
UM OLHAR SOBRE A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE EM CABO VERDE, DE ALMA-ATA, 1978, A ASTANA, 2018

António Pedro Delgado¹

1. Médico, MHP, Ph.D. Global Health Tropical Medicine/ Instituto de Higiene e Medicina Tropical/ NOVA, Lisboa Portugal / Faculdade de Ciências e Tecnologia da Uni-CV. © Largo Coculi, 11 Terra Branca, CP 309, Praia Cabo Verde; apc_delgado@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-9292-0378>.

Resumo

Para analisar a trajetória dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) em Cabo Verde, foi feita uma revisão literária sobre os temas Alma-Ata, Astana e Cabo Verde para verificar a estratégia integral de saúde contida no CPS no país, cuja vida independente coincide com o tempo entre as Declarações de Alma-Ata e Astana. As condições iniciais eram bastante difíceis em recursos de toda a natureza, com necessidades básicas de saúde que estavam a ser suplantadas com a aplicação de preceitos CPS. Além disso, estes foram incorporados nos documentos fundamentais do país, com ênfase na Constituição da República e aplicados na prática. As intervenções foram positivas e eficazes, especialmente a educação para a saúde, os cuidados primários curativos para infecções respiratórias agudas e a reidratação oral. A organização dos serviços e a sua presença nas ilhas mais isoladas foram importantes. O projeto para Proteção Materno-Infantil e Planejamento Familiar revelou-se um elemento-chave na aplicação da política geral do CPS. A evolução das taxas de: mortalidade infantil, de crianças menores de 5 anos, de mortalidade materna e de cobertura da vacinação indicaram uma melhoria geral das condições de vida e de saúde das pessoas devido às intervenções de políticas públicas, também em aspectos sociais, ambientais e de rendimento. O sistema de saúde é confrontado pela exigência de cobertura universal para modernizar, oferecendo melhores cuidados hospitalares, mas continuando a atualizar e a alargar o CPS.

Palavras-chave: Cabo Verde. Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. Declaração de Astana.

Abstract

To analyse the trajectory of Primary Health Care (PHC) in Cabo Verde, a literary review was made on the themes Alma-Ata, Astana and Cape Verde to verify the comprehensive health strategy contained in the PHC in the country, whose independent life coincides with the time between the Declarations of Alma-Ata and Astana. The initial conditions were quite difficult in resources of all nature, with basic health needs that were being supplanted with the application of PHC precepts. In addition, these were incorporated into the country's fundamental documents, with emphasis on the Constitution of the Republic and applied in practice. The interventions were positive and effective, especially health education, curative primary care for acute respiratory care, and oral rehydration. The organization of the services and their presence on the most isolated islands were important. The project for Maternal and Child Protection and Family Planning proved to be a key element in the implementation of the general policy of the PHC. The evolution of the rates of infant and children under 5 years mortality, maternal mortality and vaccination

coverage indicated a general improvement in the living conditions and health of people due to interventions of public policies, also in social, environmental and income aspects. The health system is confronted by the requirement of universal coverage to modernize, offering better hospital care, but continuing to update and extend the PHC.

Keywords: Cape Verde. Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. Declaration of Astana.

INTRODUÇÃO

O presente artigo é uma revisão da literatura que olha sobre a trajetória dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) em Cabo Verde e seus efeitos sobre o desenvolvimento da saúde e geral entre duas Cimeiras Mundiais, que ocorreram mediados de 40 anos, em Alma-Ata e agora em Astana, procurando compromissos para fazer dos CPS uma política integral de saúde e o motor para satisfazer as necessidades e aspirações na área de saúde de todos, particularmente dos mais atrasados no desenvolvimento dos seus sistemas de saúde.

Para os países africanos e asiáticos da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), é como ter a infância e a adolescência independentes sob os auspícios desse esforço internacional de melhoria das condições de saúde das populações envolvidas. Assim, o olhar sobre o contexto torna-se necessário para se precisar o ponto de partida.

Impôs-se uma leitura das Declarações e a análise de como as suas orientações foram incorporadas nas políticas, estratégias e programas oficiais e qual o impacto estas tiveram traduzido por resultados de saúde que são apresentados. Por fim, analisamos alguns pontos críticos que precisam de resolução, nomeadamente, a articulação desejável entre os CPS e os cuidados hospitalares, para melhorar a resposta global às necessidades de saúde dos cabo-verdianos e à sua satisfação.

CONTEXTO DE UM PAÍS NASCIDO EM 1975

Cabo Verde surgiu na cena internacional como nação independente a partir de 5 de julho de 1975, data em que rompeu oficialmente os vínculos com a metrópole colonial portuguesa, constituindo o “primeiro marco”, mais saliente da República. Apesar da estreia como país independente ter sido extremamente deficitária no que diz respeito a recursos humanos, materiais e financeiros, que augurou, para alguns, uma situação de inviabilidade, ou quase, a nação cabo-verdiana envolveu-se totalmente na tarefa de construir uma sociedade capaz de quebrar o círculo de miséria em que vivia e romper com a herança

colonial. A edificação do Estado de Cabo Verde nessas condições apresenta peculiaridades que, em alguns casos, toca a raia da aventura e, em outros, ressalta o esforço titânico consentido. Em um passado recente, a colônia de Cabo Verde vivenciara uma situação degradante, expressa dramaticamente na morte, nos anos de 1940, de mais de 40 mil pessoas por inanição e no êxodo forçado subsequente, em consequência das secas cíclicas e do desinteresse das autoridades portuguesas em promover medidas de proteção e fixação dos cabo-verdianos à sua terra. Convém sublinhar que Cabo Verde está entre os pouco mais de 55 países classificados como Pequenos Países Insulares em Desenvolvimento (PPID/SIDS) pelas Nações Unidas pela pequenez geodemográfica e pela insularidade que conformam um quadro de grande vulnerabilidade. Percebe-se que os SIDS começam a ser designados “Grandes países oceânicos” pela extensão do mar territorial, o que pode orientar as atenções e o interesse para essa vasta parte do país.

A agravar o quadro, as condições climáticas que propiciam a desertificação progressiva do solo de Cabo Verde, a configuração do território em dez ilhas e a falta de recursos naturais limitaram, de início, os esforços de viabilidade econômica e de sustentação de uma política social, conquanto, o conhecimento dessas condições tenha oferecido a oportunidade para reforçar a sua capacidade de resiliência e procurar resoluções dos problemas. Uma mobilização bem-sucedida e a gestão eficaz da ajuda internacional permitiram ultrapassar, em parte, a dramática situação inicial, mas sem poder corrigir a fragilidade econômica do país. A gestão financeira criteriosa ao longo da década de 1980, segundo a avaliação do Banco Mundial, resultou em um crescimento apreciável da economia sem, contudo, criar bases sólidas para um desenvolvimento autossustentado. Esse processo foi orientado pelos Planos Nacionais de Desenvolvimento I - 1981-85 e II - 1986-90 com caráter centralizado, imperativo e normalizador, mas com flexibilidade na sua execução.

