



---

# A LUTA PELA SAÚDE EM CABO VERDE NOS ÚLTIMOS 50 ANOS: EVOLUÇÃO E DESAFIOS DO SISTEMA DE SAÚDE

---

*La lutte Pour la Santé au Cap-Vert au Cours des 50 Dernières Années: Évolution et Défis du Système de Santé*

*The Struggle for Health in Cabo Verde in the Last 50 Years:  
The Health System's Evolution and Challenges.*

**António Pedro Delgado<sup>1</sup>**

**Iolanda Estrela<sup>2</sup>**

**José Silva Évora<sup>3</sup>**

---

1. FCT / Uni-CV, Praia, Cabo Verde; GHMT/NOVA, Lisboa, Portugal © Antonio Pedro Delgado, CP 309, Terra Branca, Praia, Cabo Verde, +2389811344; [apc.delgado@gmail.com](mailto:apc.delgado@gmail.com).

2. Ministério da Saúde de Cabo Verde, Organização Mundial de Saúde

3. Instituto do Arquivo Nacional de Cabo Verde /IANCV; Conselho Consultivo Internacional do Programa Memória do Mundo da Unesco

## Resumo

Neste ensaio procura-se apresentar, ainda que sumariamente, o percurso da construção e funcionamento do sistema de saúde, seus pontos críticos e resultados para a situação sanitária em Cabo Verde no período compreendido entre 1975 à atualidade, para destacar os primeiros 50 anos do país independente. Porém, o ponto de partida desta análise situa-se, sucintamente no período colonial, em jeito de contextualização, para mapear e destacar, entre outros aspetos, os fenómenos da seca, fome, epidemias, mortandades, enfim, das más condições de vida enquanto principais responsáveis pela situação calamitosa vivida nas ilhas, ao longo de todo esse período, e cujos resquícios ainda hoje não foram completamente sanados. Centrando a análise nos pilares dos sistemas de saúde definidos pela Organização Mundial de Saúde, procurar-se-á realçar os aspetos conseguidos e os não conseguidos em matéria da saúde, ao longo do período balizado. Assim, olhamos para a organização e a governação, em íntima relação com a prestação de cuidados de saúde, incluindo uma referência às infraestruturas, bem como visitamos os recursos mobilizados para essa tarefa, nomeadamente os recursos humanos e o financiamento do setor, sem esquecer o setor privado. Por fim e em jeito de conclusão, na perspetiva da continuação da luta nos próximos tempos, damos destaque aos desafios mais salientes que se colocam em particular em cada um dos pilares, quando o país completa os 50 anos da independência nacional e em um tempo como o nosso, marcado por demandas e situações diversas e adversas, que interpelam as autoridades competentes a repensar a forma como o setor deverá ser gerido, como sair da encruzilhada onde se encontramos.

**Palavras-chave:** Cabo Verde, Organização Mundial de Saúde, fomes, epidemias, situação sanitária, sistema nacional de saúde, Estratégia Nacional de Saúde, Carta Sanitária de Cabo Verde

## Résumé

Cet essai cherche à présenter, bien que brièvement, le cours de la construction et du fonctionnement du système de santé, ses points critiques et ses résultats pour la situation sanitaire au Cabo Verde entre 1975 et aujourd'hui, afin de mettre en évidence les 50 premières années de l'indépendance du pays. Cependant, le point de départ de cette analyse se situe, succinctement dans la période coloniale, à titre de contextualisation, pour cartographier et mettre en évidence, entre autres aspects, les phénomènes de sécheresse, de famine, d'épidémies, de décès, bref, les mauvaises conditions de vie comme principal responsable de la situation calamiteuse vécue sur les îles, tout au

long de cette période, et dont les vestiges n'ont pas encore été complètement corrigés. En concentrant l'analyse sur les piliers des systèmes de santé définis par l'Organisation mondiale de la santé, nous mettrons en évidence les aspects réalisés et ceux qui ne l'ont pas été en matière de santé, tout au long de la période marquée. Ainsi, nous nous penchons sur l'organisation et la gouvernance, en relation étroite avec la fourniture de soins de santé, y compris une référence aux infrastructures, ainsi que sur les ressources mobilisées pour cette tâche, à savoir les ressources humaines et le financement du secteur, sans oublier le secteur privé. Enfin, et en guise de conclusion, dans la perspective de la poursuite de la lutte dans un avenir proche, nous soulignons les défis les plus saillants qui se posent en particulier dans chacun des piliers, lorsque le pays fêtera le 50e anniversaire de l'indépendance nationale et à un moment comme le nôtre, marqué par des exigences et des situations diverses et adverses, qui appellent les autorités compétentes à repenser la manière dont le secteur doit être géré, comment sortir de la croisée des chemins où nous nous trouvons.

**Mots-clés:** Cabo Verde, OMS, famines, épidémies, situation sanitaire, système national de santé, Stratégie nationale de santé, Charte de la santé du Cabo Verde

## Summary

This essay seeks to present, albeit briefly, the course of the construction and functioning of the health system, its critical points, and its results for the health situation in Cabo Verde between 1975 and today, to highlight the first 50 years of the country's independence. However, the starting point of this analysis is situated, succinctly, in the colonial period, by way of contextualization, to map and highlight, among other aspects, the phenomena of drought, famine, epidemics, deaths, in short, the poor living conditions as the main cause of the calamitous situation experienced on the islands, throughout this period, and whose remains have not yet been completely corrected. By focusing the analysis on the pillars of health systems defined by the World Health Organization, we will highlight the aspects of health that have been achieved and those that have not been achieved throughout the period marked. Thus, we look at organization and governance, closely related to the provision of health care, including a reference to infrastructure, as well as the resources mobilized for this task, namely human resources, and financing of the sector, without forgetting the private sector. Finally, and by way of conclusion, with a view to the continuation of the struggle in the near future, we emphasize the most salient challenges that arise in particular in each of the pillars, when the country celebrates the 50th anniversary of national independence and at a time like ours, marked by diverse

and adverse demands and situations, who call on the competent authorities to rethink the way the sector should be managed, how to get out of the crossroads where we find ourselves.

**Keywords:** Cabo Verde, WHO, famines, epidemics, health situation, national health system, National Health Strategy, Cabo Verde Health Charter.

## 1. Introdução: O contexto colonial (1460 a 1975) e suas influências

Reza a história que as ilhas de Cabo Verde foram descobertas, aparentemente sem gente, nem vestígios de alguma vez terem sido habitadas, pelo que o seu povoamento começou em meados do século XV, entre 1460 e 1462, com pessoas de outras paragens, vindas da Europa, como colonos ou idas buscar à costa ocidental africana, como escravos.

Rapidamente, no início do século XVI, a ilha de Santiago passaria a ser um marco essencial, um ponto alto do tráfico negreiro da escravatura, implicando também outros movimentos, nomeadamente, o encontro de pessoas de diversas origens, a miscigenação e igualmente a partilha de doenças trazidas das origens.

Inscritas na identidade ecológica de Cabo Verde, o território foi sempre marcado por secas cíclicas, advindas das condições naturais acima referenciadas, secas essas que no período colonial se traduziram quase sempre em fomes, não raras vezes acompanhadas por epidemias de vária ordem, com efeitos desastrosos no seu comportamento demográfico. A este propósito, citamos I. Amaral:

Pela sua posição geográfica, Cabo Verde marca a extremidade ocidental da faixa do Sahel, caracterizada por condições climáticas de aridez e semiaridez, na dependência de fenómenos que acompanham as migrações anuais e seculares da convergência intertropical e seus efeitos desastrosos quando, nos movimentos para norte, tal faixa plúvio-génica da circulação atmosférica não alcança as ilhas. Secas e crises têm sido acontecimentos constantes no arquipélago, constituindo, só por si, os maiores desafios para a população, que vive, fundamentalmente, da agricultura pouco diferenciada e de algumas atividades com ela ligadas [1].

Com efeito, a seca constituiu durante todo o período colonial um fenómeno de natureza extrassocial, geradora de fomes, que se repetiam ciclicamente, corroendo e degenerando a estrutura produtiva de uma agricultura de subsistência já em si insuficiente para alimentar a população.

Das fomes antigas de que há registos, destacaram-se as de 1580-1583, de que resultou a saída para a Guiné de diversos indivíduos até estarem debeladas [2], seguida de outras: 1747, 1848, 1864, 1920-24 e a de 1946-49. Além da insuficiência alimentar permanente das populações, Cabo Verde foi frequentemente atingido por graves epidemias (peste, varíola, cólera e febre amarela) que devastaram a população e por doenças endémicas (tuberculose, escorbuto e raquitismo).

Até à segunda metade do século XIX, o território era considerado insalubre, sobretudo a ilha de Santiago, razão pela qual os governadores eram obrigados a instalar-se periodicamente em outras ilhas, com melhores condições de salubridade [3].

Já no século XX, a saúde estava, ainda em boa medida, determinada pelas precárias condições de vida da grande parte da população como uma elevada taxa de analfabetismo (cerca de 75%), sobretudo entre as mulheres, aliada a crenças e tabus prejudiciais à promoção da saúde e, ainda, a uma deficiente cobertura por estruturas sanitárias, de abastecimento de água e de saneamento e más condições habitacionais [4].

Historicamente, o paludismo constituiu a patologia das mais antigas registada no arquipélago, provavelmente trazida do continente africano e foi, “durante a época colonial, o maior inimigo à penetração e fixação dos europeus no interior da África, sobretudo na Costa da Guiné”[5]. Outras maleitas como varíola (1610-1611), que matara muita gente por ser tão contagiosa que se pegava de longe nos que passavam por onde alguém as tinham, são também dignas de registo [6]. No século XIX, registou-se a febre-amarela que assolou a Boavista por volta de 1845 e as ilhas de Santiago e da Brava em 1868; as epidemias de cólera que assolaram as ilhas do Fogo, São Nicolau de S. Vicente e Santo Antão, desde 1855; a febre tifoide na Praia em 1864; a varíola foi detetada em todas as ilhas do arquipélago, de entre tantas outras enfermidades responsáveis por elevadas taxas de mortalidade ao longo do período colonial.

Chegados ao século XX, a fome continuou a persistir em todo o arquipélago.

As fomes e as consequentes mortandades nos chamados anos de crise, em que morreram 10 a 30% da população, ao longo deste meio milénio de vida nas ilhas, constituem o flagelo maior do povo cabo-verdiano. Só na última grande fome, de 1946 a 1949, estima-se em média uma diminuição da população na ordem dos 50% [7].

A situação prolongou-se para os anos setenta, com impactos desastrosos sobre o comportamento demográfico. Em suma, ao longo do século XX, até 1970, o arquipélago somou 21 anos de fome, tendo perdido, em cada uma das “grandes fomes,” entre 15 e 35% da sua população [8].

## **2. Os 50 Anos da Independência de Cabo Verde: evolução dos pilares do Sistema de Saúde**

### **Liderança, governança e organização do sistema de saúde**

Aquando da independência nacional, Cabo Verde era um país extremamente pobre sem o mínimo de infraestruturas necessárias ao desenvolvimento económico e social. As situações herdadas do regime colonial, continham uma série de problemas socioeconómicos, requerendo urgência em serem equacionados para obter soluções possíveis para sustentar o sistema de saúde.

Havia, entretanto, outros fatores que constituíram e continuam a constituir constrangimentos estruturais a vencer para o desenvolvimento socioeconómico de Cabo Verde, nomeadamente para a construção do sistema de saúde: (a) a insularidade e a dispersão territorial, que determinam uma desigual distribuição da população no interior do espaço cabo-verdiano, com graves consequências sobre os custos de unificação do país; (b) os transportes e as comunicações, que são de importância vital e sua garantia exige recursos elevados para a circulação e a comunicação entre as ilhas e no interior de cada ilha (infraestruturas portuárias, aeroportuárias, rodoviárias, companhias aéreas e marítimas); (c) uma mobilidade demográfica para as ilhas polos de desenvolvimento (êxodo interno) e emigração; (d) o clima subtropical seco, com ciclos prolongados de seca ou de chuvas irregulares com efeitos sobre a insuficiente produção agrícola e a desertificação.

Essas características estruturais anunciadas, tendem a gerar “deseconomias de escala” que elevam os custos de investimentos económicos, sociais e sanitários em todo o arquipélago, mas com impacto mais acentuado nas pequenas ilhas, por exemplo, em emergências sanitárias. As tentativas de uma maior integração para compensar a pequenez e a dispersão têm-se esbarrados contra vários obstáculos, por exemplo, nos custos de transporte e de comunicação, relativamente elevados para o poder de compra da população, contrariamente ao que se passa nos outros arquipélagos da Macaronésia, onde as despesas de circulação dos residentes são amplamente subsidiadas pelo Estado.

Essas condicionantes obrigaram Cabo Verde a adotar e executar uma nova linha condutora, traçada em 1975, que ainda persiste na sua essência, não obstante ajustamentos adotados e, talvez impulsionados pelos resultados alcançados e pelas lições aprendidas do processo interno de criação do sistema de saúde e do acompanhamento da evolução mundial da saúde, particularmente discutida e consensualizada nas assembleias e orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Além disso, são marcas do seu percurso, determinantes da estruturação do sistema de saúde de Cabo Verde, seja porque constituem um conjunto de vulnerabilidades, seja porque provocam decisões e tomadas de medidas resilientes de planeamento e organização dos pilares dos sistemas de saúde (sistema de saúde), para ultrapassar essas situações de perda. A vulnerabilidade geral do arquipélago é agravada pelo facto de não dispor de recursos naturais que possam servir de base a um robusto desenvolvimento económico e social. As poucas matérias-primas exploráveis não têm peso suficiente para servirem de alavanca a um crescimento económico duradouro.

A grande preocupação no pós-independência, foi como organizar as respostas às necessidades prementes da população, em particular as da saúde. Os 15 primeiros anos foram considerados o período do lançamento das bases do Sistema Nacional de Saúde Cabo-verdiano, com o conteúdo baseado na Estratégia Nacional de Saúde (ENS) e apontando para diligências no sentido de contornar a falta de recursos humanos, o número e a qualidade das infraestruturas de saúde, sempre confortados pelas conclusões e orientações saídas da reunião mundial de Alma-Ata (1978). O país, pressionado pelos preocupantes casos de mortes em crianças menores de um ano e de mulheres em idade fértil, facto intimamente ligado às suas condições sanitárias e socioeconómicas de vida, trouxe para o centro das políticas públicas melhorar a qualidade de vida das famílias, com foco das crianças e das mulheres em idade fértil.

