

# O papel do município nas respostas descentralizadas de saúde em Cabo Verde

*The role of the municipality in decentralized health responses in Cabo Verde*

**António Pedro Delgado**

Global Health and Tropical Medicine (GHMT) / Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) / NOVA, Lisboa, Portugal

## Resumo

Este artigo é resultado de uma revisão narrativa não exaustiva com base na literatura, legislação e documentos que orientam o desenvolvimento dos serviços de saúde em Cabo Verde e visa estabelecer os elementos da relação municípios e saúde, particularmente o papel dos municípios nas respostas às necessidades de saúde da população, no contexto de pequeno país insular. A República de Cabo Verde é um pequeno Estado insular em desenvolvimento, formado por 10 ilhas e 22 concelhos/ municípios e habitado por meio milhão de habitantes. Há uma desconcentração das atividades de cuidados primários para instituições de saúde no concelho (Centros de Saúde) com uma participação dos municípios nas atividades de saúde, mas não existe uma municipalização no sentido da atribuição da gestão dessas instituições ao município. Para prestar cuidados hospitalares secundários e na busca da cobertura universal de saúde foi criada a Região Sanitária, que organiza as instituições primárias existentes nos municípios envolvidos que constituem a região e gere um Hospital regional. Os municípios estão bem posicionados para facilitar parcerias locais de potenciação dos benefícios setoriais para a saúde.

### Palavras Chave:

Cabo Verde, cobertura universal, cuidados de saúde, municípios, regionalização.

## Abstract

This article is the result of a non-exhaustive narrative review based on the literature, legislation and documents that guide the development of health services in Cabo Verde and aims to establish the elements of the relationship between municipalities and health, particularly the role of municipalities in responding to the needs of population in the context of a small island country. The Republic of Cabo Verde is a small island developing state comprising 10 islands and 22 municipalities / counties, inhabited by half a million inhabitants. There is a deconcentrating of primary care activities for health institutions in the county (Health Centres) with a participation of municipalities in health activities, but there is no municipalisation in the sense of assigning the management of these institutions to the municipality. To provide secondary hospital care and the search for universal health coverage, the Health Region was created, which organizes the existing primary institutions in the involved municipalities that constitute the region and manages a regional Hospital. Municipalities are well positioned to facilitate local partnerships to empower sectoral health benefits.

### Key Words:

Cabo Verde, universal coverage, health care, counties, regionalization.

## Introdução

Em Cabo Verde, os concelhos/municípios foram sempre considerados um local importante para aproximar da população cuidados e serviços com um nível crescente de diferenciação para melhorar o nível de saúde no seu contexto próprio de ilhas dispersas e díspares. [1] Os municípios refletem este contexto fragmentado do país e têm experimentado várias tentativas de alojar serviços desconcentrados do poder central e parcerias locais por serem tidos como o nível adequado para a realização e implementação de políticas e administração, nomeadamente da saúde, aproximando-os dos munícipes. Mas, boa parte das autoridades municipais de saúde – as Delegacias de Saúde – serve uma população muito reduzida, que dificilmente justifica, p. ex., a existência duma estrutura hospitalar que seja baseada em critérios modernos de eficiência e de utilização dos recursos.

Conceitualmente, um município ou concelho é uma subdivisão administrativa, um espaço territorial político, por vezes com zona rural e urbanizada, dentro de um Estado e que, geralmente, possui governo e (ou) jurisdição próprios. O termo município também é usado para significar a instituição dirigente de um município. [2] Em Cabo Verde, como em Portugal, existe alguma diferença entre os conceitos de “concelho” e “município”. *Concelho é uma divisão territorial, administrada por um município*[3], enquanto o *Município é uma autarquia local, constituída por diferentes órgãos*. [4] Utilizamos ambos neste trabalho com os seus significados, embora reconhecamos existir uma aproximação entre os dois conceitos e, tal como no Brasil, Angola ou Moçambique, tende-se a adotar a designação “município” para ambos. É o município quem cuida diretamente de vários aspetos práticos da vida da população e é mundialmente considerado o *locus* tendencial de descentralização administrativa-territorial, no sentido da democratização dos entes de direito público e da proximidade cada vez maior com o cidadão.