Entretanto, ao final do período, em 1990, as mudanças nos esquemas de ajuda externa, com a sua diminuição em termos reais e aumento do percentual de empréstimos em relação às doações, produziram uma estagnação no crescimento econômico, com repercussões negativas na manutenção das conquistas sociais. O quadro político foi dominado, nos primeiros 16 anos de vida independente do povo cabo-verdiano, pela prevalência de um regime monopartidário de inspiração socialista, instalado na Guiné-Bissau e em Cabo Verde após a proclamação das independências desses países e liderado pelo Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC). Contudo, dá-se uma rotura nesse partido, em novembro de 1980, e a separação das alas, que inviabiliza o projeto comum com a Guiné-Bissau, dando lugar à formação do Partido Africano da Independência de Cabo Verde (PAICV), que passou a liderar o processo em Cabo Verde¹.

O período colonial havia sido marcado por uma organização essencialmente assistencial, baseada na prestação de cuidados hospitalares nas cidades. As populações rurais eram, basicamente, atendidas por enfermeiros colocados em postos sanitários. Além disso, as atividades de saúde pública eram executadas por meio de campanhas dirigidas a problemas específicos.

Nos anos 1975-1990, os cuidados de saúde foram dominados pelo discurso dos cuidados primários, pela estatização dos serviços de saúde e pela procura da universalização da cobertura. O incremento apreciável nas atividades de saúde pública e as melhorias na oferta de serviços curativos contribuíram para o aumento relativo do bem-estar da população cabo-verdiana.

Em 1991, a mudança política de um regime monopartidário para outro multipartidário constitui o segundo marco político importante; iniciou-se marcada pelo discurso liberal que, no setor da saúde, foi ao encontro da aspiração dos profissionais no sentido do exercício privado da medicina. As orientações dos CPS permaneceram no discurso do novo regime e a orientar a prática dos serviços de saúde. Assinalamos que a pesada herança burocrática do regime colonial, o esforço organizacional exigido de cada setor do Estado que começava a se formar e a estrutura centralizada proveniente da inspiração socialista favoreceram o aparecimento de uma forte setorialização que dificultou intervenções conjuntas, nomeadamente no campo da saúde.

Compreende-se que, nesse contexto repleto de dificuldades e insuficiências, a repercussão sobre a situação sanitária da população cabo-verdiana tenha sido caracterizada por evidências inquietantes:

- Uma taxa de natalidade elevada, de 27,4/1000;
- A mortalidade infantil de 103,9/1000 nascidos vivos, a mortalidade geral de 9,3/1000 habitantes (sendo repartida em 28,5% do total dos óbitos em menores de 1 ano, 16,9% na população de 1 a 4 anos, 37,6% em pessoas com 50 ou mais anos) e a mortalidade perinatal de 10,8% dos óbitos com diagnóstico registado;
- A prevalência, entre as causas de morte registadas, dos “sintomas e estados mórbidos mal definidos”, atribuídos a 37,4% do total de óbitos, patenteava, provavelmente a ausência de assistência médica para o diagnóstico, entre outras deficiências. Logo depois, apareciam as doenças infecciosas e parasitárias, com 32,9%, seguidas pelas do aparelho circulatório (17,1%) e do aparelho respiratório (16,6%);
- No recorte da morbilidade, sobressaíram doenças infecciosas e parasitárias (tuberculose, sífilis, gonorreia, difteria, coqueluche, sarampo, rubéola etc.) e surtos epidêmicos de cólera (1974; 1975; 1976). O paludismo tinha sido praticamente

erradicado com os trabalhos da Missão para Erradicação do Paludismo desenvolvida pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), a seguir à grande prevalência da malária nas décadas de 1940 e 1950, embora continuassem a registar casos esporádico.

Esse estado de saúde descrito na Estratégia Nacional de Saúde (ENS) configurou um desafio enorme, à partida, acrescido ainda pela escassez de profissionais de saúde, insuficiência gritante de infraestruturas de Saúde, seja do seu número e distribuição pelo país – 2 Hospitais Centrais (HC) na Praia e Mindelo, 1 Hospital Regional (HR) no Fogo, 8 Centros de Saúde (CS) e 29 Postos Sanitários (PS) nas outras ilhas/concelhos –, seja da sua capacidade instalada para cobrir em cuidados de saúde uma população de cerca de 300 mil habitantes, maioritariamente rural (80%), com amplos setores com precário estado de nutrição, penúria de água, analfabetismo elevado e problemas sérios de saneamento, urbanismo e habitação (75% da população não dispunha de sistema de evacuação de excretas), segundo os dados levantados pelo estudo que antecedeu a elaboração da ENS, em 1976, o primeiro documento de política de saúde produzido em Cabo Verde independente. Realça-se o caráter multissetorial da equipe encarregada da elaboração dessa Estratégia, tendo contribuído os Ministérios da Saúde e Assuntos Sociais, Educação e Cultura, Obras Públicas, Coordenação Económica e Desenvolvimento Rural, com a colaboração técnica de uma equipe da Organização Mundial da Saúde (OMS), na linha das discussões e orientações dos CPS.

Além disso, a promoção da justiça social, embebida nos princípios dos sistemas nacionais de saúde – que almejavam cobrir a totalidade da população de cada país, com financiamento do tesouro público, em que a prestação dos cuidados de saúde era gratuita e os serviços estavam a cargo de médicos e outros profissionais assalariados que trabalhavam nos hospitais e dispensários oficiais –, constituiu o objetivo geral da política de desenvolvimento desde 1975 também na esteira dos CPS, para criar condições para elevar o bem-estar do povo cabo-verdiano, dando ênfase a: a) proteção e recuperação da saúde, com prioridade à infância e à gestante; b) ampliação da proteção social e unificação dos esquemas de previdência; e c) definição de uma política social para a terceira idade. Esses e outros problemas foram erigidos em prioridades do Estado de Cabo Verde e desenvolvidos programas e estratégias, como: de luta contra as doenças diarreicas, da Proteção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF), de controle da lepra e de controle da tuberculose e, mais tarde, com o aparecimento dos primeiros casos do VIH/SIDA.

DE ALMA-ATA,1978, A ASTANA, 2018: A ESTRATÉGIA DOS CPS

Com a Declaração de Alma-Ata, em 1978, os governos membros da OMS enfatizaram os CPS como um caminho para alcançar os objetivos da saúde, como parte de um desenvolvimento geral com espírito de justiça social. Com esse enfoque, a meta Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT/2000) transcendeu a dimensão restritiva da saúde como simples ausência de doença já consignada na declaração da ONU de 1948, para considerá-la uma expressão das condições objetivas de existência de diferentes grupos sociais, em um espaço e em um momento dados, fato que refletia as suas condições de vida. O estabelecimento das estratégias e objetivos de SPT/2000 para cada uma das regiões do globo e a reestruturação dos sistemas de saúde de cada país foram o passo subsequente para alcançar as metas propostas. Essas estratégias constituíram um discurso normativo que, com suas limitações e insuficiências decorrentes da utopia que as fundamentava – necessária a qualquer processo de mudança – tiveram uma função indispensável de destacar os valores éticos imanentes de um setor que tem responsabilidade fundamental pela vida humana. Falar de saúde para todos, ou seja, de bem-estar para todos, significou reconhecer um direito social inscrito no estatuto de cidadania de uma sociedade moderna que nos remete ao conceito de equidade. A coerência com essa concepção de saúde exige importantes transformações sociais e econômicas. Implica, também, um questionamento permanente dos determinantes gerais e condicionantes particulares da saúde e a inserção da política de saúde em outros espaços sociais.