A estratégia foi apostar na saúde pública com a implantação dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), numa abordagem preventiva e promocional, materializada através de ações realizadas nos vários recantos do país na prevenção das doenças transmissíveis, ou dirigidas, particularmente à saúde materna e infantil, cumprindo assim a estratégia da OMS de fazer chegar a saúde a todos no ano 2000. A gratuitidade dos cuidados foi uma peculiaridade do sistema de saúde, o que destacava o sistema de saúde da situação de outros países da Região Africana. O acesso e a cobertura universais foram, ambos, políticas adequadas ao contexto social nacional nesse período, podendo continuar a inspirar tomadas de medidas na atualidade.

Embora Cabo Verde esteja classificado de entre os cerca de 60 Pequenos Países Insulares em Desenvolvimento (PPID/SIDS) existentes no mundo, e apresente características próprias que exigem medidas específicas [9], paradoxal e habitualmente não é entre estes países que Cabo Verde procura modelos ou termos de comparação para o equacionamento das suas atividades, de que tipo for, para o desenvolvimento sanitário ou de outros setores. Procurando-os entre os países bastante maiores, colonizadores ou de emigração, com outra organização e nível de desenvolvimento, pode-se deixar extasiar pelo desenvolvimento técnico e tecnológico alcançados, em detrimento dos aspetos de adaptação às características humanas e da natureza do país.

A Estratégia Nacional de Saúde(1976) [10], foi o primeiro documento de política de saúde produzido em Cabo Verde independente, feito por uma equipa multissetorial (dos Ministérios da Saúde e Assuntos Sociais, Educação e Cultura, Obras Públicas, Coordenação Económica e Desenvolvimento Rural, com a colaboração técnica de uma equipa da OMS). O estado de saúde, diagnosticado então, configurou um desafio enorme, à partida, além dos poucos recursos em profissionais, a exiguidade gritante de infraestruturas, seja em número, seja na sua distribuição pelo país:

- 2 Hospitais Centrais (HC) na Praia e Mindelo;
- 1 Hospital Regional (HR) no Fogo;
- 8 Centros de Saúde (CS);
- 29 Postos Sanitários (PS).

Igualmente, esse estudo analisou a (in)capacidade instalada para cobrir em cuidados de saúde uma população de cerca de 300 mil habitantes, maioritariamente rural (80%), sobretudo tendo em conta a predominância de determinantes sociais da saúde como precários estados de nutrição, analfabetismo elevado, da ordem de 75%, sobretudo entre as mulheres, penúria de água potável e problemas sérios de saneamento, urbanismo, estradas e habitação (75% da população não dispunha de sistema de evacuação de excretas).

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 habitantes;
- A mortalidade infantil de 106,9/1000 nados vivos;
- A mortalidade geral de 9,3/1000 habitantes (sendo repartida do total dos óbitos, em 28,5% em menores de 1 ano, 16,9% na população de 1 a 4 anos, 37,6% em pessoas com 50 ou mais anos);
- A mortalidade perinatal de 10,8% dos óbitos com diagnóstico registado;
- A prevalência, entre as causas de morte registadas, de “sintomas e estados mórbitos mal definidos”, atribuídos a 37,4% do total de óbitos, patenteava várias deficiências e, provavelmente a ausência de assistência médica para o diagnóstico;
- No quadro clínico, perfilavam 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 epidémicos de cólera (1974; 1975; 1976).
- O paludismo esteve praticamente eliminado com os trabalhos da Missão para Erradicação do Paludismo, suportada pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical

(IHMT), a seguir à grande prevalência da malária nas décadas de 1940 e 1950, embora continuassem a ser registados casos esporádicos.

A ENS foi elaborada na linha das discussões e orientações dos CPS tratadas na conferência mundial em Alma-Ata, embora a sua feitura tenha antecedido essa conferência. Embebeu-se nos princípios e experiências dos propósitos sociais assumidos na organização da sociedade nas regiões libertadas na Guiné-Bissau, cuidando das populações em vários domínios da organização social, nomeadamente em matéria de educação e saúde que transitaram e influenciaram a implantação de medidas para a amenização de situação que a população de Cabo Verde vivenciava.

Assim, desde 1975, o país constituiu como objetivo geral a política de desenvolvimento e 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, numa prestação gratuita dos cuidados de saúde e os serviços a cargo de médicos e outros profissionais assalariados que trabalhavam nos hospitais e dispensários oficiais - também na esteira dos CPS. Assim, foram criadas 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 duma 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 Planejamento Familiar (PMI/PF), de controle da Lepra e de controle da Tuberculose e, mais tarde com o aparecimento dos primeiros casos, do combate ao VIH/SIDA.

O relativo sucesso desses programas foi, certamente, devido ao equilíbrio conseguido entre: (1) a organização vertical, mais bem-adaptada para captar recursos externos e garantir a participação dos doadores na administração dos programas, (2) o controle interno dos aspetos técnicos e organizativos para a integração progressiva das atividades dos programas na rotina horizontal dos serviços descentralizados nas ilhas e (3) a gratuidade.

Deste modo, o Estado de Cabo Verde continuou a envidar esforços no melhoramento da qualidade de vida das famílias, em especial das crianças e das mulheres, dando destaque à saúde familiar, colocada no centro das políticas públicas.

A aposta foi, pois, na saúde pública com a implantação dos CPS, numa abordagem promocional e preventiva, materializada através de ações realizadas em vários recantos do país, por equipas móveis que levavam os cuidados no combate às doenças transmissíveis, ou dirigidas, particularmente à saúde materna e infantil.

A gratuidade dos cuidados foi uma peculiaridade do sistema de saúde, e que fazia destacar o sistema cabo-verdiano da situação de outros países da região africana.

O acesso e a cobertura universais foram, ambos, políticas adequadas ao contexto social nacional, no período inicial, e que podem nos inspirar para a tomada de medidas no futuro imediato.

Entre 1975 e 1978, o Governo de Cabo Verde esteve profundamente empenhado na construção de um sistema de saúde pela via da saúde pública e da medicina preventiva, preocupado com muitos dos males herdados do período colonial. O enfoque foi na resolução dos problemas básicos que afetavam todos, e na adoção de medidas, quer na organização e funcionamento do serviço nacional de saúde (SNS), quer nos fatores extrínsecos, que pouco tempo depois vieram a se encaixar, nos princípios dos CPS, adotados na célebre Conferência de Alma-Ata e ratificada por Cabo Verde.

O país, inspirado em ideais coletivos, analisou as condições adversas das populações, decidindo pela assunção pelo Estado do controle de sectores básicos de suporte, por forma a alterar a situação económica em que se encontrava e implementou uma série de medidas nos aspetos socioeconómicos básicos: no sector agrícola - as campanhas de conservação dos solos e da água, com a construção de diques de correção e de poços, e, mais tarde, a reflorestação, a construção de barragens para a retenção das águas pluviais, criação da lei de bases da reforma agrária, o Instituto de gestão dos recursos hídricos; no sector industrial - o lançamento de algumas unidades industriais básicas como a indústria naval, do calçado e do vestuário; no sector comercial - a criação da EMPA, uma empresa para gestão de produtos alimentares básicos importados ou resultantes das doações de países e organizações estrangeiras e sua distribuição a todos os pontos do país, ao mesmo preço; no setor farmacêutico/ saúde - a criação da Emprofac, uma empresa mista de importação e distribuição de medicamentos e produtos farmacêuticos, que vem garantindo a disponibilidade de medicamentos a todo o país. Fruto desse esforço as condições de vida foram melhorando.

Nos anos 80, a situação demográfica de Cabo Verde foi caracterizada por um incremento da taxa de crescimento da população, um estancamento da emigração, uma baixa tendencial da fecundidade, uma clara tendência para melhoria dos indicadores da mortalidade infantil e da juvenil e um aumento gradativo da esperança de vida ao nascer. A dinâmica populacional resultante traduziu-se no crescimento da população de 295 mil habitantes, em 1980, para 350 mil, em 1990, ou seja, um aumento de 18,6% [11], que em 2021 para perto de 500mil, ou seja, um crescimento de 42% nesses últimos 30 anos, segundo o Censo de 2021.

Em 1990 realizou-se a abertura política em Cabo Verde, um processo pacífico influenciado por diferentes fatores, internos e externos. As orientações liberais doravante seguidas, acabariam por repercutir-se em todos os setores da sociedade incluindo o da saúde particularmente no que se refere à abertura às iniciativas privadas de saúde e ao início do pagamento dos alguns cuidados, numa altura em que, a Saúde para todos até 2000, mais do que um slogan, constituía um compromisso assumido.

### *Embasamento e suporte legal*

As orientações legais e regulamentares estão espelhadas em vários documentos importantes, de âmbito nacional e que dão robustez ao sistema de saúde, nomeadamente os indicados a seguir:

- Constituição da República de Cabo Verde, versão de 1980 [], que 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” (Artº 14º) e a versão de 1992, (lei constitucional n.º 1/IV/92, de 25 de setembro) e suas sucessivas revisões ordinárias, mantém a importância atribuída às questões referentes à saúde, “Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica”.
- Lei de Bases de Saúde de 1989, revista pela Lei nº 41/ VI/2004 e pela Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, define as ações e serviços de saúde a serem executados visando a promoção e proteção saúde, a prevenção o tratamento e a reabilitação da doença.
- Carta Sanitária de Cabo Verde, em 1999, propôs uma reforma da rede de serviços que expusesse o ordenamento funcional das estruturas de saúde, a cobertura da população e as perspetivas de um reordenamento para orientar a edificação de novas instituições de saúde, necessárias.
- 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.
- Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), quinquenais. (2007-2011; 2012-2016; 2017-2021)
- Planos Estratégicos de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (2005-2015; 2016-2020)

### *Organização do Serviço Nacional de Saúde (SNS)*

A PNS, válida até 2020, veio confirmar a estruturação piramidal do SNS em três níveis – primário, secundário e terciário – correspondendo aos diferentes tipos de prestação de cuidados e serviços e de estruturas de saúde de suporte.

O nível primário corporiza o conceito da desconcentração/descentralização com base nos CS e suas extensões para a território do concelho/município, instituindo-o como o lugar privilegiado para prestar um conjunto de cuidados essenciais de saúde, junto das comunidades, assegurando a equidade no acesso aos cuidados de atenção primária básica, com capacidade resolutive para os problemas que afetam a maioria da população e implementar os princípios da primeira cobertura universal, prestando cuidados fora dos muros do CS, junto das famílias e indivíduos.

O nível secundário de organização de respostas acrescenta um hospital ao conjunto dos CS da Região, com um conjunto de serviços hospitalares em aproximação dos cuidados hospitalares às pessoas servidas, alargando e afinando a prestação secundária. Com a hipótese de criação da “REDE” de Hospitais de Cabo Verde, pretende-se alargar a cobertura em cuidados hospitalares secundários (de gabarito semelhante) a todas as regiões do país, preenchendo o 2º anel de cobertura.

A Região Sanitária (RS) não é um novo tipo de infraestrutura de saúde, mas é um conceito para implementar um modelo organizacional de várias instituições – CS e HR – essencial para a cobertura sanitária secundária. A RS foi criada para elevar a funcionalidade racional das instituições implantadas nos municípios envolvidos, baseada em novas relações entre elas, na afetação e adequação de um HR ao conjunto das Delegacias de Saúde (DS) e seus CS, com autonomia técnica e administrativa. Localizado na área mais perto do domicílio, contribui para aumentar a satisfação dos utentes ou doentes e melhorar todos os tipos de acesso, geográfico, económico, operacional e cultural, sobretudo aos cuidados hospitalares.

Os dois HC, instituídos como de referência para assegurar o nível terciário têm, teoricamente, a incumbência para prestar esses cuidados à toda população do país. O problema maior reside na coabitação com a prestação de cuidados secundários, e ainda de alguns primários, à população das cidades da Praia ou do Mindelo, onde estão implantados, consumindo bom número de horas da força de trabalho ali colocada, equipamentos, materiais e energia de organização, em princípio alocados às funções terciárias. A missão dos HC é, frequentemente enviesada e está na “razão dessas instituições serem populares,” mas também serem o ‘locus’ de maiores reivindicações dos utentes. Será onde reside o ‘nó górdio’ do sistema de saúde-Cabo Verde? Está na calha um Novo Hospital de Cabo Verde (conceito nacional), cujo projeto espera-se venha a ser alvo de

uma ampla reflexão, envolvendo vários atores e decisores para fomentar a oportunidade de se introduzir mudanças profundas na capacidade de todo o SNS de Cabo Verde.

As evacuações sanitárias/médicas para o exterior, são uma prestação importante e específica para complementar o sistema nacional, de um país disperso por ilhas desiguais, garantindo fora a prestação de cuidados e serviços de saúde não possíveis nas condições de Cabo Verde por, entre outras razões sua complexidade. Apesar de todo o desenvolvimento que se possa ter verificado no SNS cabo-verdiano, continuarão a existir algumas necessidades de evacuação para o exterior, provavelmente, em menor número, mas com exigências diferentes, mais complexas. Precisar-se-ão de ser atualizadas tanto a finalidade, a amplitude dos cuidados necessários de evacuação, quanto de ter reformuladas e aligeiradas as burocracias à volta dos processos de evacuação, tornando estas mais úteis, efetivas e resolutivas das situações tratáveis.

Outro componente muito importante para a evolução do sistema de saúde de Cabo Verde é a organização e efetivação do Serviço de Emergência Médica e Salvamento/SEMS exigido por um país pequeno como Cabo Verde, distribuído por nove ilhas habitadas de forma bem desigual, com uma população flutuante, por vezes maior do que a residente. O país deve poder aumentar a sua capacidade resolutiva para situações, esporádicas, é verdade, mas de pessoas em risco de vida, a precisarem de cuidados urgentes ou emergentes a serem prestados em outras instituições, em outras ilhas, mas, também contribuir efetivamente para a segurança sanitária.