Para traduzir aquilo que deve servir de medida do nível de saúde duma população utilizamos o conceito da cobertura universal que foi desenvolvido pela OMS e que contempla três dimensões: serviços de saúde necessários, número de pessoas que precisam desses serviços, e os custos para quem vai pagar por estes – utentes e financiamento por terceiros. A cobertura universal visa aumentar o acesso aos serviços a todos que dele necessitam a um custo acessível tanto para o indivíduo quanto para o país como um todo. [5]

Assim, todos os governos devem decidir quais serviços de saúde são necessários e de que forma garantir que sejam universalmente disponíveis, acessíveis em termos financeiros, eficientes e de boa qualidade. [6, 7] Os serviços necessários diferem de um contexto para outro, uma vez que as causas dos problemas de saúde também variam. O equilíbrio de serviços muda inevitavelmente ao longo do tempo, à medida que surgem novas tecnologias e novos procedimentos como resultado de pesquisas e inovação, acompanhando as mudanças.

O objetivo desse artigo é analisar como a relação entre municípios e saúde se tem desenvolvido e impactado sobre a saúde dos cabo-verdianos e como é que a insularidade se reflete nas soluções encontradas para alargar a cobertura de saúde.

Metodologicamente, trata-se de uma revisão narrativa [8, 9] da literatura, nacional e internacional publicada sobre os municípios e a saúde, utilizando, sem a pretensão de uma busca exaustiva, como fontes de informação alguns estudos sobre o tema realizados no país ou no exterior e publicados em revistas especializadas ou na internet, documentos oficiais orientadores do desenvolvimento dos serviços em Cabo Verde e a legislação produzida no país sobre a matéria, que serviram de base a uma interpretação qualitativa das informações recolhidas.

## Desenvolvimento

### Histórico dos municípios e população

A República de Cabo Verde é um pequeno Estado insular em desenvolvimento (SIDS)<sup>1</sup>, entre muitos estados insulares da África, Pacífico e Caribe [10, 11, 12], formado por 10 ilhas, nove das quais habitadas por meio milhão de habitantes. Administrativamente manteve a divisão em concelhos herdada do período colonial e essas pequenas ilhas comportam, atualmente 22 concelhos [13] sendo que 5 ilhas<sup>2</sup> têm um concelho cada; uma<sup>3</sup> tem dois; duas<sup>4</sup> têm três e uma<sup>5</sup> tem nove municípios. Mas houve uma evolução de 1975 para cá. Nessa data da independência o país tinha 14 concelhos, quatro na ilha de Santiago, três na de Santo Antão e um em cada uma

---

1 - Os SIDS começam a ser designados “Grandes países oceânicos” pela extensão do mar territorial.

2 - Boa Vista; Brava; Maio; Sal e São Vicente

3 - São Nicolau

4 - Fogo e Santo Antão

5 - Santiago (ou São Tiago)

Tabela 1 - Divisão de Cabo Verde em concelhos, ou municípios, 2010.