Os CPS constituíram a estratégia principal para alcançar a meta de SPT/2000 e obedeceram a cinco princípios seguintes: a) cobertura universal da população por cuidados que respondam às suas necessidades; b) serviços orientados para promoção, prevenção, tratamento e readaptação; c) serviços eficazes, aceitáveis no plano cultural, abordáveis no plano financeiro e de fácil gestão; d) participação da comunidade no desenvolvimento dos serviços a fim de encorajar a autorresponsabilidade e diminuir a dependência; e) Intersetorialidade nas abordagens de saúde, tendo em conta outros setores do desenvolvimento.

A aplicação prática desse discurso normativo universal fez-se na dependência das condições concretas de cada país e das metas propostas localmente para a reestruturação programada do seu sistema de saúde. Dependeu, ainda, do significado assumido dos CPS, sabendo que estes têm sido objeto de diferentes interpretações, dentre as quais citamos apenas três, apontadas pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas):

- a) Os CPS são considerados como um nível de complexidade tecnológica do sistema de saúde, interpretação que, ainda que correta na sua dimensão estrita, limita o significado de CPS a uma instância técnicooperacional.

- b) Os CPS tidos somente como um programa específico, com recursos marginais, focalizado em regiões e grupos sociais postergados. Essa segunda interpretação é o reconhecimento explícito de uma política de saúde discriminatória, e contradiz o critério de equidade contido nas metas de SPT/2000.
- c) Os CPS apreciados como uma estratégia ou uma política integral de saúde que compreende e diz respeito a toda a população e a todos os níveis do sistema de saúde. essa interpretação implica o enfrentamento do problema da dívida sanitária com recursos de toda a sociedade para satisfazer as necessidades e aspirações na área de saúde

A revisão dos CPS, da sua aplicação e dos resultados foi feita, periodicamente, em várias ocasiões. Em 2018, foi produzida a Declaração de Astana sobre Cuidados Primários de Saúde, na Conferência Mundial sobre Cuidados de Saúde Primários: “De Alma-Ata para a cobertura universal da saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, Agenda 2030”, convocada não só para celebrar o 40º aniversário da primeira reunião em Alma-Ata, mas também para adequar os seus objetivos e metas. Participaram nesse importante encontro os Chefes de Estado e de Governo, ministros e representantes de Estados e Governos de todos os países, na cidade de Astana-Cazaquistão, nos dias 25 e 26 de outubro de 2018; e o compromisso obtido foi de reforçar os respetivos sistemas de CPS como um passo essencial para alcançar uma Cobertura Universal de Saúde (CUS).

Essencialmente, a Declaração de Astana:“

- Surge no meio de um crescente movimento global para um maior investimento nos CPS para alcançar uma CUS, reconhecendo uma lacuna, destacada por várias emergências de saúde nos últimos anos, de que os recursos de saúde se têm centrado esmagadoramente nas intervenções sobre doenças singulares em vez de investir em sistemas de saúde fortes e abrangentes.
- Reafirma a histórica Declaração de Alma-Ata de 1978, e o compromisso com todos os seus valores e princípios, em particular com a justiça e a solidariedade, sublinhando a importância da saúde para a paz, a segurança e o desenvolvimento socioeconômico, e a sua interdependência, asseverando firmemente o compromisso dos países signatários com o direito fundamental de cada ser humano ao gozo do mais elevado padrão de saúde alcançável sem distinção de qualquer tipo.
- Considera o fortalecimento dos cuidados primários como a abordagem ainda mais inclusiva, eficaz e eficiente para melhorar a saúde física e mental das pessoas, bem como o bem-estar social, exortando para que cada país prossiga os caminhos para alcançar a CUS e que todas as pessoas tenham acesso equitativo à qualida-

de e cuidados de saúde eficazes de que necessitam, sem serem expostas a dificuldades financeiras. Os CPS serão implementados de acordo com a legislação, contextos e prioridades nacionais.

- Realça que o sucesso dos CPS deverá ser impulsionado por vários fatores, privilegiando o conhecimento, a capacitação, as tecnologias, o financiamento e os sistemas de reembolso mais adequados, a fim de melhorar o acesso, garantindo sustentabilidade financeira, eficiência e resiliência dos sistemas nacionais de saúde.

A Declaração de Astana foi aprovada por unanimidade por todos os Estados-Membros da OMS, comprometendo-se, assim em quatro domínios fundamentais:

1. Fazer escolhas políticas ousadas para a saúde em todos os setores;
2. Construir CPS sustentáveis;
3. Capacitar indivíduos e comunidades;
4. Alinhar o apoio das partes interessadas às políticas, estratégias e planos nacionais.

Nos 40 anos que mediaram entre essas duas importantes declarações para a melhoria da saúde mundial – a Declaração de Alma-Ata, em 1978, e a de Astana, em 2018, tendo de permeio os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) com metas fixadas para 2015 –, muito esforço foi despendido para estimular a recuperação da situação de saúde de todos os países, particularmente de regiões e países mais atrasados. Cabo Verde participou desse esforço e registou evoluções significativas, estando entre os países que conseguiram alcançar as metas dos ODM relativos à saúde:

GRAU DE DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE MEDIANTE PROGRAMAS, POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS OFICIAIS ADOTADAS EM CABO VERDE

Diversas medidas de política foram tomadas para dar solução aos problemas fundamentais, declarados prioritários para o Estado de Cabo Verde. O enquadramento político foi plasmado em documentos fundamentais do país, traduzindo a importância dada às questões referentes à saúde.

Realça-se a Constituição da República de Cabo Verde, desde a sua versão de 1980, que no art.º 14º proclamava:

A Saúde Pública tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua inserção no meio sócio ecológico em que vive. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores médico-medicamentosos.

No art.º 38º, apontando para um processo gradativo de universalização do direito à saúde: “[...] todo cidadão tem o direito à proteção da saúde e o dever de a promover e a defender”.

Destacamos, também, a Resolução sobre a Saúde e Assuntos Sociais, produzida pelo II Congresso do PAICV – partido-estado – em 1985, reafirmando e explicitando os princípios que nortearam a construção dos serviços de saúde de Cabo Verde, preconizando que deve competir ao Estado:

- Garantir a prestação dos cuidados de saúde ao povo cabo-verdiano e criar as condições para a sua materialização, recomendando a adoção de estratégias para a melhoria da acessibilidade às populações, por meio da descentralização dos recursos disponíveis; criação de novas unidades prestadoras de cuidados; recurso a equipas móveis, intensificação dos contactos de profissionais de saúde com as populações salvo e oferta de serviços gratuitos;
- Mobilizar esforços e recursos existentes para a prestação dos cuidados de saúde, visando a uma efetiva política de prevenção, com especial ênfase em determinados grupos considerados prioritários, como as crianças e as mulheres no processo de gestação, por meio de: a) saúde materno-infantil e planeamento familiar; b) vacinação; c) educação para a saúde, incluindo a educação sexual; d) saúde mental; e) luta contra as principais endemias; f) abastecimento em medicamentos essenciais; e g) especial atenção a aspectos ligados ao abastecimento de água potável, ao saneamento básico e à nutrição e a ações de saúde dirigidas a grupos prioritários;
- Prosseguir e intensificar a luta contra as doenças endêmicas e epidêmicas com o objetivo de conseguir a erradicação de alguns flagelos que afetam as nossas populações até o ano 2000, bem como de reduzir a morbidade e a mortalidade, especialmente a infantil. Foram identificados outros problemas de saúde, como a lepra, a tuberculose, a malária, as doenças diarreicas, e desenvolvidos programas visando reduzir a mortalidade e a morbidade e por essas doenças; esses programas tiveram uma organização vertical, em grande parte devida aos financiamentos externos conseguidos;
- Considerar como condição essencial para o êxito dos objetivos propostos a intervenção das populações na resolução dos seus problemas socio sanitários, devendo as organizações de massa e de participação popular, no quadro da política definida pelas entidades estatais competentes e em coordenação com estas, fomentar a participação ativa e organizada das coletividades. As organizações de massa foram envolvidas na divulgação das medidas de prevenção e de promoção

da saúde, com destaque para a participação da Organização da Mulher Cabo-Verdiana (OMCV) na formulação e desenvolvimento do projeto PMI/PF. A participação popular veio a se mostrar, cedo, com muita limitação.