### *Infraestruturas de saúde*

As infraestruturas de saúde tiveram, nesses 50 anos após a independência, um incremento visível, por criação de raiz ou remodelação dos que existiam, seguindo as regras planeadas para cobrir o território nacional com diversos estabelecimentos de saúde, equipados com materiais apropriados e possíveis e com profissionais capacitados para prestar os cuidados requeridos. Naturalmente que esse quadro se foi mudando com as circunstâncias. Se compararmos o quadro descrito aquando da elaboração da ENS, em 1976, e a tabela infra, de 2018 (tabela 1) damo-nos conta da significativa diferença para melhor, seja na diversidade dos tipos, seja na distribuição pelas várias ilhas do país.

Tabela 1: Cabo Verde - Instituições de Saúde segundo o tipo de estruturas sanitárias por concelho (2018)

|                   | Hospital Central | Hospital Regional | Centro de Saúde | Centro de Saúde Reprodutiva | Posto Sanitário | Unidade Sanitária de Base | Delegacia de Saúde |
|-------------------|------------------|-------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|
| Cabo Verde        | 2                | 4                 | 32              | 5                           | 34              | 115                       | 17                 |
| Boa Vista         |                  |                   | 1               |                             | 1               | 5                         | 1                  |
| Brava             |                  |                   | 1               |                             | 2               | 2                         | 1                  |
| Fogo              |                  | 1                 | (3)             | (1)                         | (2)             | (11)                      | (2)                |
| Mosteiros         |                  |                   | 1               |                             |                 | 4                         | 1                  |
| S. Filipe         |                  |                   | 1               | 1                           | 2               | 5                         | 1                  |
| Santa Catarina    |                  |                   | 1               |                             |                 | 2                         |                    |
| Maio              |                  |                   | 1               |                             | 2               | 5                         | 1                  |
| S. Antão          |                  | 1                 | (3)             | (1)                         | (11)            | (25)                      | (3)                |
| Paúl              |                  |                   | 1               |                             | 2               | 4                         | 1                  |
| Porto Novo        |                  |                   | 1               |                             | 4               | 12                        | 1                  |
| Ribeira Grande    |                  |                   | 1               | 1                           | 5               | 9                         | 1                  |
| S. Nicolau        |                  |                   | (2)             |                             | (3)             | (13)                      | (1)                |
| Ribeira Brava     |                  |                   | 1               |                             | 2               | 8                         | 1                  |
| Tarrafal          |                  |                   | 1               |                             | 1               | 5                         |                    |
| S. Vicente        | 1HC              |                   | 6               | 1                           |                 | 3                         | 1                  |
| Sal               |                  | 1                 | 1               |                             |                 | 1                         | 1                  |
| Santiago          |                  | (1)               | (14)            | (2)                         | (13)            | (50)                      | (6)                |
| Praia (RSSS)      | 1HC              |                   | 6               | 1                           | 1               | 6                         | 1                  |
| Ribeira Grande    |                  |                   | 1               |                             | 1               | 3                         |                    |
| S. Domingos       |                  |                   | 1               |                             | 1               | 9                         | 1                  |
| S. Louren./Órgãos |                  |                   | 1               |                             |                 | 2                         |                    |
| S. Miguel         |                  |                   | 1               |                             | 1               | 6                         | 1                  |
| S. Salvador Mundo |                  |                   | 1               |                             |                 | 1                         |                    |
| S. Catarina/RSSN  |                  | 1                 | 1               | 1                           | 4               | 8                         | 1                  |
| Tarrafal          |                  |                   | 1               |                             | 2               | 5                         | 1                  |
| Santa Cruz        |                  |                   | 1               |                             | 3               | 9                         | 1                  |

Fonte dados: Ministério da Saúde e Solidariedade Social, 2019

## Prestação de cuidados de saúde

Durante os três primeiros anos após a independência, a oferta de cuidados se deu através dos serviços hospitalares existentes e de campanhas e, mais tarde com atendimento em equipas móveis, direcionadas para as situações de grande impacto: vacinações, luta contra as doenças diarreicas, situações endêmicas, enquanto eram criadas as condições para atender na rede de serviços [13].

Neste período, os cuidados de saúde foram dominados pelo discurso dos CPS, pela estatização dos serviços de saúde e pela procura da universalização da cobertura, mas perante a escassez e precariedade das instituições sanitárias dando fraca cobertura, o país utilizou a estratégia de equipas móveis mistas que se deslocavam regularmente às localidades mais distantes. Com isso, registou-se um incremento apreciável nas atividades de saúde pública e melhorias na oferta de serviços curativos básicos que contribuíram para o aumento relativo e gradual do bem-estar da população cabo-verdiana[14].

As taxas de mortalidade relacionadas com a gravidez, o parto e o puerpério e a mortalidade perinatal eram elevadas, sendo as principais causas, os abortos, as anomalias congénitas, as lesões obstétricas, os partos distócicos e outros, o que atesta a deficiência da assistência sanitária à mãe e à criança.

As mulheres tinham períodos de gravidez sucessivos e com pequenos intervalos, sem qualquer controle e, por exemplo, a anemia era um dos grandes problemas enfrentados. A maioria dos partos ocorriam no domicílio, feitos por parteiras leigas/curiosas. Os abortos eram frequentes com inúmeras complicações. As doenças sexualmente transmissíveis proliferavam, não havendo um controle eficaz que evitasse a sua propagação [15].

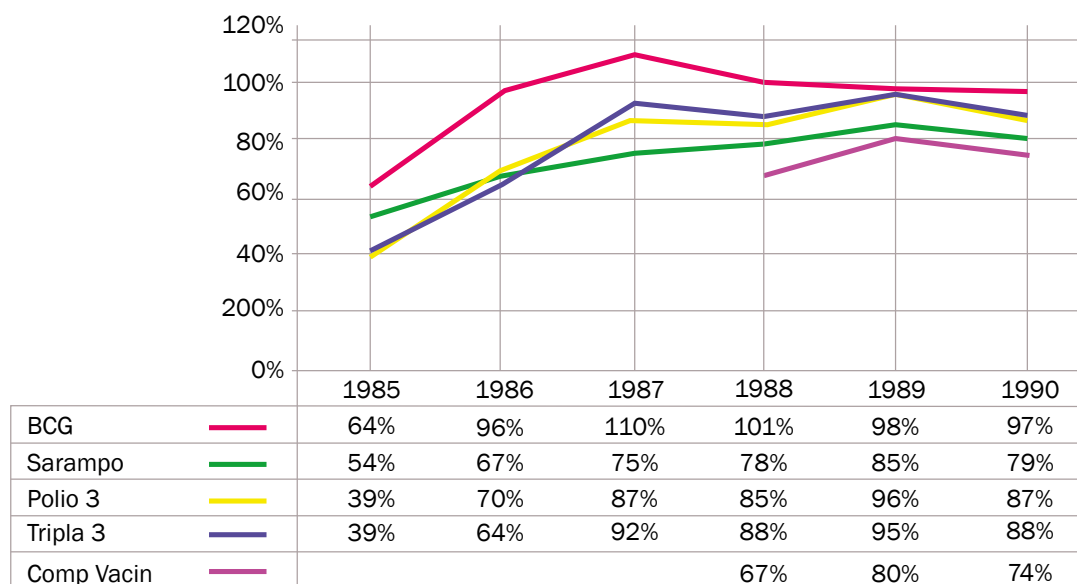
Esses e outros problemas foram erigidos em prioridades do Estado de Cabo Verde e desenvolvidos programas e estratégias, como: de Luta contra as doenças diarreicas, da Proteção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF), de controle da Lepra e de controle da Tuberculose e, mais tarde, de Luta contra o VIH/SIDA com a aparecimento dos primeiros casos do VIH/SIDA [16].

A situação de carência era tal que não havia nos hospitais, chegou a não haver um espaço físico dedicado, nem um serviço específico de atenção às mulheres e grávidas, sendo os controlos feitos, de forma não sistemática, nos dispensários de puericultura ou em consultórios privados em Mindelo e Praia, quando as condições económicas assim o permitiam.

Em relação à cobertura vacinal, com a implantação do programa de PMI/PF, nos centros criados, mas, também atuando com equipas móveis, as atividades de imuniza-

ção foram integradas na rotina desses serviços, substituindo as campanhas utilizadas até esse momento (tabela 2).

Tabela 2. Cabo Verde: Cobertura Vacinal em Menores de 1 ano. Evolução entre 1985 e 1990



Fonte: MSPS, Documento preparatório para o IIIPND, 1991

Estas passaram a ser usadas apenas em casos pontuais, por exemplo, para compensar quebra de stock de vacinas ou elevar a cobertura em situações específicas como a vacinação contra o sarampo.

A partir de 1985 houve um reforço das atividades de imunização com a sua expansão a outras instituições – postos sanitários, unidades sanitárias de base – o que veio melhorar a acessibilidade e a cobertura (tabela 2). De salientar que em 1985 as percentagens atingidas pelas quatro vacinas incluídas no Programa Alargado de Vacinação (PAV) ficaram próximas de 50%. [17] Em consequência, verificou-se uma redução gradual e constante de casos de óbitos devidos a doenças preveníveis pela vacinação, com ausência de registo de casos de poliomielite, sarampo ou coqueluche (tosse convulsa) desde 1989 e de óbitos desde 1988, traduzindo o grande impacto dos programas de vacinação na redução da incidência dessas situações clínicas.

Com o objetivo de garantir a prestação dos cuidados de saúde ao povo cabo-verdiano e criar as condições para a sua materialização pretendeu-se: 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; prosseguir e intensificar a luta contra as doenças endémicas e epidémicas com o objetivo de conseguir, até o ano 2000, a eliminação de alguns flagelos, bem como de reduzir a morbilidade e a mortalidade, especialmente a infantil [18].

Em 1991, houve uma mudança política no país, do regime monopartidário para o de democracia pluripartidária e eleições que ditaram a alternância entre o PAICV, partido no poder desde a independência e o Movimento para a Democracia (MpD), com orientações liberais. Ocorreram algumas mudanças no setor saúde, mantendo-se, na essência, os princípios e valores da Declaração de Alma-Ata adotados desde os anos iniciais. O Gabinete de Coordenação de Saúde Pública, órgão de assessoria em assuntos de Saúde Pública na orgânica da Direção Geral da Saúde (DGS), foi desmantelado, resultando na centralização das ocupações no diretor-geral, com enfraquecimento da função de coordenação técnica das atividades. Na sequência, houve a fragmentação e transformação dos programas que compunham esse órgão em divisões autónomas da DGS: epidemiologia e investigação; PMI e nutrição; educação para a saúde e saúde escolar; doenças infecciosas e meio ambiente; saúde mental; assuntos hospitalares. Outra alteração importante foi a assunção do exercício privado da medicina, entretanto reaberta, nos finais da década de 1980.

As DS mantiveram-se como órgãos da administração sanitária a nível local ou periférico e autoridades responsáveis pela execução local da política de saúde, enquanto unidades fundamentais para o processo de descentralização. Sob a direção do Delegado de Saúde, por vezes o único médico na ilha, a DS, com o seu CS, prestava cuidados integrados, através de todas as instituições localizadas na sua área de atuação, as suas extensões PS e Unidades Sanitárias de Base (UBS) que exerciam as seguintes funções:

- Cuidados curativos ambulatoriais, exames complementares e internamento em observação de situações não exigindo cuidados especiais;
- Atendimento aos doentes crónicos;
- Vigilância Sanitária;
- Desenvolvimento dos programas preventivos e promocionais: (a) PMI/PF; (b) PAV; (c) Educação para a Saúde ; (d) Saúde mental; (e) Doenças sexualmente transmitidas, incluindo a SIDA [19].

A questão do restabelecimento do equilíbrio entre o crescimento demográfico, o processo de desenvolvimento socioeconómico do país e os recursos disponíveis foi sempre tratada nos sucessivos Planos Nacionais de Desenvolvimento, sendo associada à

saúde reprodutiva e sendo uma consequência natural do espaçamento dos nascimentos recomendado pelo planeamento familiar.

A Política Nacional de População (PNP), adotada em Agosto de 1995, ao definir como um dos objetivos: i) reduzir o nível de crescimento demográfico, pôs a tónica e deu uma atenção à limitação do crescimento da população, transformando um efeito colateral do espaçamento da natalidade num objetivo, que sobressaiu em relação aos outros, aos quais, do ponto de vista da saúde, eram mais importantes: ii) diminuir a morbilidade e a mortalidade geral e específica da população, iii) promover a saúde reprodutiva e melhorar progressivamente as condições de vida das mulheres e das crianças. A PNP terá gerado críticas preconceituosas de alguns setores sociais, que não valorizaram as transformações favoráveis, individuais, familiares e da sociedade que resultaram do poder reconhecido às mães de planearem os seus partos.

A equidade no acesso à prestação de cuidados de saúde, a gratuidade dos cuidados de promoção da saúde, de prevenção das doenças, da prestação de cuidados às mulheres grávidas e às crianças com menos de dois anos, assim como às pessoas vulneráveis foram princípios adotados e englobados no subprograma Saúde da Mãe e da Criança, baseada numa abordagem mais global dos problemas, incluídos no conceito de saúde familiar.

A Carta Sanitária de Cabo Verde, finalizada em 1999, ultrapassou os limites de um mapa sanitário porque, pela ausência de legislação na definição dos tipos e funções das diferentes instituições de saúde, sentiu-se na necessidade de se basear uma proposta na realidade existente, colhida através de uma investigação exaustiva, que configurou um marco importante na organização da prestação de cuidados de saúde no país. Um estudo observacional de cada tipo de instituição de saúde, seguindo um roteiro previamente elaborado, analisou os parâmetros existentes nas estruturas físicas, equipamentos, serviços prestados, profissionais alocados, estatísticas e outros critérios do SNS, serviu para propor tipologias das instituições a serem incluídas no documento final [20]. Mostrou, entre outros factos, que a divisão administrativa em DS nos municípios de Cabo Verde não reunia todos os requisitos para serem considerados distritos sanitários funcionais e, no sentido apontado pela OMS, se tomou por base a situação específica de cada país, para o desenvolvimento de uma proposta fundamentada de criação de distritos sanitários.

Em Cabo Verde, pelo tamanho e dispersão das ilhas, assumiu-se considerar áreas de saúde abarcando ilhas próximas, ou confinadas em uma ilha, criando uma unidade interligada dos CS municipais com um HR, que estabelecesse uma inter-relação coerente entre os níveis primário e secundário de prestação de cuidados. Os dados obti-

dos, constantes do volume I da Carta Sanitária de Cabo Verde, contribuíram para uma proposta de reforma da rede de serviços que, mostrando o ordenamento funcional das estruturas de saúde, a cobertura da população e as perspectivas de um novo reordenamento, serviu para orientar a edificação de novas instituições de saúde, assim que se mostrassem necessárias.