Concelhos/Municípios	CSAH	ISO	CGN	População	Área (km. <sup>2</sup> )	Capital
Boa Vista	CV.BV	BV	51	9,162	620	Sal-Rei
Brava	CV.BR	BR	91	5,995	64	Nova Sintra
Maio	CV.MA	MA	61	6,952	269	Porto Inglês
Mosteiros	CV.MO	MO	81	9,524	82	Mosteiros
Paul	CV.PA	PA	12	6,997	54	Pombas
Porto Novo	CV.PN	PN	13	18,028	558	Porto Novo
Praia	CV.PC	PR	74	131,602	94	Praia
Ribeira Brava	CV.RB	RB	31	7,580	343	Ribeira Brava
Ribeira Grande	CV.RG	RG	11	18,890	167	Ponta do Sol
Ribeira Grande Santiago	CV.RS	RS	74	8,325	164	Ribeira Grande de Santiago
Sal	CV.SL	SL	41	25,765	216	Espargos
Santa Catarina	CV.CT	CA	72	43,297	213	Assomada
Santa Catarina do Fogo	CV.CF	CF	82	5,299		Cova Figueira
Santa Cruz	CV.CZ	CR	73	26,609	110	Pedra-Badejo
São Domingos	CV.SD	SD	75	13,808	138	São Domingos
São Filipe	CV.FP	SF	82	22,228	394	São Filipe
São Lourenço dos Órgãos	CV.LO	SO	73	7,388	39	João Teves
São Miguel	CV.SM	SM	76	15,648	91	Calheta
São Salvador do Mundo	CV.SS	SS	72	8,677	30	Assomada
São Vicente	CV.SV	SV	21	76,107	227	Mindelo
Tarrafal	CV.TF	TA	71	18,565	112	Tarrafal
Tarrafal de São Nicolau	CV.TS	TS	31	5,237		Tarrafal de São Nicolau
<b>22 Concelhos</b>				<b>491,683</b>	<b>3,985</b>	

- CSAH: Códigos de subdivisão administrativa hierárquica.
- ISO: códigos de concelho da ISO 3166-2. Para identificação completa no contexto global, usar o prefixo "CV-" ao código (ex: CV-SL representa Sal)
- CGN: Código Geográfico Nacional de Cabo Verde usa códigos postais de quatro dígitos. Os dois primeiros dígitos são os mesmos que o CGN do município.
- População: censo de 2010-06-16. Fonte: INE 2010

Fonte: [www.statoids.com/details.html](http://www.statoids.com/details.html)

das restantes ilhas habitadas. Nos anos 1990 houve uma primeira subdivisão e a criação de mais três concelhos, um no Fogo (Mosteiros, 1991)[14] e dois em Santiago (S. Domingos, 1993 [15]; São Miguel, 1996 [16]) tendo a Assembleia Nacional criado mais cinco concelhos em 2005 [17], fixando o quadro atual (Tabela 1).

A fragmentação do território, em que a maior parte dos concelhos do país apresenta uma superfície do território pequena e uma população bem restrita, coloca a questão da “massa crítica” necessária à planificação de atividades de saúde, que não viabiliza ou rentabiliza a aplicação de certas tecnologias de saúde exigidas ou a implantação do nível hospitalar secundário.

Estas circunscrições tiveram sempre uma administração autónoma, designada de Administração do Concelho no tempo colonial, Delegações do Governo a seguir à independência, figurino que se manteve até à realização das

primeiras eleições autárquicas em dezembro de 1991 [18] de que resultou a nova configuração dos órgãos de gestão municipal com eleição do Presidente, da Câmara Municipal e da Assembleia Municipal, autónomos.

O quadro da autonomia veio a ser confirmado no Estatuto dos Municípios, criado em 2005 pela Assembleia Nacional [19], que estabeleceu um conjunto de autonomias, administrativa, financeira, patrimonial, normativa e organizativa (art.ºs 2º a 6º) e que conferiu independência aos órgãos municipais no âmbito da sua competência e nas deliberações ou decisões que tomarem e que só podem ser suspensas, modificadas, revogadas ou anuladas pela forma prevista na lei (art.º 7º). Também fixou um conjunto de atribuições sobre vários domínios, incluindo os que lidam com fatores de risco e determinantes de saúde das populações (art.ºs 29º a 39º). Em relação ao domínio da saúde essa Lei,

no seu art.º 31º, atribui responsabilidades específicas ao Município no que concerne a: a) *construção, equipamento, gestão e manutenção das unidades sanitárias de base (UBS); b) promoção e controlo da aplicação de normas de saúde e higiene públicas dimanadas das autoridades sanitárias; c) promoção de ações, campanhas e programas de educação sanitária; d) acompanhamento e apoio às atividades dos organismos do sistema nacional de saúde pública no território municipal; e) gestão do desenvolvimento sanitário a nível local.*

Essas atribuições foram confirmadas na Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde (SNS) [20] que assumiu o município como um dos elementos do SNS (art.º 4º, a alínea i), especificando-o como sendo sua parte integrante “*as autarquias locais no âmbito das suas atribuições no domínio da saúde*”.