- Utilizar as estruturas hospitalares mais diferenciadas de forma racional, tanto pela exigência de pessoal devidamente qualificado como pelo apetrechamento apropriado, como uma das preocupações do Estado, de modo a permitir uma intervenção adequada nos casos que ultrapassam o âmbito dos cuidados primários”, o que põe em relevo a preocupação em promover a prestação integrada dos cuidados de saúde e um desenvolvimento equilibrado entre os aspectos curativos e preventivos, para se evitar extremos.
- Valorizar os recursos humanos e o seu correto enquadramento, dada a importância dos profissionais na materialização dos princípios da política de saúde, com um particular envolvimento da administração central na formação de recursos humanos e na criação de condições de trabalho adaptadas às condições concretas de Cabo Verde.

A Constituição da República em vigor, aprovada pela Lei constitucional n.º 1/IV/92, de 25 de setembro, com as suas sucessivas revisões ordinárias, mantém a importância atribuída às questões referentes à saúde, dando nova redação na qual conclama que:

1. Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica. 2. O direito à saúde é realizado através de uma rede adequada de serviços de saúde e pela criação das condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria da qualidade de vida das populações. 3. Para garantir o direito à saúde, incumbe ao Estado criar as condições para o acesso universal dos cidadãos aos cuidados de saúde.

Também, a Lei de Bases de Saúde de 1989, revista pela Lei nº 41/ VI/2004 e alterada, de novo, pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, que define as ações e serviços de saúde a serem executados tendo em vista a promoção e proteção da saúde, a prevenção o tratamento e a reabilitação da doença.

A elaboração da Carta Sanitária de Cabo Verde, em 1999, ultrapassou os limites de um mapa sanitário, pela ausência de legislação na definição das instituições, e propôs uma reforma da rede de serviços que mostrasse o ordenamento funcional das estruturas de saúde, a cobertura da população e as perspectivas de um novo reordenamento para orientar a edificação de novas instituições de saúde necessárias.

Um estudo observacional realizado em 1998, de cada tipo de instituição de saúde, analisou os parâmetros existente de estrutura física, equipamentos, serviços prestados, profissionais alocados, estatísticas do funcionamento, e outros critérios de desempenho do Serviço Nacional de Saúde (SNS), para propor a tipologia das instituições.

Mostrou, entre outros fatos, que a divisão administrativa em Delegacias de Saúde (DS) nos municípios de Cabo Verde não reunia todos os requisitos para serem considerados distritos sanitários funcionais, no sentido apontado pela OMS.

Tornou-se evidente que a organização do distrito sanitário dependente da situação específica de cada país exortava ao desenvolvimento de uma proposta fundamentada de criação de distritos ou regiões sanitárias em Cabo Verde, abarcando áreas de saúde próximas ou confinadas em uma ilha com os CS municipais, e um HR estabelecendo um fluxo entre os níveis primário e secundário de prestação de cuidados. A DS manteve a sua autonomia, enquanto Administração Concelhia de Saúde.

A Carta Sanitária foi buscar alguns dos princípios gerais proclamados desde Alma-Ata, obrigatórios na implantação e funcionamento do sistema de saúde descentralizado:

- Equidade;
- Acessibilidade;
- Ênfase na promoção e prevenção;
- Descentralização;
- Ação intersectorial;
- Envolvimento comunitário;
- Integração dos programas;
- Coordenação entre os diversos níveis de atenção de saúde.

A Política Nacional de Saúde 2020 (PNS) representava o quadro de referência para os diversos atores envolvidos na implementação das estratégias e ações da política de saúde do país e o reforço dos mecanismos de informação, acompanhamento, análise e avaliação do estado sanitário do país, e foi materializada por Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário, quinquenais.

PRINCIPAIS RESULTADOS OBTIDOS AO LONGO DO TEMPO E DESAFIOS A SEREM SUPERADOS

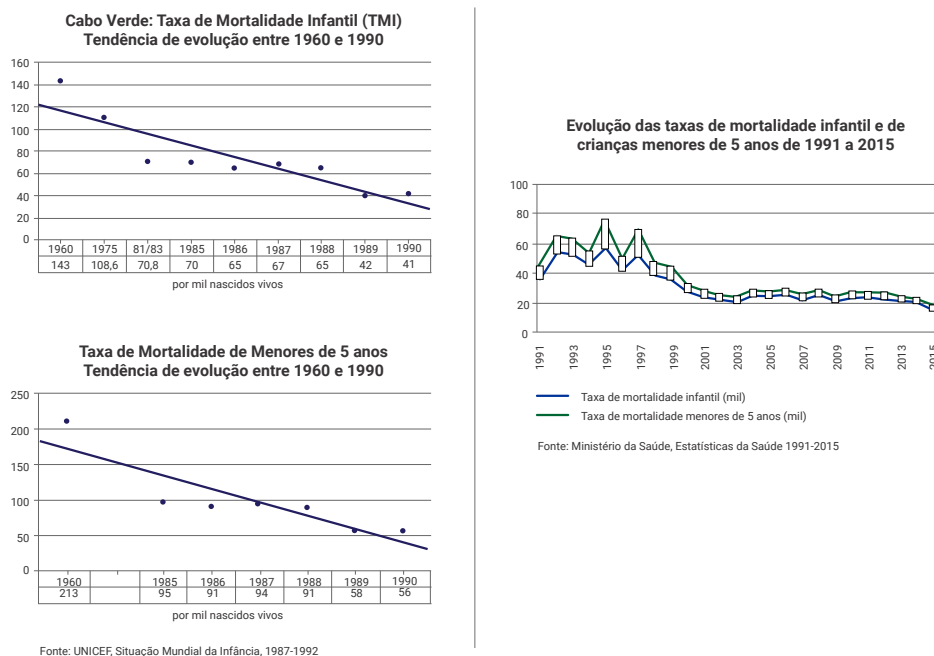
Medindo os resultados obtidos pela alteração no perfil da situação sanitária nos primeiros 40 anos de vida independente, Cabo Verde revela o registo de progressos importantes na saúde das pessoas, os quais são traduzidos pela evolução dos indicadores de saúde que fizeram o país galgar um patamar mais elevado no contexto internacional e que serviram de base à sua graduação pelas Nações Unidas (NU), em 2007, à categoria de país de desenvolvimento médio.

As estratégias implementadas assentes nos CPS manifestaram-se corretas, com reflexos na evolução da situação de saúde das pessoas, pela articulação na materialização de programas dirigidos a problemas concretos dominantes com a criação do SNS.

