos pedonais na localidade;

Tendo em conta que, para a viabilização do projecto é necessária a concessão de uma parcela do domínio público marítimo,

Ao abrigo do disposto na alínea c) do número 3 do artigo 11º da Lei nº 44/VI/2004, de 12 de Julho e,

No uso da faculdade conferida pelo número 2 do artigo 260º da Constituição, o Governo aprova a seguinte resolução:

Artigo 1º

Atribuição

É atribuída à Sociedade “CALÚ & ÂNGELA” – Sociedade por quotas de responsabilidade limitada, com sede na cidade da Praia, ilha de Santiago, a concessão de uma parcela de terreno do domínio público marítimo situada na localidade de Quebra Canela, cidade da Praia, medindo mil e setecentos metros quadrados, para a construção do complexo “Praia Shopping”, sem prejuízo da obediência aos princípios e regras legais do licenciamento.

Artigo 2º

Prazo

A presente concessão tem a duração de 50 anos, podendo ser prorrogada.

Artigo 3º

Assinatura do contrato

Fica autorizado o Ministro de Estado e das Infra-estruturas Transportes e Mar para, em nome do Estado de Cabo Verde, proceder à assinatura do contrato de concessão referido no artigo 1º e estabelecer a contrapartida financeira pela ocupação desse domínio.

Artigo 4º

Depósito

O original do contrato fica em depósito no Instituto Marítimo e Portuário.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros

José Maria Pereira Neves

Publique-se.

O Primeiro-Ministro, *José Maria Pereira Neves*

—oço—

**MINISTÉRIO DAS INFRAESTRUTURAS,
TRANSPORTES E MAR
E MINISTÉRIO DAS FINANÇAS
E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

Gabinete dos Ministros

Portaria Conjunta nº 4/2008

de 18 de Fevereiro

O nº 3 do artigo 42º do Decreto-Lei nº 33/2007, de 24 de Setembro, prevê o pagamento de taxas por parte das entidades certificadoras de assinaturas digitais, sendo o respectivo montante fixado em função dos custos associados às tarefas administrativas, técnicas, operacionais e de fiscalização da competência da autoridade credenciadora.

Com a presente Portaria dá-se cabal cumprimento ao citado normativo.

Assim,

Ao abrigo do nº 3 do artigo 42º do Decreto-Lei nº 33/2007, de 24 de Setembro, que regula o uso da assinatura electrónica, o reconhecimento da sua eficácia jurídica, a actividade de certificação, bem como a contratação electrónica.

Manda o Governo, pelo Ministro das Infraestruturas, Transportes e Mar e pela Ministra das Finanças e Administração Pública o seguinte:

Artigo 1º

Objecto

O presente diploma fixa o montante de taxas devidas pela credenciação e pelo registo das entidades certificadoras de assinaturas digitais.

Artigo 2º

Fixação de taxas

As taxas devidas pela credenciação e pelo registo das entidades certificadoras referidas no artigo anterior, que emitam certificados qualificados, são as seguintes:

- 50000\$00, pelo acto de registo da entidade certificadora;
- 75.00000, pela credenciação da entidade certificadora; e
- 50.000\$00, pela renovação da credenciação da entidade certificadora.

Artigo 2º

Prazo para pagamento de taxas

As taxas fixadas no artigo anterior são pagas pela entidade certificadora, no prazo máximo de trinta dias após notificação pela autoridade credenciadora, do acto de registo, da atribuição da credenciação ou da sua renovação.

Artigo 3º

Entrada em vigor

O presente diploma entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Gabinete do Ministro de Estado das Infra-estruturas, Transporte e Mar e da Ministra das Finanças e Administração Pública, na Praia, aos 14 de Janeiro de 2008. — Os Ministros, *Manuel Inocêncio Sousa – Cristina Duarte*.

—oço—

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gabinete do Ministro

Despacho

Convindo desconcentrar a competência para a homologação das decisões das Juntas de Saúde, por forma a agilizar, sobretudo, os processos de evacuação de doentes:

Ao abrigo do disposto no artigo 7º nº 3 do Decreto-Lei nº 39/2006, de 10 de Julho, conjugado com o estabelecido no artigo 19º nº 1 do Decreto-Legislativo nº 2/95, de 20 de Junho, e no artigo 26º nº 1 do Decreto-Legislativo nº 13/97, de 1 de Julho, delego na Directora-Geral da Saúde a competência para homologar as decisões das Juntas de Saúde, bem como apreciar e decidir a situação dos doentes evacuados, relativamente à sua permanência ou não em tratamento no exterior.

Gabinete do Ministro da Saúde, na Praia, aos 3 de Janeiro de 2008. — O Ministro, *Basílio Mosso Ramos*.



BOLETIM OFICIAL

Registo legal, nº 2/2001, de 21 de Dezembro de 2001



Av. Amílcar Cabral/Calçada Diogo Gomes, cidade da Praia, República Cabo Verde.

C.P. 113 • Tel. (238) 612145, 4150 • Fax 61 42 09

Email: incv@gov1.gov.cv

Site: www.incv.gov.cv

AVISO

Por ordem superior e para constar, comunica-se que não serão aceites quaisquer originais destinados ao Boletim Oficial desde que não tragam aposta a competente ordem de publicação, assinada e autenticada com selo branco.

Sendo possível, a Administração da Imprensa Nacional agradece o envio dos originais sob a forma de suporte electrónico (Disquete, CD, Zip, ou email).

Os prazos de reclamação de faltas do Boletim Oficial para o Concelho da Praia, demais concelhos e estrangeiro são, respectivamente, 10, 30 e 60 dias contados da sua publicação.

Toda a correspondência quer oficial, quer relativa a anúncios e à assinatura do Boletim Oficial deve ser enviada à Administração da Imprensa Nacional.

A inserção nos Boletins Oficiais depende da ordem de publicação neles aposta, competentemente assinada e autenticada com o selo branco, ou, na falta deste, com o carimbo a óleo dos serviços donde provenham.

Não serão publicados anúncios que não venham acompanhados da importância precisa para garantir o seu custo.

ASSINATURAS

Para o país:

	Ano	Semestre
I Série	8.386\$00	6.205\$00
II Série.....	5.770\$00	3.627\$00
III Série	4.731\$00	3.154\$00

Para países estrangeiros:

	Ano	Semestre
I Série	11.237\$00	8.721\$00
II Série.....	7.913\$00	6.265\$00
III Série	6.309\$00	4.731\$00

Os períodos de assinaturas contam-se por anos civis e seus semestres. Os números publicados antes de ser tomada a assinatura, são considerados venda avulsa.

AVULSO por cada página 15\$00

PREÇO DOS AVISOS E ANÚNCIOS

1 Página	8.386\$00
1/2 Página	4.193\$00
1/4 Página	1.677\$00

Quando o anúncio for exclusivamente de tabelas intercaladas no texto, será o respectivo espaço acrescentado de 50%.

PREÇO DESTE NÚMERO — 510\$00