O enquadramento legal assinalado traduz a preocupação em se envolver os municípios nas questões concernentes à saúde-doença da população residente na circunscrição e se definir a responsabilidade do poder local em matéria de saúde.

### População

No que se refere à população os dados do último recenseamento de 2010 dá-nos conta de uma população residente de cerca de 491 000 habitantes repartida pelos municípios com significativas diferenças [21] (Tab.1). Enquanto onze municípios tinham uma população inferior a 10 mil habitantes, outros cinco albergavam uma população entre 10 e 20 mil habitantes cada, três de 20 a 30 mil habitantes, um com pouco mais de 40 mil, outro com quase 80 mil e apenas um tinha mais de 100 mil habitantes. Essa situação de 2010 ter-se-á, provavelmente alterado nesta última década devida a uma aparente aceleração da mobilidade da população em direção aos polos de desenvolvimento económico, particularmente dirigida às ilhas com maior pendor turístico (Sal, Boa Vista, S. Vicente) e em direção à capital do país, na miragem de melhores oportunidades, provocando em consequência, um êxodo rural com o desprovimento de alguns municípios sobretudo da sua população na idade ativa e a criação de bairros improvisados e clandestinos porque sem planificação urbana, periféricos às cidades, com ambientes sociais e físicos sem as condições mínimas de qualidade de vida e que são reconhecidamente reputados como importantes determinantes da falta de saúde [22].

Essas mudanças acontecem rapidamente, trazem agudizações ou novos problemas, constituem fatores de pressão sobre o poder local municipal e os serviços des- concentrados e demandam outra organização e outras

respostas oportunas, adaptadas às mudanças demográficas e às novas realidades, o que nem sempre esses poderes podem fazer atempadamente, avolumando-se os problemas.

O padrão de ‘rápida urbanização’ descrita por Abrahams *et al* [23], no continente africano também se aplica a Cabo Verde, que acompanha a tendência. Em particular, as características urbanas variam amplamente entre as cidades e dentro da mesma cidade coexistem a parte formal (organizada, planificada, com infraestruturas, etc.) e assentamentos informais (não autorizados, não planificados, sem infraestrutura, etc.), resultando em fatores socioeconómicos-culturais de desigualdades que podem afetar a saúde de seus residentes [24], ao qual se junta, ainda a coexistência de três processos de transição: demográfica, epidemiológica e a nutricional.

A transição demográfica é caracterizada pela mudança de um perfil alta fertilidade em 1980 de 7,0 filhos por mulher para uma baixa fertilidade em 2005 de 2,9 filhos por mulher [25], acompanhado por uma baixa da mortalidade: a TBM passou de 5,6‰ em 2000 para 4,1‰ em 2010 e o coeficiente de mortalidade infantojuvenil evolui de 47,7‰ para 19,0‰ no mesmo período. [26] A transição epidemiológica com a mudança de uma alta prevalência de doenças infecciosas para uma de alta prevalência de doenças crónicas e degenerativas que ocupam os lugares cimeiros na tabela classificativa das causas de morte). A transição nutricional devida a mudança na dieta, dietas densas em energia e desequilíbrio nutricional (obesidade e doenças metabólicas associadas), reforçadas por mudanças nos padrões de atividade física. [27] Dessas mudanças resulta a necessidade de novos equilíbrios que exigem abordagens adaptadas aos novos padrões que delas resultam.