A organização dos serviços de saúde e sua presença efetiva nas ilhas periféricas mais isoladas foram e continuaram importantes e eficazes. Como elementos-chave da política geral dos CPS, a educação para a saúde, a atenção primária curativa na periferia (sobretudo para as infeções respiratórias agudas e a terapia de reidratação oral) e a PMI/PF tiveram um papel de relevo.

As taxas de mortalidade infantil e infantojuvenil indiciam uma melhoria geral das condições de vida das pessoas e são excelentes indicadores do desenvolvimento humano conseguidos pela melhoria das condições de vida da população em resultado de intervenções de políticas públicas nos aspetos sociais, ambientais e de rendimentos.

Gráfico 1. Mortalidade infantil e de Menores de 5A, 1980 – 1990 – 2015



Observa-se uma firme e progressiva redução das taxas de mortalidade – infantil, de crianças de 1-4 anos e de menores de 5 anos (Gráfico 1), já na década de 1980-1990, que é o reflexo da diminuição da letalidade de várias entidades nosológicas. Entre elas, sobressaem as doenças diarreicas, a principal causa de óbitos, a desnutrição, outra causa importante que teve a sua letalidade diminuída devido às intervenções intersectoriais, as doenças preveníveis pela imunização que tiveram a sua incidência reduzida praticamente a zero com o Programa Alargado de Vacinações (PAV).

As doenças respiratórias agudas passaram a provocar menos mortes pela maior disponibilidade de recursos e pelo acesso mais célere às diversas instituições de saúde. No período seguinte, de 1991 a 2015, essa tendência de baixa das mortalidades infantil e infantojuvenil manteve-se, sobretudo na primeira metade do período, no prolongamento das intervenções havidas. Acreditamos que a abordagem da PMI, uma das intervenções basilares de saúde adotadas no país, contribuiu para a descida do índice de fecundidade e, sobretudo, mostrou-se capaz para fazer baixar a mortalidade das crianças entre 1 mês e 5 anos, mas pouco terá colaborado para o controle das mortes no período peri e neonatal. Aliás, essas foram as causas prevaletentes na segunda metade desse período.

De 2000 a 2015, houve uma desaceleração da redução das taxas de mortalidade infantil, as quais ficaram a depender, sobretudo, das causas neonatais e perinatais, mais complexas, que ganharam um peso proporcional, aparentemente por não ter sido possível estreitar a articulação entre os cuidados primários e os hospitalares. Em 2014, essas causas foram responsáveis por mais de 50% das mortes em crianças com menos de 1 ano, segundo relatos do MS. Essas duas causas estão dependentes da ação clínica, muitas vezes hospitalar, no sentido de “hospitais” na definição da OMS, quer dizer, com capacidade para cirurgia de emergência, recursos de imagiologia e banco de sangue, portanto, dotados de intervenções mais complexas para a redução da mortalidade infantil. Ora, até os primeiros anos 2000, os chamados HR em Cabo Verde, além dos do Mindelo e da Praia, não correspondiam a essa definição nem puderam garantir, tampouco a influência devida nesses indicadores. Essa complexidade tem a ver, sobretudo, com o número, o nível e a qualidade dos recursos humanos diretamente intervenientes na atenção à criança e na resolução dos problemas.

A evolução favorável da mortalidade observada resulta da conjugação de diversos fatores e de parceiros nacionais e internacionais, que se traduziu na melhoria da prestação de cuidados preventivos e curativos, na maior disponibilidade de produtos alimentares, na melhoria da educação da população feminina, no alargamento da rede rodoviária e das telecomunicações, além da manutenção, no período, dos níveis de recursos financeiros atribuídos à saúde.

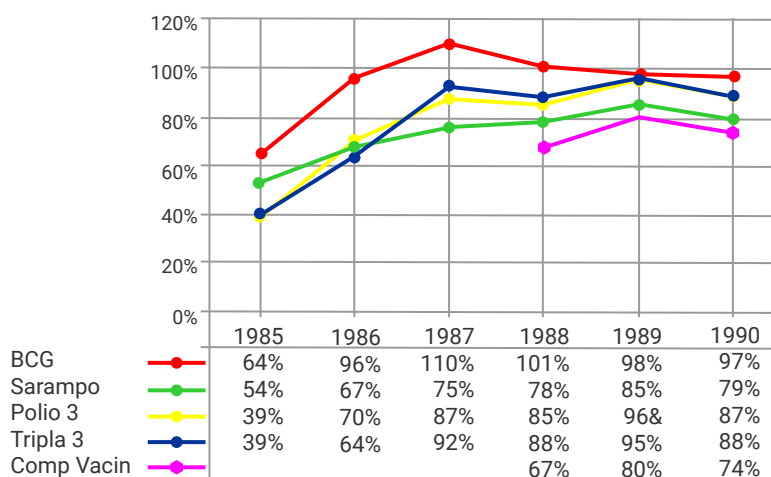
Destacamos, nesse ponto, as intervenções intersectoriais na divulgação maciça das medidas de higiene e de preservação da água potável; na distribuição e o uso de sais de reidratação oral; no envolvimento das parteiras tradicionais e de outros agentes comunitários nessa tarefa de divulgação; e na melhoria do nível mínimo de renda da população.

O desenvolvimento do programa PMI/PF, dirigido a grupos prioritários – crianças dos 0-6 anos (vacinação, seguimento do crescimento e controle da desnutrição); ges-

tantes (seguimento da gravidez); e mulheres em idade fértil (planeamento familiar) –, é, provavelmente, o fator que melhor explica esse bom desempenho dos indicadores de saúde em Cabo Verde. O PMI/PF conseguiu oferecer soluções tecnicamente adequadas e constituiu um dos pilares da política de saúde dos primeiros 15 anos como país independente e integrado na atenção primária. A expansão da sua implantação em todos os concelhos do território foi gradual, entre 1978 e 1983, com apropriação pelas DS.

A evolução da cobertura vacinal alcançada é apresentada como indicador ilustrativo da intervenção articulada entre vários programas e atividades de saúde, bem como da participação da população e da ação intersectorial (Figura 2).

Figura 2. Cabo Verde: Cobertura vacinal e situação nutricional 1980 – 1990



Fonte: MSPS, Documento preparatório para o III PND, 1991.

Ilhas	Desnutrição aguda		Desnutrição crônica		Desnutrição global	
	1983	1990	1983	1990	1983	1990
Santo Antão*	3%	2%	16%	25%	22%	19%
São Vicente	5%	5%	14%	12%	13%	13%
São Nicolau	3%	-	9%	-	10%	-
Sal	3%	1%	6%	7%	12%	3%
Boavista	11%	2%	11%	5%	7%	8%
Santiago	6%	4%	18%	28%	23%	22%
Majo	15%	-	21%	-	19%	-
Fogo	3%	2%	15%	28%	22%	18%
Brava	3%	6%	11%	19%	20%	17%

Dados referentes somente à Ribeira Grande.