As DS mantiveram, no entanto, a sua autonomia, enquanto administração Concelhia de Saúde.

As RS, não sendo um nível de prestação de cuidados a acrescentar, são um conceito organizativo, uma proposta inovadora de organização e funcionamento do sistema de saúde, nas circunstâncias específicas do país, para cobrir de uma forma coordenada as prestações primárias e secundárias de saúde [21]. A elaboração da Carta Sanitária de Cabo Verde, finalizada em 1999, ultrapassou os limites de um mapa sanitário porque, pela ausência de legislação na definição dos tipos e funções das diferentes instituições de saúde, sentiu-se na necessidade de se basear uma proposta na realidade existente, colhida através de um levantamento exaustivo. Os dados obtidos, constantes do volume I da Carta Sanitária de Cabo Verde, contribuíram para uma proposta de reforma da rede de serviços que mostrando 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, assim que se mostrassem necessárias.

O documento da Carta Sanitária, além de fundamentado no conhecimento da realidade do país, foi buscar princípios gerais proclamados desde Alma-Ata, obrigatórios na implantação e funcionamento de um sistema de saúde descentralizado e que resultou em um processo de reforma preconizado [22]:

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

Em abril de 2000, o Simpósio Nacional sobre a Saúde da Reprodução recomendou ao Ministério de Saúde a adoção do conceito de saúde reprodutiva à realidade do contexto sociocultural tendo em conta os diferentes componentes definidos no Plano de Ação resultante da Conferência Internacional para o Desenvolvimento e População. Na sequência, foram elaborados os documentos da Política Nacional de Saúde Reprodutiva

e das Normas de Serviços de Saúde Reprodutiva, que definem desde essa altura, os grandes princípios no domínio da saúde reprodutiva, tendo como grupos-alvo as crianças dos 0-5 e dos 6-11 anos, adolescentes e adultos jovens (dos 12-24 anos), homens e mulheres em idade de reprodução (25-49 anos e 50 anos e mais).

Cabo Verde assinou a Declaração sobre os Objetivos do Milénio para o Desenvolvimento (ODM-2000), focalizada na saúde reprodutiva como uma prioridade, estabelecendo objetivos nessa área, particularmente no que se refere à melhoria da saúde materna, na redução da mortalidade infantil, no combate ao VIH/SIDA, na promoção da igualdade entre os sexos e autonomização das mulheres [23].

Em 2015 Cabo Verde foi um dos oito países que alcançou os ODM.

A PNS 2020, cobrindo o período de 2007 a 2020, é outro documento fundamental, a partir das orientações contidas no documento da Carta Sanitária para a organização e o funcionamento do sistema de saúde e para a prestação de cuidados e serviços de saúde à população. Ela constitui um marco de relevo nessa construção, e previu-se ser executada por uma sequência de PNDS, quinquenais, à exceção do primeiro, de 4 anos, para alinhá-los com os ciclos normais de governação.

A conexão dos CS aos HR coexistindo na área territorial, permite alargar a funcionalidade, aumentar a eficácia e rentabilidade técnica dos recursos afetados, melhorando a cobertura dos cuidados de saúde. A maioria dos CS está sedeadada nas DS, nas ilhas/ concelho. São dotados de salas de consulta, farmácia básica, dispõem de leitos de internamento para responder a situações em observação, menos complexas e resolúveis a esse nível ou que aguardam a transferência para cuidados e serviços hospitalares. Dispõe de sala para partos e começa a tornar-se frequente existir acesso a alguns meios de diagnóstico complementar.

Há diferença entre CS urbanos e rurais. Nos de localização urbana, nas cidades da Praia e do Mindelo, pela população mais numerosa e pela desconcentração das prestações nos HC, a DS foi dotada de CS para prestar os CPS à população, por bairros de residência. Instalados e em funcionamento desde 2008, a proximidade ao hospital local reduz a necessidade de atividades complementares de diagnóstico próprios ou de internamentos, pela utilização desses. É nos CS onde as populações deveriam ter acesso a cuidados prestados por um médico, seja por procura direta (p.e. pequena emergência) seja por consulta agendada (ambulatório), prestando ainda serviços de internamento em observação, quando necessário. Nos últimos anos, há um esforço para a consolidação dos serviços prestados nos CS e assim aumentar a cobertura. Torna-se cada vez mais evidente que há uma melhoria na utilização dos serviços prestados nos CS e um envolvimento crescente no controlo das doenças crónicas [24].

Os HC Agostinho Neto (Praia) e Baptista de Sousa (Mindelo) são as instituições de saúde que corporizam o terceiro nível de referência nacional, teoricamente com a missão e dotação de recursos para prestação dos cuidados terciários à toda a população do país. Porém, têm-se concentrado na prestação de cuidados secundários (e ainda alguns primários) à população das cidades onde estão implantados, aliás vocação desde o período colonial, mas pela inexistência de instituições hospitalares ou uma organização secundária na área/concelho da sua implantação, nem tampouco, se conseguiu derivar todos os cuidados primários para a rede de CS, criados para esse efeito. Até agora, os HC não conseguem fazer a sua prestação terciária, com a equidade à toda população definida, por razões que se prendem, certamente, às condições geodemográficas, as ilhas afastadas umas das outras e ligadas pelo mar, às grandes diferenças no tamanho da população e a migração interna e externa, entre outros fatores de iniquidade nas abordagens da saúde-doença, mas também pela não assunção plena da responsabilidade e do papel que esse nível desempenha na pirâmide sanitária. As respostas a esse nível requerem uma organização hierarquizada, baseada na referência e contra referência dos casos e na assunção do papel nacional dessas prestações, muito além de servir a população do local onde estão implantados. Apesar do aumento dos investimentos nas infraestruturas, recursos humanos e tecnologia, fica a percepção de que não tem havido um conjunto de diretrizes claras, nem um seguimento consistente ou um cabal cumprimento para a melhoria dos cuidados e resolução do problema existente na prestação nos HC, provavelmente, também pela escassa comunicação entre utentes e atores institucionais.

Barros e Lapão (2016) nos dizem, de uma visão do exterior, que:

“O caso de Cabo Verde, país cujas políticas de saúde se destacam no contexto africano, tendo sido dos poucos que conseguiu atingir os objetivos do milénio, é muito interessante. Apesar das limitações, Cabo Verde tem desenvolvido uma política sustentada com esforços sistemáticos de reforço das infraestruturas, de mais recursos humanos e do relacionamento entre níveis de serviços. De salientar ainda a forma como vem tentando introduzir a telemedicina como forma de melhorar o acesso a serviços de maior qualidade. Mas ainda há muito por fazer, desde o desenvolvimento dos sistemas de informação até à dignificação da carreira de medicina da família, tornando estes profissionais o centro de uma equipa multidisciplinar (com os enfermeiros e os outros técnicos) no acompanhamento da saúde das populações, das crianças, jovens e grávidas, aos idosos e as suas doenças crónicas-“ [25].

A análise da prestação de serviços de saúde que importa incrementar para o desenvolvimento sanitário em Cabo Verde nas circunstâncias atuais no horizonte 2030, e numa perspetiva de Cobertura Universal em Saúde, deve fundamentar-se no conceito da cobertura em cuidados de saúde desenvolvido pela OMS e considerar a avaliação integrada de três elementos essenciais: 1) estimular e garantir o acesso de um número

crescente da população a 2) uma gama ampliada de serviços e cuidados inclinada para todas as pessoas que dele necessitam, incluindo aquelas que não vêm sendo atendidas e 3) a um custo acessível tanto para o indivíduo quanto para o país como um todo [26].

Além disso, a análise da cobertura na prestação de cuidados de saúde em Cabo Verde deve ser aprofundada, trazendo sempre para a discussão o fator constrangedor para a equidade que é o facto de ele ser um país constituído por ilhas dispersas, cada uma delas com características próprias, e número bastante desigual da população residente, para se poder reduzir os vieses e garantir o princípio da equidade. Será necessário diferenciar e reforçar, harmonicamente cada um dos três níveis em que está estruturado o SNS – primário, secundário e terciário – para garantir a eficácia e a eficiência local e assegurar a interação que deverá existir entre eles, com transferências/evacuações garantidas para receber o cuidado ou serviço em um nível diferente, a depender da complexidade do problema. Para isso, é certamente, bastante importante a revisão da rede de telemedicina implantada ligando as ilhas, visando uma adaptação e atualização do seu funcionamento mais virada para servir as ilhas menos apetrechadas em recursos humanos e materiais, e mantê-las mais permanente em ligação com a ciência, em benefício da população servida.

Os pacotes de cuidados de cada nível deverão ser revistos periodicamente em consonância com a evolução das necessidades, dos serviços e dos recursos. Contudo deve existir uma delimitação clara em termos de missão, competência e intervenção, entre outros aspetos, numa decisão partilhada, de preferência, com envolvimento os intervenientes.

No nível primário, básico para a primeira abordagem, há um conjunto de cuidados e serviços essenciais da atenção primária, menos complexo, mas mais abrangentes e mais próxima da população, que devem ser capazes de resolver a maioria dos problemas que afetam a população. O esforço exigido no fortalecimento desse nível deve recomendar dotar-se os CS e suas extensões de: (1) uma equipa multiprofissional, formada de gente treinada com especialidades básicas, vocacionadas para trabalho em equipa, remunerada, motivada e dedicada para participar na mudança da missão dos CS, com base nas necessidades da população a servir; (2) devem estar aptos a organizar e prestar cuidados às famílias e indivíduos, na comunidade fora dos muros do CS e terem capacidade de decisão para referenciar as situações mais complexas, que ultrapassam as competências a esse nível. É desse modo que se poderá atingir a cobertura universal de cuidados primários, preenchendo o 1º anel de cobertura.

O nível secundário será focado na elevação das respostas, acrescentando às prestações do CS um conjunto de serviços e cuidados hospitalares, cirúrgicos e outros

mais interventivos, às pessoas servidas, alargando e afinando a cobertura desse tipo de cuidados mais próximo da família. É materializado pelo conceito de RS, que é uma adaptação ao contexto de Cabo Verde do Distrito Sanitário/ Health District da OMS como um processo criativo e contínuo para modificar a forma de organização e de prestação. Para isso, deve-se interligar em uma “rede de hospitais gerais de Cabo Verde”, passando por: (1) elevação da capacidade de intervenção dos chamados regionais, e pela inclusão dos Hospitais da Praia e do Mindelo, reorganizados para a assunção plena da missão da prestação de cuidados hospitalares secundários à população servida em 1ª instância nas cidades onde estão instalados.

Embora se tenha de atender às diferenças que existirão sempre, em função da diversidade das necessidades das populações servidas nas condições das suas ilhas, a tendência deverá ser de se aproximar as competências instaladas e alargar a cobertura em cuidados hospitalares secundários (de gabarito semelhante) a todas as RS do país, preenchendo o 2º anel de cobertura. Os cuidados terciários de saúde, mais complexos e especializados, constituem o conjunto de respostas mais diferenciadas a serem oferecidas a toda a população do país, sejam ambulatórias ou hospitalares, que encontram a sua justificação, na concentração e utilização racionais dos recursos necessários, em geral caros, dependentes de um nível tecnológico elevado, com permanentes e elevadas necessidades de formação dos profissionais e, também de manutenção. Quando o “Novo Hospital de Cabo Verde” iniciar funções - que se recomenda fortemente seja de abrangência nacional, de nível terciário por excelência, dirigido às situações mais complexas, por exemplo aquelas que são objeto das evacuações para o exterior, mas também das transferências internas -, o nível terciário ganhará nova dimensão e o figurino do SNS será ajustado a um novo estilo e método de funcionamento.

Este nunca deverá ser um hospital geral, para “substituir” o existente. Deverá ser conceitualizado como um hospital especializado, terciário por excelência, de âmbito e referência nacionais, na ponta da pirâmide sanitária, concebido e organizado, desde a construção, com a missão de ser o somatório de vários centros de excelência, pensados em domínios especializados e prioritários, a definir previamente, para responder a muitas das necessidades de evacuação para o exterior e com previsão e reserva de espaço para incorporar novos serviços. É elementar que ele esteja em conexão aberta com a rede de hospitais do país a criar, com referências via digital com ligação 5G/6G; através de Telessaúde /Telemedicina; por sistema de informação digital para manter o fluxo no SNS, além disso, deve manter uma parceria externa com hospitais e instituições congêneres, parceiras, podendo quiçá, facilitar a contribuição de técnicos cabo-verdianos do ramo na diáspora.

No interior do país o acesso aos serviços e prestações de cuidado em cada nível e entre níveis, deverá ser facilitado por um sistema de emergência médica rápida (mobilidade aérea, marítima e terrestre) para responder, com urgência, às necessidades das pessoas em risco de vida, segundo protocolos claros, adequados e adaptados às circunstâncias de um país pequeno e insular como Cabo Verde, para transferi-los, em segurança, entre unidades da rede, nos diversos níveis da pirâmide de saúde.

Note-se que existe, ainda, uma fraca capacidade de respostas para reduzir/melhorar a evacuação de doentes, nomeadamente, entre as ilhas. Habitualmente são feitas por via marítima ou aérea nos transportes comerciais entre ilhas, quando há vagas ou conveniências, ou por afretamento. Ambulâncias afetas aos serviços de saúde garantem o transporte terrestre para transferências de pacientes, mas de forma não organizada e regulada, quase sempre improvisado e sem todas as condições técnicas e de segurança.

Um futuro “Sistema de Emergência Médica e Salvamento” (SEMS), será um elemento essencial de viabilização da missão dos hospitais nacionais, uma componente importante da sua conexão, para que a sua ação chegue e sirva a todos os cantos do país, aumente a capacidade resolutive do sistema de saúde e a garantia de melhor equidade de acesso a prestações complexas de saúde. Além de participar, eventualmente na prestação de socorros. Se concebido e gerido de forma integrada, envolvendo outras instituições e setores que lidam com situações urgentes a precisar de cuidados ou de salvamento, o SEMS será um contributo de relevo para a segurança geral no país, sanitária em particular. Estará a prover argumentos para se cumprir os requisitos para a cobertura nacional de cuidados hospitalares e terciários e de se materializar alguns dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

O esforço na organização, funcionamento e melhoria da prestação do SNS, vai consolidar as capacidades nacionais, mas, com certeza, manter-se-ão algumas necessidades de evacuações médicas para tratamento no exterior, que se espera serem em menor número, diferentes das atuais e bem mais complexas.