### Serviço Nacional de Saúde

Em Cabo Verde, o SNS cedo decidiu implantar os cuidados primários de saúde (CPS) (1976-1990) [28] para resolver os grandes problemas de saúde pública, fê-lo com base territorial do concelho e a aplicação das estratégias de CPS apresentou bons resultados na recuperação do atraso da “dívida sanitária” para com as populações, pelo impacto imediato sobre os grandes problemas de saúde e na melhoria dos indicadores de saúde. [29] Segundo Gomes (2006) [30], a descentralização constituiu-se no fundamento para a extensão da cobertura dos cuidados primários a toda a população, corroborando a constatação de Delgado (2009) que o município serviu bem como a unidade básica racional para esse processo, que abarcou três dimensões: terri-

torial; distribuição de recursos e delegação de responsabilidades, mas nem sempre os critérios para a divisão administrativa se mostraram funcionais para a organização dos serviços de saúde. Constatou-se que ficaram por equacionar as melhorias nos cuidados hospitalares secundários, prestados em três hospitais chamados regionais, (de implantação municipal e dependentes do nível central) e em dois hospitais centrais vocacionados para os cuidados terciários, mas que coabitaram com as prestações primárias e secundárias nas cidades da Praia e do Mindelo, sem outro tipo de instituições de saúde, até o início do funcionamento dos centros de saúde urbanos em 2008.

Entretanto, um estudo sobre a rede de instituições e as condições de prestação de cuidados de saúde, finalizado em 1999 no âmbito da elaboração da Carta Sanitária de Cabo Verde (CSCV), propôs uma redefinição e adequação da rede às necessidades de saúde da população e às condições concretas do país e ter assim “massa crítica”, recomendando recriar uma ‘área de saúde *ótima*’ próxima do conceito de distrito sanitário da OMS, que pudesse agrupar as estruturas nela existentes para aprofundar a funcionalidade, aumentar a eficácia e rentabilidade técnica dos recursos afetados e melhorar a cobertura cuidados de saúde. A divisão geográfica e administrativa do país, tal como referida, constituiu sempre um dos maiores desafios para a organização dos serviços de saúde e a reflexão então realizada incidiu sobre três conceitos: “descentralização”, “municipalização” e “regionalização” para a recriação espaços funcionais e adequados aos conteúdos dos níveis de atenção na realidade cabo-verdiana [31] e para a proposta de criação das regiões sanitárias.

Na sequência da CSCV, um conjunto de documentos estratégicos e programáticos foi desenvolvido, como a Política Nacional de Saúde 2020 (PNS), os Planos Nacionais de Desenvolvimento da Saúde [32] (PNDS 2007-2011 e 2012-2016) e os Planos Estratégicos para o Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde<sup>33</sup> (PEDRHS 2005-2014 e 2016-2020), que orienta o setor da saúde. Esses documentos baseiam-se, também em uma vasta experiência na África com o planeamento do setor de saúde [34, 35, 36] e buscam materializar o processo de reforma da saúde.

### **Descentralização (atenção primária)**

O nível primário corporiza o conceito da descentralização/ desconcentração para a área do concelho/município, instituindo-o como o lugar privilegiado para prestar um conjunto de cuidados essenciais, implementar

os princípios da cobertura universal e da equidade no acesso aos cuidados de atenção primária básica e resolver os problemas que afetam a maioria da população. A administração municipal de saúde é assegurada pela Delegacia de Saúde (DS) que tem no Centro de Saúde/CS a sua instituição prestadora de cuidados pré-definidos no pacote primário. A PNS veio consagrar a estruturação do SNS em três níveis propostos pela CSCV – primário, secundário e terciário – com funções definidas, complementares e interligados aos quais correspondem diferentes tipos de prestação de cuidados e serviços e de estruturas de saúde de suporte. Estabeleceu, ainda que cada município tem, pelo menos um CS e que estes são reconhecidos como a porta de entrada e de seguimento no sistema e essenciais para garantir uma cobertura de primeiro nível de respostas que inclui serviços de transferência para níveis mais complexos dos casos que ultrapassam a sua capacidade resolutive.