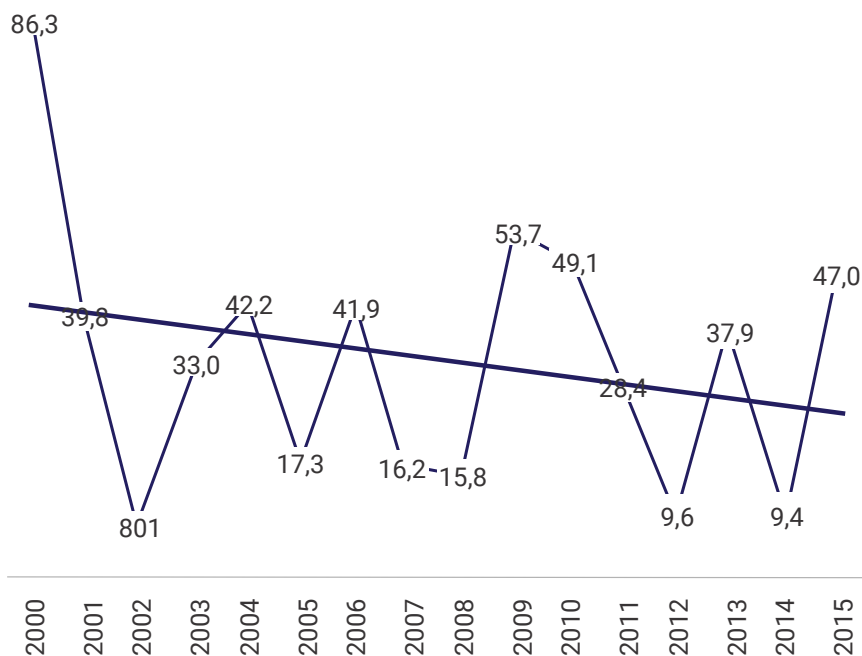
Fonte: Ministério da Saúde, citado pela UNICEF, 1993.

Em relação à situação nutricional das crianças, reconhecidamente um bom indicador do estado sanitário, não só da população infantil, mas de toda a população, a desnutrição deixou de ter o impacto de outrora, tendo diminuída a sua letalidade devido às intervenções intersectoriais, mas continuou sendo um problema grave de saúde pública.

A magnitude da desnutrição e dos seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil levou o governo a tomar medidas para melhorar o estado nutricional das crianças em idades pré-escolar e escolar, bem como de outros grupos vulneráveis, criando um sistema de segurança alimentar e uma rede de distribuição dos gêneros alimentares de base que cobriram eficientemente todo o país. Outra ação de segurança alimentar foi o programa de refeições quentes nas escolas que, em 1990, fornecia diária e gratuitamente cerca de 70 mil refeições às crianças do ensino básico elementar (a quase totalidade das crianças matriculadas).

A Taxa de Mortalidade Materna (TMM) por causas relacionadas com a gravidez e o parto apresentaram, igualmente, uma tendência para a baixa (Gráfico 3), o que permitiu ao país figurar entre os nove países que conseguiram atingir a meta para os ODM referente à morte materna. Na interpretação dos dados da TMM, convém chamar a atenção para o fato de se tratar de um rácio por 100 mil nascidos vivos e que, em uma população pequena como a de Cabo Verde, com cerca de 10 mil nascidos vivos por ano, qualquer óbito produz uma grande variação na curva.

Gráfico 3. Cabo Verde: Mortalidade Materna 2000 – 2015

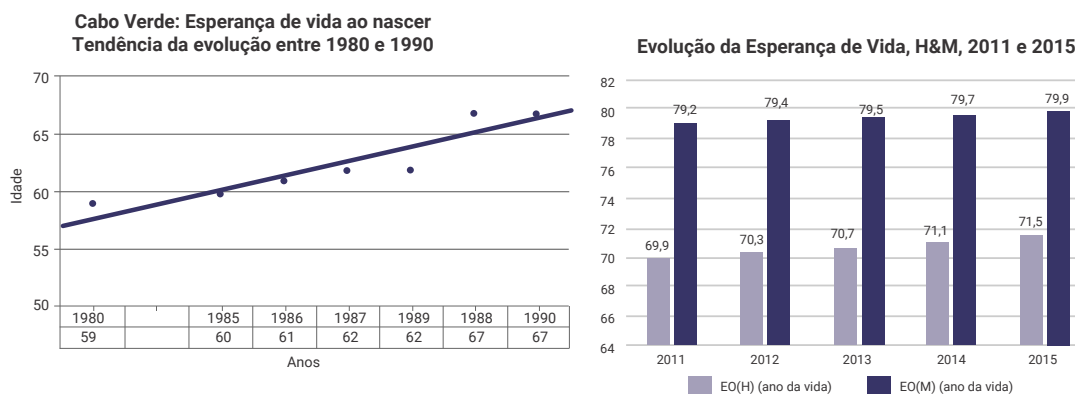


Fonte: Ministério da Saúde, Estatísticas da Saúde 2000-2015

Nos últimos 15 anos, morreram, em cada ano, menos de seis grávidas ou parturientes, que são perdas irreparáveis, mas que traduzem um esforço enorme, embora ainda incompleto para evitá-las.

Esses ganhos conseguidos na saúde são patenteados pela evolução favorável do índice da Esperança de Vida (EV) ao nascer, o qual passou de 59, em 1980, para 67 anos, em 1990; e aumentou 10 anos no período seguinte, 2011-2015, com um ganho significativo da EV, o que reflete a melhoria do estado de saúde da população, assinalando uma posição relativamente confortável de Cabo Verde quanto a esse indicador, ao alcançar, em 2015, 79,9 anos de vida para as mulheres e 71,5 anos para os homens (Gráfico 4).

Gráfico 4. Esperança de vida ao nascer, evolução nos períodos 1980-90 e 2011-2015



Essa evolução acentua, contudo, a tendência para uma maior longevidade e conseqüente envelhecimento da população, confrontando as pessoas e o SNS com doenças decorrentes do agravamento de condições biológicas ou das que derivam dos riscos ligados ao modo de vida das pessoas, ao que se acrescentam os efeitos da transição nutricional caracterizada pelo desequilíbrio na dieta, na nutrição e a falta de exercício físico. Evidencia, também, o fenômeno da urbanização rápida devido ao êxodo rural das populações para se instalarem em bairros periurbanos sem as mínimas condições de vida e que condicionam o padrão de doenças.

Outros resultados, no que toca aos recursos de saúde, foram também evidentes, aliás, importantes para obtenção dos resultados do processo. Queremos nos referir aos resultados obtidos na diferenciação dos recursos humanos de saúde, com uma evolução notória, embora se mostre ainda insuficiente para as necessidades. Em 2019, tinha-se atingido um ratio de mais de 8 médicos por 10 mil habitantes, e 60% dos médicos

tinham uma especialização. A situação dos enfermeiros era de mais de 770 profissionais em todo o país, significando um ratio superior a 14 por 10 mil habitantes. Outros técnicos de saúde, considerados em conjuntos, alcançavam um ratio de quase 7 por 10 mil habitantes. Faltará, certamente, um aprofundamento da qualidade e da diferenciação dos profissionais.

Igualmente, as infraestruturas de saúde evoluíram favoravelmente, a rede cobre o país com uma acessibilidade apreciável, com 85% da população a viver em um raio de 30 minutos da infraestrutura de saúde mais próxima. Torna-se fundamental capacitar devidamente cada instituição para a prestação correspondente, dotá-la de organização adequada e estimular a atuação em rede.