O sector privado da saúde é, naturalmente um integrante importante na persecução do desenvolvimento sanitário no horizonte 2030, na lógica do desenvolvimento sustentado. Em 2019 segundo dados oficiais, estavam registados cerca de centena e meia de licenciamentos de clínicas, consultórios e laboratórios espalhados pelas ilhas, mas com predominância nos centros urbanos da Praia (67) e do Mindelo (53) (tabela 3). A tendência é para o aparecimento de clínicas mais bem apetrechadas. A maioria das clínicas e consultórios são servidos por profissionais de saúde que prestam também serviço no sistema público. A estruturação de um sector privado da saúde de qualidade,

vai precisar de se criar a regulamentação dessa prática e melhorar a organização de agremiações, que facilitarão a advocacia junto do Governo e de outras instituições, tanto nacionais como internacionais, para afirmar o seu papel junto da sociedade na prestação de cuidados de saúde e ocupar o seu lugar de importante parceiro do sistema de saúde e do desenvolvimento sanitário do país.

Tabela 3- Cabo Verde: Distribuição das unidades do setor privado da saúde, 2019

| Cabo Verde/ Concelhos/Ilhas | Clínicas/<br>Consultório | Laboratórios<br>Anal. Clínicas |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Boa Vista                   | 4                        |                                |
| Fogo – Mosteiros            | 1                        | 1                              |
| Fogo – S. Filipe            | 5                        | 1                              |
| Maio                        | 1                        |                                |
| S. Antão – Paul             | 1                        |                                |
| S. Antão – Porto Novo       | 2                        |                                |
| S. Antão – Ribeira Grande   | 5                        |                                |
| S. Nicolau – Ribeira Brava  | 3                        |                                |
| S. Vicente                  | 48                       | 5                              |
| Sal                         | 8                        |                                |
| Santiago – Praia            | 63                       | 4                              |
| Santiago – Santa Catarina   | 7                        |                                |
| Total                       | 148                      | 11                             |

Fonte: Registo do licenciamento na DNS/MSS, 2019

## Evolução da força de trabalho em saúde /RHS

Os recursos humanos de saúde (RHS) constituíram sempre um elemento-chave para a melhoria do estado de saúde das pessoas e populações. Embora nem sempre tenha sido esta a tônica predominante, ganham agora uma dimensão mais pragmática, sobretudo no contexto da afirmação da cobertura universal de saúde como o melhor elemento para assegurar o direito à saúde às populações de todo o mundo. Efetivamente, a OMS vem desenvolvendo esforços junto aos líderes mundiais, particularmente os da saúde, para que se focalizem em erigir a ambição da cobertura universal numa meta mundial, sobretudo perante evidências de que esse objetivo está a ganhar força e os debates sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015 estão realmente a começar. Contudo, a OMS reconhece que o sucesso

dessa ambição assentará na disponibilidade duma força de trabalho em saúde que seja adequada à sua finalidade e coerente à prática [27];[28].

A pesada herança do colonialismo se repercutiu, em Cabo Verde, no domínio da saúde, à semelhança de outros setores, situação algo notória, ainda hoje. O rompimento do sistema colonial provocou uma redução do pessoal de saúde devido, entre outros fatores, à partida de quadros técnicos, entre os quais médicos expedicionários portugueses e alguns, poucos, cabo-verdianos que não abraçaram a causa ou estiveram em desacordo com a condução do processo da independência. Assim, os primeiros anos pós-independência foram marcados pela escassez de profissionais neste setor, impactando negativamente na execução das estratégias e políticas de desenvolvimento sanitário do país, pelo papel destes recursos na melhoria do estado de saúde das populações.

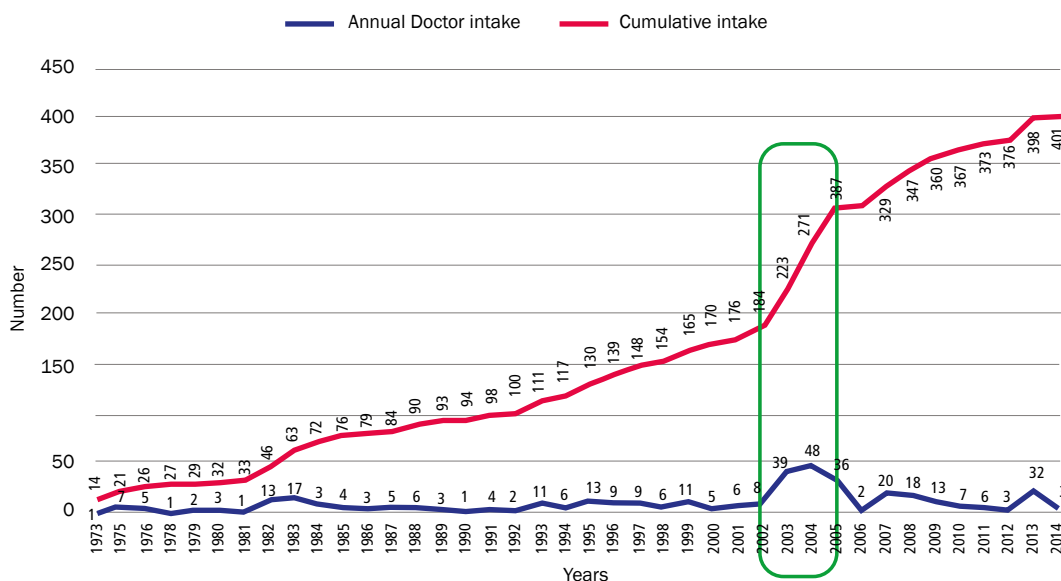
De realçar o papel importante que a cooperação internacional teve para colmatar essa escassez, sobretudo no preenchimento do número de médicos. No pós-independência imediato, Cabo Verde foi atendendo às necessidades médicas imediatas da população com o apoio de um bem pensado programa de cooperação internacional em saúde desenvolvida com diversos países, que sensibilizados com a situação corrente do país suportavam e enviavam seus profissionais por períodos longos. Equipas mistas de trabalhadores de saúde, voluntários recrutados por organizações não governamentais, ou profissionais individuais, ajudaram Cabo Verde a alargar a cobertura de serviços de saúde a todas as ilhas, fortalecendo as atividades locais, localizados nas instituições de saúde ou em deslocações em equipas de saúde.

Além disso, outra vertente da cooperação foi a que apoiou programas de formação levados a cabo ao longo desses 50 anos no exterior, pela concessão de vagas nas universidades e bolsas de estudo, e pelo patrocínio da formação local com financiamento de projetos locais de formação, permitindo aumentar o número de profissionais cabo-verdianos recrutados para a linha da frente de prestação de serviços ou a exercer funções chaves de gestão do sistema de saúde, tendo-se registadas respostas melhoradas. Apesar das dificuldades registadas as limitações de recursos, sobretudo de recursos humanos, o setor da saúde evoluiu bem, como parte do desenvolvimento global de Cabo Verde, traduzida pela melhoria significativa dos indicadores de saúde e do desenvolvimento humano - mortalidade infantil, de crianças menores de 5 anos e materna e a esperança de vida à nascença, sinalizando uma elevação das condições de vida e de saúde da população cabo-verdiana e uma expectativa da melhoria do nível sanitário da população.

## Formação médica

O desenvolvimento dos recursos humanos, dos médicos em particular, constitui um pilar de extrema importância e é um grande desafio para garantir a sustentabilidade das ações de saúde, manter o patamar de desenvolvimento atingido e fazer face às mudanças rápidas do perfil epidemiológico. A evolução do efetivo médico em Cabo Verde nos primeiros 40 anos da independência (gráfico 1) aponta para constatações interessantes para a caracterização do perfil desses profissionais.

Gráfico 1: Cabo Verde: Evolução do nº de médicos, ingressos por ano e o acumulativo entre 1975 e 2014

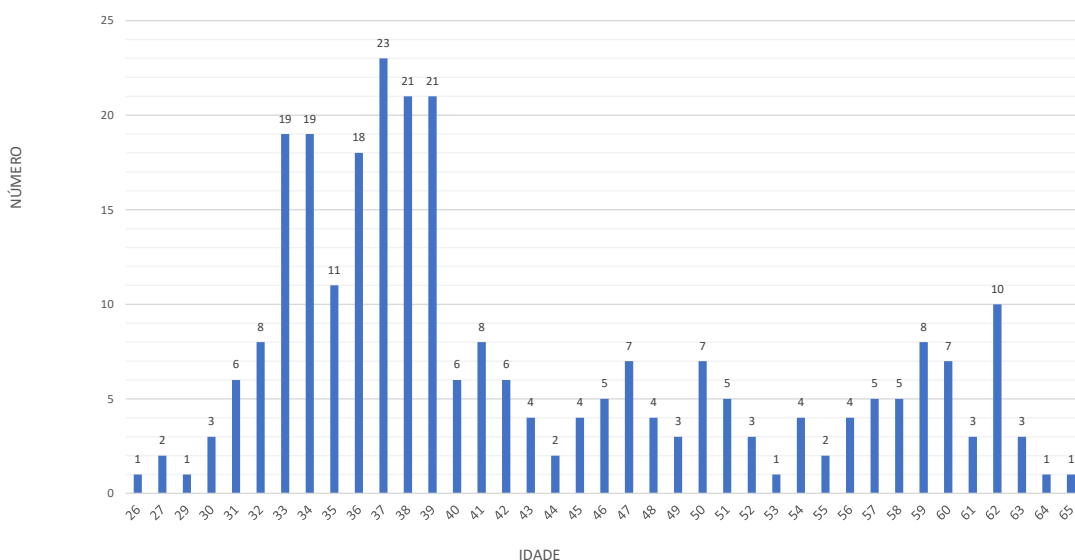


A primeira delas é a forma e o ritmo como se deu o seu crescimento. É histórico que, no dia da proclamação da Independência, 05 de julho de 1975, estavam presentes em Cabo Verde apenas 13 médicos que ficaram dos que tinham sido recrutados ou arregimentados como médicos militares e colocados em Cabo Verde ainda no período colonial ou de poucos cabo-verdianos que regressaram. Esse número evoluiu para 401 médicos, arrolados a 31 de dezembro de 2014, o que aparenta um bom crescimento desse efetivo, embora com algumas particularidades. A análise do crescimento anual do número de médicos, entre 1975 e 2002 foi de um dígito a cada ano, salvo algumas exceções. Apenas dezassete anos depois, em 1992, o país atingiu a centena de médicos. Entre 2003 e 2005 entraram 123 novos médicos (39, 48 e 36), mandados

formar em Cuba, por uma decisão inusitada, e da qual resultou um incremento apreciável desses profissionais no país. Contudo, rapidamente se apercebeu que eram, não só necessários como insuficientes para aumentar o nível da qualidade de intervenção. Poucos anos depois vieram outros que fizeram especializações diversas. Um processo de formação que ajudou bastante, mas que pecou por não se ter procedido à repetição da decisão e pela manutenção do número baixo de formados anuais, fazendo com que a penúria permanecesse e tivesse havido grandes dificuldades em enviar quadros para especialização.

O gráfico 2 realça a distribuição etária da força de trabalho médica, estudada até finais de 2014, realçando como característica importante a sua concentração nas idades mais jovens, abaixo dos 40 anos, fazendo prever que, teoricamente terão ainda um bom tempo de trabalho até a aposentação, dando oportunidade para que se altere os processos de formação e da produção de mais médicos, anualmente.

Gráfico 2: Médicos por idade a 31 DEZ 2014



A nossa convicção era que, apesar dos resultados favoráveis obtidos com o esforço de formação no exterior, a insuficiência permanente de médicos continuava a desafiar Cabo Verde a fazer uma mudança no paradigma da educação médica. A formação local, baseada num quadro conceitual de referência orientada para o desenvolvimento das competências essenciais (nucleares, genéricas e específicas) de um profissional

médico que o país necessita. Havia posturas nem sempre adaptadas às condições locais de trabalho, entre elas, as decorrentes da formação assistencial curativa de uma boa parte dos médicos, que os fez relegar a saúde pública e os cuidados primários de saúde a um plano secundário na sua prática individual. Ora, era uma prática colocar médicos recém-chegados nos CS, onde a prática diária era a prestação desses cuidados aos indivíduos e comunidades e não uma prática decalcada d hospitalar.

Os desenvolvimentos mundiais da força de trabalho em saúde tiveram início, mas não são uma tarefa simples, pois há discrepâncias mundiais nos países afetados por uma grave escassez de RHS e é expectável que, mantendo-se o *status quo* no desenvolvimento desses recursos, essas mudanças não produzirão, necessariamente os resultados esperados [29]. Aliás, uma literatura disponível mostra que a saúde da população pode ficar restringida quando há escassez do pessoal de saúde [30]. Esta crise nos RHS sente-se não só entre os países mais pobres, particularmente em África, mas também nas economias mais desenvolvidas, resultando num número crescente de publicações que mostram essas evidências.

Com a primeira experiência de formação médica local, a partir de outubro de 2015, com um apoio importante de Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), que trouxe a experiência do apoio à formação semelhante desenvolvida pela Universidade dos Açores, deu-se início a um novo modelo híbrido de formação de médicos, os três primeiros anos na Universidade de Cabo Verde (Uni-CV) com mentoria da FMUC, os dois anos seguintes fazem a parte clínica em Coimbra e o 6º ano retornam a Cabo Verde para o estágio e elaboração da monografia, em se tratando de um mestrado integrado em medicina.

Como primeiros resultados quantitativos dessa experiência, registou-se, em 2021 a primeira formatura seguida de três outras, que se traduziu na disponibilidade de cerca de 70 novos médicos, prontos para entrar em exercício. Estima-se que todos os 400 médicos estimados entre 1975 e 2014, venham a estar aposentados em 2050 [31]. Nessa data, o curso de Medicina deveria ter produzido entre 550 e 600 médicos. Sem considerar um número indeterminado de médicos que ainda se formam no exterior pelo regime anterior noutras escolas, muito provavelmente pelas dinâmicas emergentes, os médicos serão, ainda insuficientes para as necessidades, mas permitirão melhorar significativamente o panorama desses recursos humanos no país e as respostas de saúde, substituir os atuais chegados à aposentação, ainda sem se estar perante o espectro da saturação.