Nas cidades da Praia e do Mindelo, pela população mais numerosa e pela concentração das prestações nos HC, a DS foi dotada de CS (urbanos) para prestar os CPS à população, por bairros de residência. À exceção dos urbanos, os CS dispõem de leitos de internamento para responder a situações em observação, às menos complexas e resolúveis a esse nível ou que aguardam transferência para cuidados e serviços hospitalares sedeados em outra ilha, necessitando, para isso, de transporte marítimo ou aéreo. São também vocacionados para a prestação de cuidados continuados próximos da residência. Contudo, não correspondem ao conceito de ‘Health District’ (OMS) por falta de funções hospitalares básicas. [37]

O processo de descentralização tem-se configurado mais como um processo de desconcentração, com forte vínculo central. Está, ainda incompleto, porque não terá sido suficientemente acompanhado por uma planificação e programação locais autónomas que subsidiassem o plano nacional com as necessidades da população e as expectativas das instituições em cada município que pudesse melhor adequar a transferência de recursos financeiros e a disponibilização de recursos humanos e diminuir a dependência de gestão central. Constata-se, ainda, uma insuficiente qualificação dos recursos humanos colocados nas DS em matérias essenciais como a administração de saúde pública ou a organização e prestação dos cuidados de saúde familiar [38], o que pode não favorecer os resultados das atividades de CPS.

### **Municipalização**

Entendida como a transferência de estruturas e funcionamento dos serviços de saúde para alçada da gestão dos

municípios, a municipalização não é uma prática nem há história de reivindicação nesse sentido, não pareceu factível pelas condições concretas do país, pelo que a recomendação, no processo de elaboração da CSCV, foi no sentido do reforço dos mecanismos de participação dos municípios com maior implicação na gestão dessas instituições.

As condições de funcionamento da maior parte dos municípios, com fraca capacidade de mobilização local de recursos financeiros e de recrutamento dos necessários recursos humanos capacitados, obstaculizam o avançar nessa direção, à semelhança do que acontece em outros países e assumir o funcionamento das instituições. Os hospitais regionais, servindo vários municípios e os hospitais centrais, de âmbito nacional, estarão dificilmente orientados para a municipalização em Cabo Verde, pela missão de servir vários municípios.

### **Regionalização (atenção secundária)**

O conceito de regionalização, supramunicipal, desenvolvido no processo de elaboração da CSCV, introduz o segundo nível de resposta dos serviços, pretendendo aproximar cuidados secundários, hospitalares e de saúde pública, das pessoas servidas para ampliar e aprofundar a cobertura de cuidados secundários. A Região Sanitária (RS) resultou, pois, da necessidade de criar espaços com suficiente homogeneidade territorial e populacional para suportar uma intervenção secundária mais profunda e de qualidade e para onde descentralizar e disponibilizar as competências técnicas, materiais e de decisão, indispensáveis ao seu bom funcionamento para o reforço desse segundo nível de cobertura. É uma adaptação ao contexto de Cabo Verde do conceito de Distrito Sanitário da OMS, como *“um processo criativo e contínuo para modificar a forma de organização, o conteúdo das ações e serviços e atender mais eficazmente às necessidades de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social recriado”*, que visa *“provocar uma redefinição e hierarquização dos estabelecimentos de saúde localizados neste espaço e oferecer cuidados de saúde com complexidade diferenciada por forma a melhorar a acessibilidade”* e produzir *“um nível tecnológico que suporte a oferta de cuidados essenciais, adequados ao volume e tipo de problemas de saúde da população da área (CSCV MS, 1999).*

A RS não é um novo tipo de infraestrutura de saúde, mas um conceito organizacional de alargamento do acesso na busca de maior funcionalidade racional das instituições nas áreas de saúde recriadas, baseado em novas relações entre as instituições de implantação municipal envolvidos e na afetação e adequação do HR ao

conjunto das Delegacias de Saúde e seus CS nessa área, com sua autonomia técnica e administrativa. A justificação do HR e de atenção secundária em geral é encontrada na necessidade da sua proximidade ao domicílio e satisfação dos utentes ou doentes, facilitando todos os tipos de acesso, geográfico, económico, operacional e cultural.