A rede de instituições de cuidados primários constituída por CS (32) com suas extensões – PS (34) e USB (115) – cobre todos os municípios. A rede hospitalar, constituída por 4 HR e 2 HC, serve as regiões sanitárias, supramunicipais, devendo garantir cuidados hospitalares à população da região. Nas regiões, existem os Centros Regionais de Saúde Reprodutiva (5), vocacionados para prestar CPS, nomeadamente de vacinação às crianças e atenção materna. Além disso, os HC garantem cuidados mais complexos, diretamente ou por evacuação médica para o exterior. As DS (17) são as administrações municipais de saúde.

ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO/ INTEGRAÇÃO COM OS CUIDADOS HOSPITALARES

A estratégia de implantação da Região Sanitária, conceitualizada na Carta Sanitária, enquadra-se no processo organizativo da melhoria do acesso e de respostas mais consistentes do sistema de saúde. Assim, a Região Sanitária ganhou corpo no reforço de implantação dos CPS ou da atenção primária, para aproximar das populações cuidados de saúde com um nível crescente de diferenciação.

Não se trata de uma nova estrutura, nem esvazia o conteúdo funcional das DS, mas de um conceito organizacional na busca de funcionalidade racional das instituições de saúde recriadas e interligadas e da melhoria quantitativa e qualitativa das prestações, baseada em: a) novas relações entre as estruturas sanitárias (CS e suas extensões) de DS situadas em municípios afins; b) afetação de um HR de referência ao conjunto das DS nessa área; c) na sua autonomia técnica e administrativa da Região Sanitária.

Por isso, implica uma descentralização do poder de decisão e dos recursos, que reforce a autonomia das DS abrangidas para gerar uma capacidade organizativa e de gestão dos serviços de saúde mais alargados.

A insularidade e a repartição demográfica pelas ilhas obrigam a repensar como atingir a CUS, à luz do conceito tridimensional (OMS), que nos parece mais bem adequado à equidade e à justiça necessárias na oferta de cuidados de saúde em Cabo Verde (pequeno país insular), conjugado com os níveis de prestação instituídos pela PNS e procurar responder com realismo às questões de base:

- Que serviços devem ser cobertos? Em consonância, alargar os serviços de saúde essenciais que incluam abordagens a prevenção, promoção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos e devem ser suficientes para atender às necessidades de saúde da população servida, quer do ponto de vista da quantidade, quer da qualidade.
- Que população atender? Para aumentar o número de pessoas que precisam desses serviços e que não são ou são atendidas de forma insuficiente.
- Quem vai pagar os custos? Se os utentes e/ou financiado por terceiros, tendo em atenção a necessidade de proteção contra o risco financeiro resultantes da proporção maior ou menor de custos que devem ser assumidos pelos próprios indivíduos.

Como a cobertura universal em cuidados primários tem melhores condições para ser realizada de forma alargada, quer ligadas ao SNS, quer contextual, deve-se fazer um investimento para robustecer o nível primário e preencher o primeiro anel de cobertura (primária). Para isso, os CS (e suas extensões) devem ter a sua missão reajustada em função da população a servir, ser dotados de equipas multiprofissionais com vocação, especializadas/educadas para isso, motivadas, remuneradas e dedicadas a prestar cuidados fora dos muros do CS, junto das famílias e indivíduos.

A cobertura em cuidados hospitalares secundários terá lugar pela prestação da Rede de Hospitais de Cabo Verde, a criar funcionalmente, conformando o segundo anel de cobertura. Para isso, torna-se necessário efetuar o *upgrade* dos atuais HR na sua capacidade resolutive (alguma diferença apenas em função da diversidade das necessidades das populações servidas). Além disso, os hospitais da Praia e do Mindelo devem assumir plenamente a missão da prestação de cuidados hospitalares secundários à população residente nas cidades onde estão implantados, servida em primeira instância.

A cobertura em cuidados hospitalares terciários, nacional, que vem tendo solução parcial nos HC e por meio da evacuação médica para o exterior, precisa ser revista e complementada. Para isso, precisa-se desenvolver o conceito de um Novo Hospital de Cabo Verde a implementar, que nos parece ser essencial: i) de âmbito nacional; ii) de referência, na ponta da pirâmide sanitária; iii) especializado e prestador de cuidados terciários organizados por centros de excelência (a definir), virados para as necessidades

da população nacional e estrangeira flutuante; iv) em conexão digital (4G & 5G) com a rede nacional de hospitais e com hospitais e instituições congêneres, no exterior; v) de acesso facilitado por um Sistema de Emergência Médica e de Resgate (S.E.M.R.), (pela conjugação de vias aérea, marítima e terrestre); vi) complementado pelo sistema de evacuações sanitárias/médicas para a exterior, este com novo figurino atualizado no conteúdo e forma com os parceiros.

PONTOS CRÍTICOS

No pós-Astana, a elevação da capacidade resolutive do sistema de saúde cabo-verdiano é o principal ponto crítico para o futuro imediato. Qual será a Estratégia de Desenvolvimento Sanitário capaz de fazer avançar o sistema de saúde para a modernidade, ampliando os ganhos alcançados, em simbiose com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentado (ODS) pela contribuição de todos os setores que influenciam as condições de vida do ser humano; e responder aos novos desafios, nomeadamente, resolver as insuficiências sentidas de resposta terapêutica. A reflexão, no imediato, é absolutamente abrangente e deve incidir sobre:

- Efeitos e consequências no perfil epidemiológico e na saúde (doenças crônicas e degenerativas sobretudo) das “melhorias” nas condições de vida da população, baixa fertilidade, maior longevidade e envelhecimento;
- Âmbito e tempo para *upgrade* de cada nível da pirâmide sanitária, com base nas evidências da situação atual, incluindo o alargamento da capacidade resolutive dos hospitais;
- Atualização da carteira dos CPS, tendo em atenção o perfil epidemiológico e os fatores de risco prevalentes na população de cada região;
- Aproximação e sinergismo (ou diminuição dos fatores de separação) entre cuidados primários e cuidados hospitalares, utilizando critérios consensualizados entre níveis;
- Preenchimento com qualidade objetiva das capacidades materiais, organizativas, administrativas, científicas, técnicas e humanas de cada instituição, em todos os níveis, apetrechando-as para contribuir para a cobertura universal tridimensional;
- Criação de um S.E.M.R., dotado de profissionais habilitados e equipamentos, protocolos adequados ao país, sistemas de transporte – ambulâncias, acomodações de transporte marítimo entre ilhas sem pouso de avião e de evacuação aérea –, para responder com urgência às necessidades das pessoas em risco de vida e fazer a sua mobilidade em segurança, entre unidades da rede nos diversos níveis

da pirâmide de saúde ou/e resgate, prestação de socorro e salvamento perante calamidades, catástrofes ou grandes acidentes;

- Desenvolvimento da segurança sanitária para o controle de todos os riscos associados ao meio ambiente, ao clima, ao desenvolvimento das tecnologias, das práticas em saúde, ao funcionamento do sistema de saúde, ao comportamento humano, ao âmbito alimentar e nutricional e à biossegurança;
- Sistema de Vigilância Sanitária e Epidemiológica com Planos de Preparação e Resposta às Emergências de Saúde Pública, nacional e municipal, para o país melhor responder às situações inesperadas – endemias, desastres ambientais e climáticos, acidentes químicos ou outros;
- Setor privado de saúde para ocupar o seu espaço no âmbito da prestação de cuidados e dar uma resposta adicional e resolutiva às necessidades de saúde da população residente e da flutuante;
- Revisão da política dos profissionais de saúde, ajustando os perfis à realidade epidemiológica e social do país e ao desenvolvimento sanitário de Cabo Verde e cuidar dos profissionais, nas várias etapas:
 - i. Formação para uma capacitação técnica e humana sólidas e habilidade para trabalharem em equipe (transdisciplinaridade), baseada na realidade do país, na situação de saúde-doença da população e nas condições de vida prevalentes e formação contínua;
 - ii. Distribuição equitativa pelas instituições espalhadas pelo país, em função dos perfis e das necessidades;
 - iii. Remuneração adequada ao perfil e ao desempenho;
 - iv. Reforço, em número e qualificação, dos profissionais com habilidades em saúde pública.