Daí a importância de se manter ininterrupto o funcionamento desse curso de medicina, sua consolidação e a transformação numa “Escola de Ciências da Saúde”, articulada, com responsabilidades na formação básica de vários profissionais de saúde num tronco comum introdutório e, posteriormente derivada para a formação específica de cada ramo. O número admitido anualmente para cada tipo de formação é de uma

a duas dezenas de alunos, os professores não abundam e, por vezes, sem toda a preparação necessária, e o custo das formações pode beneficiar de alguma economia de escala. Sobretudo, além da possibilidade de alguma dinâmica para alargar o número e a qualidade de todas as gamas de profissionais, mas também da implementação de processos inovadores de gestão dos RHS, particularmente da formação de base e contínua, a especialização e, sobretudo, a colocação e sua utilização, de forma integrada, em equipas multiprofissionais. Afinal, todos irão atender as mesmas pessoas, quase, num universo de pequena população!

A facilidade de perdas de profissionais, hoje é claramente evidente, num país de emigração como o nosso, como terá acontecido com alguns médicos da atual formação híbrida. Infelizmente, terá havido atrasos burocráticos que adiaram o recrutamento dos primeiros médicos formados em nome da Uni-CV, favorecendo a emigração e abandono de mais de uma dezena que emigrou entre os primeiros formados, criando um precedente para os vindouros. Adiou-se, também a possibilidade de uma avaliação qualitativa do desempenho desses novos profissionais, o que se afigura importante para uma afinação permanentemente do processo, com a análise das suas vivências e desempenhos.

No todo, mostra-se necessária uma reflexão aprofundada para melhor compreender o papel desempenhado pelos médicos, entre os outros profissionais, no percurso da consolidação da saúde em Cabo Verde, desvendar algumas inquietações e dúvidas, como lidar com os problemas da sua formação, sua distribuição pelas diferentes ilhas e níveis do país, aperceber-se da expectativa sobre o desempenho em relação às necessidades da atenção primária ou da assistência hospitalar e, não menos importante, como dar satisfação aos anseios individuais dos profissionais.

### *Formação de enfermagem*

Os enfermeiros constituem outro importante grupo de profissionais no percurso da consolidação da saúde em Cabo Verde.

Tornava-se necessário desenvolver uma política de formação e diversificação dos grupos profissionais, de forma a cobrir uma gama maior de ações de saúde. A formação de enfermeiros foi colocada na agenda pelas autoridades competentes, e intensificada no país após a independência, aproveitando a experiência dos cursos realizados no período anterior, nos derradeiros anos coloniais. Com isso conseguiu-se formar um grupo profissional (cerca de cem) com boa capacidade técnica, embora de conteúdo essencialmente curativo, mas ainda em número insuficiente para as necessidades. Segundo a Enf<sup>a</sup> Alice Martins, formadora nesses cursos que ocorreram na Praia e no Mindelo, nos seus “Contributos do passado para a construção do futuro”:

“Durante o percurso da enfermagem em Cabo Verde, existia o curso auxiliar de enfermagem e, mais tarde instituiu-se o curso geral de enfermagem equiparado ao curso profissional. A criação da Universidade de Cabo Verde trouxe uma nova fase de formação de enfermagem, iniciando em 2008 o curso de licenciatura e de complemento de formação para a licenciatura, com a cooperação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra”[32].

Destacamos que na história da prestação de serviços de saúde em Cabo Verde coube um papel importante aos profissionais de enfermagem que cuidavam da maior parte da população, a quem prestavam os primeiros atendimentos, resolvendo ou amenizando os seus sofrimentos com os fracos recursos técnicos e materiais de que dispunham e, muitas vezes forçados pelas circunstâncias e pelo espírito de bem servir, a fazer incursões no campo de atuação médica. Aqueles trabalhando nos postos sanitários tinham, ainda de enfrentar as dificuldades de comunicação e transporte entre as ilhas, como por exemplo, para a transferência de doentes para os hospitais, o que muitas vezes se transformava em um drama. A atuação dos enfermeiros, nestas circunstâncias, deu-lhes legitimidade e aceitação entre a população, principalmente entre a rural que eles acudiam nas horas de aflição, conferindo-lhes status e poder social. Porém, com o aumento do número de médicos no país, a progressiva colocação destes nos concelhos, e consequente redistribuição das responsabilidades e liderança/chefia dos médicos, não raras vezes, surgiram conflitos de poder.

### *Outros técnicos de saúde*

Os técnicos auxiliares (de laboratório, de radiologia, ajudantes de PMI/PF e outros) prestaram um grande contributo às ações de saúde e mostram dedicação e constância no trabalho. Esse grupo foi beneficiado, sobretudo, com uma educação contínua, complementar à formação de base que lhe foi ministrada no país, para a grande maioria dos técnicos.

Olhando, no conjunto, para os exemplos dos primeiros anos após a independência, mais difíceis e complexos, mostramos na tabela 4 a evolução entre 1980-1990 dos profissionais, traduzindo o esforço realizado no desenvolvimento e enquadramento dos recursos humanos (tabela 4).

Tabela 4: Cabo Verde: Evolução do nº de profissionais de saúde, 1980-1990

|                                               | 1980 (a) | 1985 (a) | 1990 (b) | Δ 1990 - 1980 |
|-----------------------------------------------|----------|----------|----------|---------------|
| Nº Médicos (Nac. e Est.)                      | 51       | 102      | 112      | 119,6%        |
| Nº Farmacêuticos e outros técnicos superiores | 9        | 23       | 21       | 133,3%        |
| Nº Enfermeiros                                | 197      | 215      | 215      | 9,1%          |
| Nº Técnicos Auxiliares                        | 125      | 232      | 240      | 92,0%         |

Fonte: Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais; (a) 1986; (b) 1990.

Na tabela 5, nota-se que a relação número de habitantes por médico teve uma evolução favorável entre 1980 e 1990, atingindo melhores níveis do que estabelecido pela OMS para a Região Africana, que era de 5 000 habitantes por um médico. Quanto à relação habitante por enfermeiro ela permaneceu à volta de valores considerados aceitáveis para a altura (tabela 5).

Tabela 5: Cabo Verde: Relação nº de habitantes por médico e por enfermeiro, 1980-1990

|                               | 1980 (a) | 1985 (a) | 1990 (b) |
|-------------------------------|----------|----------|----------|
| Nº de habitantes / Médico     | 5805     | 3125     | 3050     |
| Nº de habitantes / Enfermeiro | 1503     | 1482     | 1588     |

Fonte: Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais; (a) 1986; (b) 1990.

A questão salarial tem sido um problema de gestão dos RHS, aquele que afeta os profissionais de saúde e que vem estando no centro das reivindicações que atravessam o tempo desde a década de 1980. A política salarial enquadrava todos os profissionais em faixas salariais muito baixas e o nível de remuneração desencadeou um sentimento de frustração entre os médicos e enfermeiros que tinham e têm a aspiração natural de ter um maior retorno financeiro pelo aperfeiçoamento profissional.

Outra questão que afetou os médicos foi que a formação especializada, forçosamente no exterior, exigia uma espera maior do que as aspirações individuais, em função das ofertas de vagas e bolsas de estudo e de, sobretudo, colegas para substituir o candidato nas funções, pela escassez de profissionais que sempre houve.

Contudo, mesmo perante esses resultados, precisa-se analisar e ver como a força de trabalho de Cabo Verde contribuiu e continuará a contribuir para os sucessos da saúde, sem perder de vista que somos um pequeno país insular, com limitações próprias. Aliás, encontra-se uma literatura, embora limitada [33] [34] que enfatiza algumas características dos mercados de trabalho nos pequenos estados em desenvolvimento, para as quais chamamos a atenção porque elas têm uma repercussão particular e podem moldar ou terem um impacto nas estratégias e políticas de RHS, na capacidade de gestão e planeamento de RH, ou para sustentar institutos de formação superior:

- Recursos humanos limitados;
- Fraca capacidade de formação;
- Altos níveis de emigração para países maiores e mais desenvolvidos, sendo que as remessas constituem uma importante fonte de renda;
- Fracos sistemas de regulação e dados do mercado de trabalho inadequados.

Particularmente sabemos, porque já a experimentamos, que a força de trabalho reduzida aumenta a vulnerabilidade à emigração ou imigração; cria dificuldades na prestação de serviços especializados terciários, obriga à polivalência de indivíduos que desempenham vários papéis e inexistência (ou quase) do pessoal para fazer a transferência de competências no sector da saúde.

Há pouca ou nenhuma possibilidade de cobertura de licenças para educação, não há economias de escala na oferta de formação e, além do custo do apoio à formação fora do país de nacionais profissionais de nível superior, há a incerteza quanto ao seu retorno ao país.

## **Financiamento da saúde em Cabo Verde**

A situação de saúde da população e os ideais nacionalistas impulsionaram o Estado de Cabo Verde a assumir o Sistema Nacional de Saúde e a mobilizar todos os recursos humanos e materiais em amplos programas nacionais, organizados sob a direção do Ministério da Saúde, visando a proteção e recuperação da saúde, com prioridade à infância e à gestante, a ampliação da proteção social e unificação dos esquemas de previdência e a definição de uma política social para a terceira idade.

As formas de financiamento para a mobilização e disponibilidade de recursos necessários à organização e funcionamento do sistema de saúde provêm, essencialmente de quatro fontes: o Estado, através do orçamento geral do estado; o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), proveniente das quotas dos seus sócios; pelo desembolso direto pelos utentes, e a cooperação internacional, em ajuda financeira, mas, sobretudo no preenchimento do número de médicos.

Em Cabo Verde a saúde é uma norma da Constituição da República promulgada pela Assembleia Nacional Popular (B.O. nº 41 de 133 de outubro de 1980) que proclamou que “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” (artº. 14º) e definiu o “direito de todo o cidadão à proteção da saúde e o dever de a promover e a defender” (artº. 38º).

Na sua última revisão, Lei Constitucional nº 1/V/99 de 23 de Novembro, o artigo 70º estipula a universalidade do direito à saúde e o dever de todo o cidadão de a defender e promover, independentemente da condição económica, cabendo ao Estado, a criação de uma rede adequada de serviços de saúde e das condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria da qualidade de vida das populações e, de “Promover a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos”.

Desde a independência nacional em 1975 a política de saúde e o sistema nacional de saúde, norteiam-se pelos princípios e valores de um sistema universal, contemporâneo e centrado nas pessoas, de que destacamos:

- Integralidade do conceito de saúde pública
- Inserção no meio sócio ecológico
- Ênfase na proteção e promoção da saúde e na prevenção e tratamento da doença
- Acesso universal
- Proteção do cidadão
- Participação do cidadão na promoção e defesa da saúde
- Gratuitidade dos cuidados de saúde, ou tendencialmente gratuitos

Esses princípios e valores da política de saúde, integrada na política de desenvolvimento socioeconómico do país, concomitantemente com o capital humano fizeram com que Cabo Verde tenha atingido os resultados de saúde que ainda sustentam o desenvolvimento do país (destaca-se a graduação para país de desenvolvimento médio em 2008). O pacote de cuidados integrava os serviços de nutrição, educação para a saúde incluindo educação sexual, vacinação, saúde materno-infantil, planeamento familiar, medicamentos essenciais, luta contra as principais endemias, saúde mental, outros cuidados primários e diferenciados. A cobertura era universal embora o acesso aos cuidados primários fosse de cerca de 80 por cento e os cuidados médicos à volta de 50 por cento [35].

Contudo, nos finais da década de oitenta, face à sentida pressão nos serviços de saúde, devido, nomeadamente, às doenças emergentes, como a pandemia do VIH/SIDA e ao aumento das doenças crónicas e não transmissíveis, e na perspetiva de angariar fundos residuais para alargar os serviços, foram introduzidas as taxas moderadoras do consumo dos serviços de saúde (Decreto-Lei 1989 Cabo Verde na década de 1990 e sua alteração em 2007).

Sabemos que as receitas provenientes do pagamento de taxas no momento de utilização dos serviços de saúde têm um peso residual no financiamento da saúde, porém constituem um entrave no acesso aos cuidados para os mais pobres. Muitos países reduziram ou eliminaram as taxas moderadoras da saúde, como exemplo, Portugal.

A Lei nº41/VI/2004 definiu as bases do Serviço Nacional da Saúde (republicação pela Lei nº76/IX/2020, de 2 de março). No artigo 37º estipula, sobre o seu financiamento que é assegurado pelo orçamento geral do estado, pelos utentes, pelas entidades seguradoras, pelos subsistemas de saúde e por terceiros responsáveis pela prestação de assistência. O modelo de financiamento é compatível com o sistema de saúde Beveridgiano, tendencialmente gratuito e com universalidade no acesso aos serviços. A norma-

tiva sobre o financiamento da saúde encontra-se dispersa em vários textos legais, tais como, o orçamento do estado, as taxas moderadoras, a tabela de cuidados de saúde da parte do setor público e relativos à população em geral, e nos textos regulamentares do INPS, concernente aos seus segurados e beneficiários. Porém, a inexistência de uma normativa/política explícita e abrangente sobre o financiamento da saúde pode constituir atualmente uma fraqueza do SNS, causando iniquidades no acesso aos serviços e deixando muitas pessoas para trás no concernente à proteção financeira. Contudo, o quadro legal existente é propiciador à integração dos subsistemas atuais de proteção social, assente num dispositivo permanente e estruturado em Rede de Segurança, Proteção Social Obrigatório e Proteção Social Complementar – Lei 131/V/2001 de 22 de janeiro (lei de Bases da proteção social).

Cabo Verde tem investido na saúde de forma significativa e consistente ao longo dos anos, expresso pelos dados da tabela 6. No período mais recente, de 2005 a 2021, a despesa corrente com a saúde per capita, praticamente triplicou e a despesa do Governo com a Saúde representando 15,8% da Despesa Total do Governo (incluindo as despesas com a saúde do INPS). O país atingiu assim, o compromisso estabelecido na Declaração de Abuja de 2001, na qual os líderes africanos se comprometeram a afetar pelo menos 15% dos orçamentos governamentais à saúde (tabela 6).

Tabela 6: Cabo Verde - Evolução das despesas totais de saúde (2005 a 2021)

| Indicadores                                                                         | 2005    | 2010    | 2015    | 2021    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Despesa corrente com saúde (DCS) per capita em US\$                                 | 95      | 143     | 139     | 248     |
| Despesas Totais do Governo com Saúde (DTGS) como % Despesa Corrente com Saúde (DCS) | 69,1%   | 63,3%   | 65,8%   | 68,3%   |
| Pagamentos Diretos (PD) como % da Despesa Corrente com Saúde (DCS)                  | 24,6%   | 28,1%   | 27,7%   | 18,5%   |
| Despesa do Governo com Saúde como % Despesa Total do Governo (DTG)                  | 8,8%    | 7,2%    | 10,1%   | 15,8%   |
| Produto Interno Bruto (PIB) per capita em US\$                                      | 2.213,2 | 3.192,4 | 2.891,9 | 3.590,9 |

Fonte: Global Health Expenditure Database (who.int).

Analisando na tabela 6 as fontes do financiamento da saúde, o Ministério das Finanças (MF) e as famílias constituem as duas principais, em Cabo Verde. O MF, através da receita de impostos, é o maior financiador do sistema de saúde com uma participação de cerca de 60% em 2021, incluindo a ajuda externa ao orçamento.

Esse nível de financiamento em saúde (tabela 6), com uma despesa de saúde per capita abaixo de 300 dólares é considerado ainda fraco, em comparação aos restantes países insulares. Os SIDS estão classificados em três grupos em função do rendimento médio: O grupo dos de Bahamas, Barbados e Seychelles (rendimento alto); o das Ilhas

Maurícias e Maldivas (rendimento médio-alto) e S. Tomé e Príncipe (rendimento médio-baixo). Constata-se, com Rosilda Benrós, 2018 [] que Seychelles já ultrapassou os 800 dólares per capita, enquanto as ilhas Maurícias, Bahamas, Barbados e Maldivas, em 2015, já se encontravam, à volta dos 1500 dólares per capita (tabela 6).

Contudo, em Cabo Verde, como nos restantes países insulares de rendimento médio, o nível do pagamento direto é ainda bastante elevado, constituindo uma lacuna importante nos respetivos modelos de financiamento, na proteção financeira dos sistemas nacionais de saúde e uma barreira no acesso aos serviços de saúde, em particular, aos mais pobres.

As despesas públicas, abrangendo as despesas cobertas pelo seguro obrigatório da saúde, rondavam 70% em Cabo Verde, tal como, em Seychelles e Maldivas. Entretanto e ao contrário dos restantes países. O financiamento da saúde em Cabo Verde e São Tomé e Príncipe apresentam ainda um nível importante de dependência externa, respetivamente 6,5% e 49% em 2015.(tabela 7).

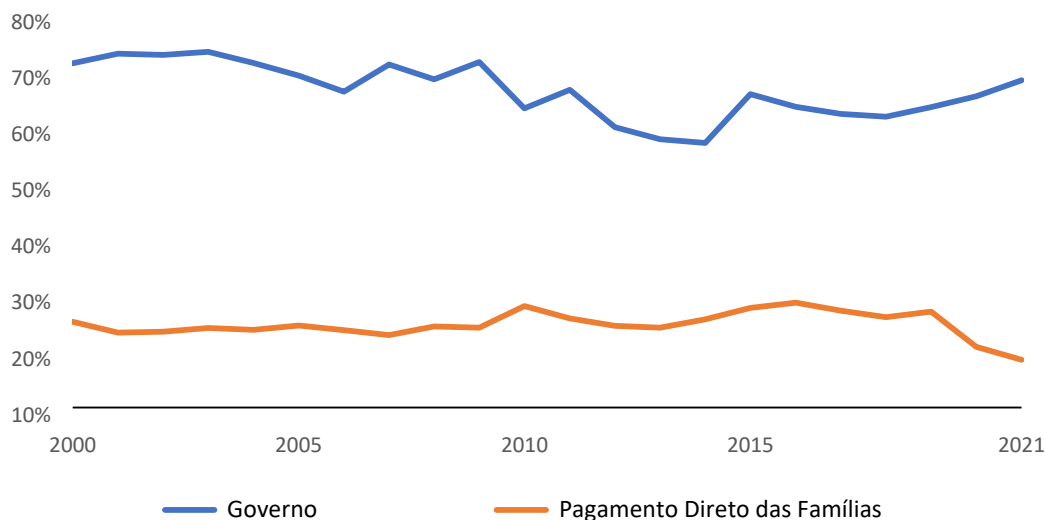
Tabela 7: Principais indicadores do financiamento da saúde em países insulares selecionados (2000 e 2015)

| País                | Despesas da saúde (% do PIB) |      | Despesas per capita em saúde (em PPC) (b) |        | Despesa pública em saúde (% OE) |      | Despesa pública em saúde (% DTS) (c) |      | Despesa privada em saúde (% DTS) (c) |      | Ajuda externa em saúde (% DTS) (c) |      |
|---------------------|------------------------------|------|-------------------------------------------|--------|---------------------------------|------|--------------------------------------|------|--------------------------------------|------|------------------------------------|------|
|                     | 2000                         | 2015 | 2000                                      | 2015   | 2000                            | 2015 | 2000                                 | 2015 | 2000                                 | 2015 | 2000                               | 2015 |
| Cabo Verde          | 4,8                          | 4,8  | 147,3                                     | 310,4  | 7,5                             | 10,8 | 71,3                                 | 67,8 | 26,1                                 | 25,7 | 2,6                                | 6,5  |
| Ilhas Maurícias     | 3                            | 5,5  | 270,6                                     | 1098,6 | 6,9                             | 9,9  | 53,5                                 | 45,8 | 46,5                                 | 51,5 | 0                                  | 2,7  |
| São Tomé e Príncipe | 9,7                          | 9,8  | 167,5                                     | 308,4  | 9                               | 10,7 | 37,1                                 | 37,2 | 27,3                                 | 13,7 | 35,6                               | 49,1 |
| Seychelles          | 4,6                          | 3,4  | 674,2                                     | 867,3  | 6,8                             | 10   | 82,1                                 | 97   | 17,9                                 | 2,5  | 0                                  | 0,5  |
| Bahamas             | 5,1                          | 7,4  | 1045,8                                    | 1699,1 | 18,6                            | 14,2 | 47,1                                 | 48,6 | 52,3                                 | 50,9 | 0,6                                | 0,5  |
| Barbados            | 5,2                          | 7,5  | 598,4                                     | 1233,6 | 7,8                             | 7,4  | 51,5                                 | 45,7 | 48                                   | 52,5 | 0,5                                | 1,8  |
| Maldivas            | 7,4                          | 11,5 | 277,6                                     | 1513,9 | 8,8                             | 22,8 | 44,8                                 | 81,6 | 52,6                                 | 18   | 2,6                                | 0,4  |
| PRMBa)              | 3,9                          | 4,0  | 97,2                                      | 259,1  | nd                              | 5,4  | 31                                   | 31,6 | 66,2                                 | 64,8 | 3                                  | 3,6  |
| África Subsaariana  | 5,4                          | 5,4  | 101,7                                     | 198,7  | nd                              | 6,9  | 33,2                                 | 34,7 | 61,5                                 | 52,1 | 6                                  | 13,1 |

Fonte: Rosilda Benrós, 2018.

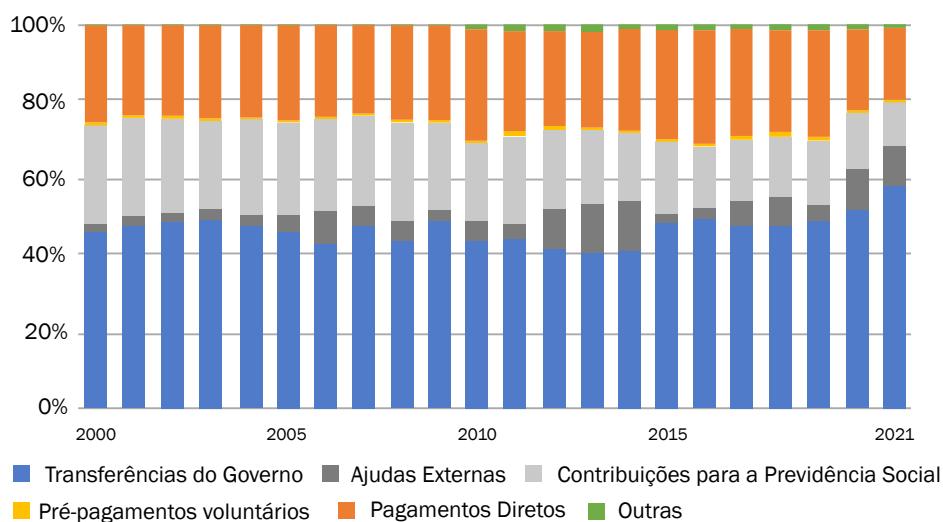
As famílias contribuíram, em média, com 35% do financiamento da saúde, entre 2008 e 2014, através da segurança social, do seguro privado, embora este ainda pouco expressivo, e do pagamento direto, nomeadamente, as taxas moderadoras no momento da prestação dos cuidados de saúde (gráfico 3).

Gráfico 3: Cabo Verde: Despesas do Governo e Pagamentos Diretos de Saúde



O financiamento da saúde tem tido pouca variação, (gráfico 4) demonstrando pouca elasticidade das fontes tradicionais e a dependência da ajuda externa, nomeadamente do apoio orçamental. A ajuda externa, dado o carácter imprevisível e insustentável, deveria ser menor como acontece com os países da mesma categoria de rendimento, contrariamente à proporção do orçamento do Estado e do seguro social obrigatório.

Gráfico 4: Cabo Verde: Fontes de Despesas com Saúde



Fonte: Global Health Expenditure Database (who int).

As fontes alternativas de financiamento, entre os quais a aplicação de impostos sobre o consumo de álcool e a importação do tabaco têm sido aplicadas, extensivamente, em contextos semelhantes [37]. A elevada carga de doença e óbitos provocada pelo consumo de álcool e o seu peso no orçamento das famílias apelam ao reforço das medidas preventivas e corretivas, em particular, à carga fiscal.

O sistema de saúde cabo-verdiano é um sistema de pouca fragmentação, tendo em atenção que duas entidades públicas têm vindo a gerir mais de 70% dos fundos arrecadados. Entretanto, existe ainda uma parte importante dos fundos, cerca de 25%, com tendência para crescimento, que provêm do pagamento direto das famílias e que constitui uma lacuna na cobertura dos esquemas de proteção financeira da saúde.

O Ministério da Saúde é o principal administrador de 50% dos fundos atribuídos, que provêm do orçamento do Estado, e destina-se ao funcionamento das instituições públicas de saúde, com predominância, para as despesas com o pessoal. Enquanto os programas de saúde prioritários, também da responsabilidade do Ministério da Saúde e as despesas de capital têm sido, principalmente, assegurados pela cooperação internacional.

O INPS encarrega-se da administração do regime geral obrigatório de proteção social dos trabalhadores, com uma cobertura de cerca de 60% da população ativa e uma tendência crescente nos últimos anos. O INPS arrecada os fundos, mas não presta diretamente cuidados de saúde.

As seguradoras privadas ainda não têm grande expressão enquanto agentes de financiamento.

Cabo Verde segue a tendência global de os medicamentos pesarem nas despesas totais. A nível mundial os gastos com medicamentos representam entre 20% a 30% da despesa totais e mais de metade dos medicamentos prescritos é dispensada ou vendida inadequadamente [38].

As evacuações internas e externas têm um peso social e financeiro grande, pelos montantes associados a cada processo, seja com o transporte, seja com a estadia e outros custos administrativos, custos esses que poderiam ser evitados e revertidos, havendo uma atitude para investimento na criação de novos serviços e melhoria de condições de tratamento dos doentes no país, no quadro de uma política efetiva de elevação do nível das prestações locais. Mas há custos sentimentais e afetivos ligados à deslocalização que não são ressarcíveis.

O modelo de financiamento determina até que ponto um sistema é equitativo, eficiente e eficaz e em que medida a meta da cobertura universal está ao alcance. Esta constitui uma meta a nível mundial, independentemente do grau de desenvolvimento,

de cada país. Cabo Verde está comprometido com esse percurso de atingir a cobertura universal, tendo ultrapassado o índice de cobertura de 70% segundo a avaliação periódica feita pela OMS [39].

Apesar da norma constitucional da universalidade da saúde, e tendo o Estado a responsabilidade de garantir a prestação dos cuidados à população vulnerável através do regime de solidariedade, o país ainda apresenta deficiências a nível de uma cobertura efetiva, visto subsistirem utentes não abrangidos pelos regimes, incluindo trabalhadores ainda não cobertos pela proteção social obrigatória.

## **Considerações finais: Desafios e Recomendações**

Um dos maiores desafios do Cabo Verde independente foi a prestação do serviço de saúde, num país com enormes dificuldades naturais, humanas, técnicas e, sobretudo financeiras.

As condições de vida da população cabo-verdiana nos séculos do jugo colonial, de 1460 a 1975, da escravatura às secas, fomes e mortandades, a sobrevivência de uma agricultura de subsistência, à situação sócio sanitária deficiente, entre outros condicionantes, terão deixado marcas arreigadas, indutoras de práticas e atitudes, sobretudo para a sobrevivência das pessoas, a todo o custo, que foram sendo incorporados nos comportamentos e terão passado de geração em geração.

Mas, por outro lado, essas condições foram indutoras da motivação para muitos quererem a independência e abraçarem a luta armada ou clandestina, quando foi necessário atingir esse objetivo maior.

Com o advento da independência, ter-se-á perguntado o que fazer com ela? Provavelmente, apesar dos vaticínios de amigos de Cabo Verde sobre a inviabilidade do país, alguns sabiam e começaram a pensar como e a trabalhar para, por exemplo, organizar e governar a prestação de cuidados de saúde.

Entende-se, por isso, que a luta de Cabo Verde para a saúde nos últimos 50 anos tenha sido renhida e preñe de enormes problemas e de imensos desafios de toda a espécie, mas que, ao final, os resultados obtidos, vistos globalmente, possam ser considerados bons. Contudo, devem ser olhados e apreciados de forma relativizada, com os olhos postos na qualidade alcançada ainda não perfeita e ver nesses resultados um trampolim para novas largadas.