Todos os ganhos assinalados servem de base, mas não são suficientes para alavancar uma Estratégia de Desenvolvimento Sanitário, ambiciosa como reclamam as perspetivas de desenvolvimento em médio e longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Delgado APC. Políticas de Saúde em Cabo Verde na década de 1980 a 1990: Experiência de construção de um Sistema Nacional de Saúde. Praia: Uni-CV edições; 2009.
2. Douglas CH. Developing health impact assessment for sustainable futures in small island states and territories. *J Environ Assess Policy Manag.* 2003;5(4):477-502.

3. Singleton G. The health planning needs in small Pacific Island states. *Int J Health Plan. Manag.* 1990;5:117-34.
4. McNaught A. Health policy and its implementation in small island developing states in the British West Indies. *Int J Health Plann Manag.* 2003;18:313-328.
5. Cabo Verde. Ministério de Saúde e Assuntos Sociais. Plano Nacional de Desenvolvimento: Texto do Sector Saúde. Praia: MSAS; 1982.
6. Cabo Verde. Ministério de Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais. Programa de acção 1986-1990. Praia: Gabinete de Estudos e Planeamento / MSTAS; 1986.
7. Cabo Verde. Ministério da Saúde e Assuntos Sociais. Estratégia Nacional de Saúde. Praia: GEP; 1976.
8. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. URSS; 12 de Setembro de 1978.
9. Park S, Abrams R. Alma-Ata 40th birthday celebrations and the Astana Declaration on Primary Health Care 2018. *Br J Gen Pract.* 2019;69(682):220-221. doi: [10.3399/bjgp19X702293](https://doi.org/10.3399/bjgp19X702293)
10. Okpokoro E. Primary Health Care: A Necessity in Developing Countries? *J Public Health Afr.* 2013;4(2):e17. doi: [10.4081/jphia.2013.e17](https://doi.org/10.4081/jphia.2013.e17)
11. Organisation mondiale de la Santé. D' Alma-Ata à l' an 2000: réflexions à la mi-parcours. Genève: OMS; 1990.
12. Sakellarides C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Rev Port Saúde Pública.* 2001;2:101-8.
13. Organización Panamericana de Salud. Esquema tentativo para el analisis de las implicaciones de APS y de SPT/2000: documento preliminar. Washington: OPAS; 1987.
14. Wass V. The Astana declaration 2018. *Educ Prim Care.* 2018;29(6):321. doi: [10.7189/jogh.09.010313](https://doi.org/10.7189/jogh.09.010313).
15. World Health Organization. Astana Declaration on Primary Health Care 2018. *Public Health Update* [Internet]. Aug 6, 2018 [cited 2022 Mar 7]. Available at: <https://publichealthupdate.com/astana-declaration-on-primary-health-care-2018/>
16. The Lancet. The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet.* 2018;392(10156):1369. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)32478-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32478-4)
17. Jungo KT, Anker D, Wildisen L. Astana declaration: a new pathway for primary health care. *Int J Public Health.* 2020;65(5):511-512. doi: [10.1007/s00038-020-01368-5](https://doi.org/10.1007/s00038-020-01368-5)

18. Walraven G. The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful? J Glob Health. 2019;9(1):010313. doi: [10.7189/jogh.09.010313](https://doi.org/10.7189/jogh.09.010313).
19. Delgado AP. Educação Médica em Cabo Verde no contexto de país pequeno e insular: O desafio da sua implantação [tese]. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical /Universidade NOVA de Lisboa; 2017.
20. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016;387(10017):462-474. doi: [10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)
21. Cabo Verde. Constituição da República de 1980. Boletim Oficial de setembro. Assembleia Nacional Popular; 1980.
22. Cabo Verde. Ministério de Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais. Programa de ação 1986-1990. Praia: Gabinete de Estudos e Planeamento / MSTAS; 1986.
23. Cabo Verde. Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais. Cuidados Primários de Saúde: políticas, estratégias, objetivos, problemas e resultados. Praia: Direcção-Geral de Saúde; 1987.
24. Cabo Verde. Constituição da República de 1992. lei constitucional n.º 1/IV/92, de 25 de setembro, Assembleia Nacional; 1992.
25. Cabo Verde. Lei de Bases de Saúde n.º 41/ VI/2004. Boletim Oficial n.º 10, de 5 de abril de 2004. Praia, Assembleia Nacional; 2004.
26. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Carta Sanitária de Cabo Verde, vol. II [Internet]. Praia: MS; 1999 [citado 2021 nov 15]. Disponível em: www.minsaude.gov.cv
27. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Carta Sanitária de Cabo Verde, vol. I [Internet]. Praia: MS; 1999 [citado 2021 nov 15]. Disponível em: www.minsaude.gov.cv
28. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde 2020 [Internet]., Praia: MS; 2007 [citado 2021 nov 15]. Disponível em: www.minsaude.gov.cv
29. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário: 2008-2011; 2012-2016; 2017-2021 [Internet]. Praia: MS; 2008, 2012, 2017 [citado 2021 nov 15]. Disponível em: www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/plano...; minsaude.gov.cv/.../plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario; minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/outros...
30. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Relatório Estatístico 2014. Praia: MS; 2015.

31. Gonçalves L, Santos Z, Amado M, Alves D, Simões R, Delgado AP, et al. Urban Planning and Health Inequities: Looking in a Small-Scale in a City of Cape Verde. 2015. PLoS ONE. 2015;10(11):e0142955. doi: [10.1371/journal.pone.0142955](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142955)
32. Abrahams Z, Mchiza Z, Steyn P. Diet, and mortality rates in Sub-Saharan Africa: Stages in the nutrition transition. BMC Public Health. 2011;11:801-19. doi: [10.1186/1471-2458-11-801](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-801)
33. Delgado AP, Tolentino AC, Ferrinho P. The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. Human Resour Health. 2017;15(5):3. doi: [10.1186/s12960-017-0180-9](https://doi.org/10.1186/s12960-017-0180-9)
34. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2016-2020. Praia: MS; 2014.
35. Organização Mundial da Saúde. WHO/HRB/98.2/: A carga de trabalho como indicador das necessidades de pessoal/INP. Genebra: OMS; 1998.
36. Cabo Verde. Ministério da Saúde. Reorganização do atendimento e prestação de cuidados de saúde nas cidades de Mindelo e da Praia / CS e BU. Praia: MS; 2012.
37. Gomes IFB. A política de descentralização dos serviços de saúde em Cabo Verde: 1975-2000. Praia: Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro; 2006.
38. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde. Genebra: OMS; 2014. ISBN 978 92 4 856459 8.
39. Cabo Verde. Direção Nacional do Planeamento, Estratégia de Desenvolvimento Sanitário. Praia: MF; 2020.