Há vários marcos que referenciam o processo de construção do sistema de saúde e a montagem do SNS, mostrados atrás, mas dos quais damos destaque aqui a alguns:

A ENS (1976), constitui o primeiro marco. Assente sobre três pilares, a primazia à saúde pública, a gratuidade dos cuidados, o alargamento do acesso e cobertura em

direção à “saúde para todos”, em sintonia com as orientações de Alma-Ata, sustentou o lançamento do sistema de saúde de Cabo Verde.

A criação do Gabinete de Coordenação da Saúde Pública, na assessoria à DGS, nos anos 80 do século passado, reforçou a capacidade para aplicação das orientações descentralizadas. Igualmente o aumento do número de profissionais, nacionais e cooperantes, contribuí para que os primeiros resultados fossem animadores, pela melhoria visível de alguns indicadores de saúde.

A Carta Sanitária de Cabo Verde (1999) constitui outro marco importante. Forneceu os instrumentos para uma reformulação do sistema de saúde, mais adequada às condições geodemográficas do país, às prestações de cuidados de saúde possíveis e aos avanços mundiais em saúde e seus determinantes. A organização piramidal do sistema de saúde, o investimento no nível primário pela criação dos CS de implantação nos municípios, a criação e funcionamento dos hospitais regionais e sua junção funcional aos CS abrangidos numa RS permitiu alargar a cobertura secundária de cuidados hospitalares.

A PNS 2020 foi mais um marco importante que deu forma legal e definiu o funcionamento e a relação entre os pilares do sistema de saúde a partir do anteriormente definido. A PNS foi implementada por PNDs quinquenais que, embora de elaboração centralizada, a executaram em estreita parceria com o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos.

A melhoria dos indicadores de saúde foi um critério importante para Cabo Verde ascender, em 2008, à categoria de país de desenvolvimento médio e, mais tarde, em 2015, ter sido um dos países a atingir os ODM.

Estes marcos, entre outros feitos, ajudam a ter uma perceção mais exata dos esforços despendidos, avaliar os resultados alcançados e equacionar os desafios no futuro imediato.

Considerando a sua geodemografia, Cabo Verde tem na organização em pirâmide do seu sistema de saúde e na prestação de cuidados de saúde o que nos parece ser o modelo melhor indicado para assegurar a equidade possível nas prestações e nas intervenções em cada nível, especificadas em função das necessidades e das disponibilidades, por forma a alargar a cobertura a toda a população.

A perspetiva dos ODS deverá estimular a elevação da qualidade do sistema de saúde através de patamares de respostas em todo os níveis da pirâmide sanitária para continuar a melhorar, sobretudo a qualidade das respostas aos desafios que se colocam. A articulação e a inter-relação entre os três níveis de atenção são peças fundamentais para a evolução do SNS em direção à cobertura universal de saúde e à melhoria da atenção. Dependerá do reforço da descentralização de competências e de recursos financeiros e técnicos que forem considerados necessários para cada nível.

O maior desafio, de momento, é cuidar do nível hospitalar, terciário de prestação cuidados de saúde, centrando-o na resolução dos problemas de doença mais complexos e ser suporte aos outros níveis, pelo que se torna fundamental:

Reverter o projeto de um Novo Hospital Nacional em estudo, fazendo-o evoluir de um conceito de hospital geral, visando substituir o existente, para uma Hospital, especializado, de âmbito nacional, vocacionado para responder aos problemas terciários e proporcionar uma mudança na capacidade terciária de todo o SNS, seja no país, seja aquelas que são objeto de evacuações para o exterior que se mostrarem ainda necessárias. Deverá ser inteligente, com conexão virtual (5G / 6G), em ligação a instituições parceiras no exterior, servindo de referência à rede dos hospitais no país com a utilização dos sistemas de telemedicina/ tele-saúde e e-learning.

O Hospital Nacional, exige ser servido por um sistema de emergência médica e resgate/socorro S.E.M.R, com toda a sua importância para um pequeno país insular como Cabo Verde, para aumentar a capacidade resolutiva dos problemas urgentes, precisando de cuidados em instituição em outro nível ou baseada em outra ilha e, ao mesmo tempo contribuir para a Segurança Sanitária.

Os atuais HR devem ser objeto de um upgrade, uma retificação aprofundada da missão e conteúdos funcionais e englobados uma Rede Hospitalar que incluirá os atuais HC, após sofrerem, também uma revisão para a plena assunção por estes hospitais da Praia e do Mindelo da missão de prestação de cuidados secundários, que lhes permitirão responder, com mais propriedade, à demanda dos habitantes das cidades onde estão localizados, visando um melhor resultado em termos de eficácia e eficiência das prestações e uma efetiva cobertura universal de cuidados hospitalares secundários a todo o território.

Os CS resultaram de um processo de descentralização, ainda incompleto em alguns aspetos. Existe uma insuficiente qualificação dos recursos humanos colocados nas DS em matérias essenciais como da organização e administração de saúde pública ou de organização e prestação de cuidados de saúde familiar e comunitário, o que requer o aperfeiçoamento da capacidade de intervenção dos CS, sobretudo pela colocação de equipas multiprofissionais motivadas e mais bem remuneradas, para a melhoria da qualidade da atenção primária prestada, também fora dos muros dos CS e pelo alargamento do pacote de cuidados primários aos fatores de riscos e determinantes das doenças não transmissíveis, crónicas e degenerativas.

Em matéria de financiamento de saúde, não obstante os avanços conseguidos, identifica-se em Cabo Verde alguns problemas e desafios, os quais pedem uma intervenção reparadora:

- O primeiro desafio de Cabo Verde é o de reduzir ao mínimo o pagamento direto, a favor do aumento da cobertura dos sistemas de proteção social, extensível a todas as faixas e grupos populacionais.
- O segundo desafio é introduzir maior solidariedade no acesso e financiamento da saúde, com o alargamento e a integração da cobertura da saúde, como uma das principais dimensões da lei de bases da proteção social.
- O terceiro desafio é melhorar a cobertura e a eficiência dos serviços de saúde (evacuações e medicamentos).
- O quarto desafio é aumentar o investimento em saúde, sobretudo no que tange as despesas de capital. A saúde, tendencialmente, tem apresentado um fraco investimento nas despesas de capital. Os bens de capital são uma componente essencial da procura por parte dos prestadores de cuidados de saúde e desempenham um papel crucial na prestação de serviços e bens de saúde, a fim de manter ou aumentar a sua produção.

A luta pela implantação e funcionamento do sistema de saúde em Cabo Verde, nesses primeiros 50 anos de país independente, foi claramente ganha, não obstante as condições deficitárias de partida e as lacunas ainda existentes. O esforço e a dedicação foram grandes, pese embora muitas dificuldades, umas que se mantêm, outras novas, que desafiam os próximos tempos e que influenciam a qualidade da prestação dos serviços.

Todavia, ousamos distinguir três grandes períodos na luta pela saúde dos cabo-verdianos, que apontamos:

1. Os primeiros 15 anos de país independente, de 1975 a 1990, foi o período de construção do sistema, dedicado a lançar as suas bases e a responder às grandes necessidades da população, apostando na saúde pública com a implantação dos CPS, numa abordagem preventiva e promocional, particularmente dirigida à saúde materna e infantil, nos vários recantos do país, por equipas móveis para fazer chegar os cuidados de saúde ao maior número de pessoas, facilitando o acesso e alargando cobertura. A gratuitidade dos cuidados foi uma peça fundamental da política de saúde nessa fase.
2. O segundo período, de 1991-2015 foi o da consolidação do sistema de saúde, com um esforço de reorganização do sistema e de extensão de serviços às várias ilhas, de aumentar, diversificar e reforçar as estruturas, os recursos humanos, os financeiros e fortalecer os resultados e indicadores, que contribuíram para que o país respondesse a desafios internacionais como a sua classificação a país de desenvolvimento médio e estar entre aqueles que atingiram os ODM.

3. O terceiro, o atual período a partir de 2016 num horizonte de 2030, deverá ser o da melhoria da qualidade da saúde, qual apelidamos “da encruzilhada”. O desafio maior é o de elevar o patamar de mais qualidade em tudo que são funções, desempenho, atitudes e abrangência do sistema de saúde. A tarefa é exigente para percorrer os vários caminhos que se cruzam, escolher bem a direção a tomar para que a saúde não se perca! Ter as respostas resolutivas dos vários problemas que se apresentam, atuando de forma mais justa, interativa e equilibrada é a receita para dar a robustez necessária aos pilares que sustentam o sistema de saúde.

## Referências

1. Amaral I. Cabo Verde: Introdução Geográfica. Em: Albuquerque Luís, Santos M E, editores. História Geral de Cabo Verde, Vol. I. Lisboa/Praia: Instituto de Investigação Científica Tropical/ Direção Gral do Património Cultural de Cabo Verde; 1991.p. 1-22.
2. Carreira A. Formação e Extinção de uma Sociedade Escravocrata (1460-1878). 3ª ed. Praia: IPC - Estudos e Ensaio;2000, p.196)
3. Vieira H L. História da Medicina em Cabo Verde. 2ª edição. Praia: Ministério da Saúde de Cabo Verde; 1999.
4. Fortes C M. A Saúde Reprodutiva em Cabo Verde – 35 Anos ao serviço da família cabo-verdiana. Praia: Ministério da Saúde – Centro Nacional do Desenvolvimento Sanitário;2013, p.6.
5. Almeida, JM. Dziężaski A. R. Um polaco nos destinos de Cabo Verde: subsídios para uma biografia e “ Memória de Bissau e suas dependências”. Praia: Instituto do Arquivo Histórico Nacional; 2015, p.80.
6. Carreira A. Op. Cit. 2000, p.197.
7. Graça C Q. Cabo Verde – Formação e Dinâmicas Sociais. Praia: IIPC; 2007,p.104.
8. Andrade J. (1998). Migrações Cabo-Verdianas. Em Descoberta das Ilhas de Cabo Verde. Praia: AHN, p. 69-105.
9. Meessen B. (2024) When one size does not fit all: aid and health system strengthening for Small Island development, Health Policy, and Planning, 39, 2024, i4–i8 DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czad089> [meessenb@who.in](mailto:meessenb@who.in)

10. Cabo Verde, Ministério da Saúde (1976) Estratégia Nacional de Saúde (ENS, 1976), Praia
11. Delgado A P. Políticas de Saúde em Cabo Verde na década de 1980-1990. Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde. Praia: Edições UniCV; 2009, p.48.
12. Cabo Verde. (1980). Constituição da República promulgada pela Assembleia Nacional Popular (B.O. nº 41 de 133 de outubro de 1980)
13. Delgado AP. Políticas de Saúde em Cabo Verde na década de 1980-1990. Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde .Praia: Edições UniCV;2009; p.142.
14. Delgado A P. Um Olhar sobre a Trajetória dos Cuidados Primários de Saúde em Cabo Verde, de Alma-Ata, 1978, a Astana, 2018. Em De Alma-Ata a Astana: a Trajetória dos cuidados de saúde primários nos países da CPLP. 1ª edição. Brasília: Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde; 2022; p.61
15. Fortes C M . A Saúde Reprodutiva em Cabo Verde – 35 Anos ao serviço da família cabo-verdiana. Praia: edição do Ministério a Saúde – Centro Nacional do Desenvolvimento Sanitário; 2013, p 6.
16. Fortes, CM. Op. Cit. p.63.
17. Delgado, AP. Op. Cit. 2009.p. 169. .
18. Delgado, AP. O Papel do Município nas respostas descentralizadas de Saúde em Cabo Verde. Em Municipalização. Anais do IHMT/ Nova Lisboa. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical,2022, p.67.
19. Delgado, AP.. Op. Cit. 2009, p. 146-147.
20. Delgado AP. Idem, Ibidem, p. 68.
21. Valdez T AD S. Regionalização e integração sistêmica: cenários para a reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde (Tese de doutoramento). 2007.p 78
22. Delgado, A P. Op. Cit, 2022, p. 69.
23. Fortes, C M. Op. Cit. 2013, p. 20
24. Goncalves L., Santos Z., Amado, M, Alves, D, Simoes R., Delgado, A.P. & Craveiro I. Urban planning and health inequities: Looking in a small-scale in a city of Cabo Verde. PLoS One,9 10(11), e0142955, 2015, p 19-20.
25. Barros F P.C. de, & Lapão L. V. A efetivação do direito universal à saúde: os casos de Portugal, Brasil e Cabo Verde. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 15, 2016. 89-100. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.1>

26. Union, A. Universal health coverage in Africa—From concept to action. World Health Organization Report, 2014.1-7.
27. World Health Organization. WHO. Global recommendations for the retention of health workers. 2006.
28. Delgado A. P. Educação Médica em Cabo Verde no contexto de país pequeno e insular: O desafio da sua implantação [Tese de Doutoramento]. IHMT/Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa; 2017
29. World Health Organization. Op. Cit. 2006.
30. Matthews Z, Channon, Van Lerberghe W. there be enough people to care? Notes on work-force implications of demographic change 2005–2050. World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2006.
31. Delgado AP. Op. Cit. 2019. P. 173-174.
32. Sena-Martins A . História da Enfermagem em Cabo Verde. v.7. Praia: Ed. Uni-CV. Coleção sociedade. 2015, p.36.
33. BALDACCHINO, Godfrey. Labour Markets in Small Developing States. Island Studies Journal, v. 3, n. 2, p. 275-277, 2008.
34. Buchan J. et al. Recruiting and retaining health workers in remote areas: Pacific Island case-studies. 2011.
35. Gomes I. A política de descentralização dos serviços de saúde em Cabo Verde, 1975/2000 Praia: IBNL, 2006.
36. Benrós R. (2018). O financiamento do sector da saúde em Cabo Verde [dissertação de mestrado] ISEG/ Univ. Lisboa.
37. Jiménez, J. P. Estratégia de financiamento do setor saúde cabo-verdiano. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho, Departamento de Segurança Social, Programa Estratégias e Técnicas Contra Exclusão Social e a Pobreza. 2013. p. 54.
38. Pissarra, I. . Avaliação da Prática de Automedicação por Profissionais de Saúde (Tese de Doutoramento). OMS, 2011
39. OMS. WHO/HRB/98.2/: A carga de trabalho como indicador das necessidades de pessoal/ INP Genebra, 1998.