Cada RS, com os seus regulamentos e normas de funcionamento, dispõe de um Hospital Regional (HR) como instituição de referência para os CS instalados na região. Adaptada às condições concretas das ilhas ou municípios concernentes, em função da população servida para ter massa crítica e das condições de acessibilidade, a RS pode adotar três figurinos: (1) RS para servir a população dos municípios numa ilha, caso de Santo Antão (41 mil habitantes); (2) para cobrir duas ou mais ilhas, casos do Fogo e Brava (42 mil), de S. Vicente e S. Nicolau (Mindelo, 93 mil) e do que se prevê para os três municípios na parte sul da ilha de Santiago e a ilha do Maio (Santiago Sul, 120 mil) e a solução que se avênta para as ilhas do Sal e Boa Vista para formar a RS Leste (45 000) e (3) abrangendo parte numa ilha como acontece com Santiago Norte (120 mil habitantes).

Foram implantadas as regiões consideradas com melhores condições para arrancar: a de Santiago Norte, em 2006, já consolidada e, mais recentemente a de Santo Antão, no início de 2015 e a do Fogo e Brava nos finais do mesmo ano. Com velocidades diferentes, é certo, têm-se traduzido na consolidação dos ganhos em saúde, particularmente na melhoria da cobertura em cuidados secundários de saúde nas respostas hospitalares.

As que faltam implantar, particularmente importantes para completar a reforma do setor saúde são as de Mindelo e de Santiago Sul por implicarem uma mudança de paradigma na organização e funcionamento dos HC, que terão que assumir os cuidados secundários que vêm prestando às pessoas residentes nas cidades onde estão implantados (60-70% dos atendimentos), ao mesmo tempo que realizam os cuidados terciários. A região Leste pode ser a quarta a avançar, de imediato, pela necessidade sentida.

### **Hospitais centrais (Atenção terciária)**

O terceiro nível de referência nacional é corporizado pelos hospitais centrais (HC) e tem a vocação de prestação dos cuidados terciários à toda população do país. Contudo, prestam cuidados secundários, e ainda alguns primários, sobretudo à população das cidades onde estão implantados - Praia e do Mindelo, pela ainda insuficiente resposta dos CPS e inexistência de uma organi-

Tabela 2 - Cabo Verde - Médicos e Enfermeiros por Ilha e População Projetada, 2016

ILHA	POPULAÇÃO		MÉDICOS		ENFERMEIROS	
	Projeção 2016	% do Total	Nº	Rácio /10 000	Nº	Rácio /10 000
S. Antão	39 923	7,5%	21	5,3	60	15,0
S. Vicente	81 862	15,4%	103	12,6	169	20,6
S. Nicolau	12 341	2,3%	4	3,2	18	14,6
Sal	35 268	6,6%	15	4,3	23	6,5
Boa Vista	15 534	2,9%	5	3,2	12	7,7
Maio	7 034	1,3%	2	2,8	7	10,0
Santiago	298 018	56,1%	237	8,0	350	11,7
Fogo	35 621	6,7%	19	5,3	41	11,5
Brava	5 638	1,1%	2	3,5	10	17,7
<b>Cabo Verde</b>	<b>531 239</b>	<b>100%</b>	<b>408</b>	<b>7,7</b>	<b>690</b>	<b>13,0</b>

Fonte: NE CV, Projeções Demográficas 2010 - 2030 & Saúde, factos e números, 2016

zação secundária na área/ concelho da sua implantação. Pelas evidências estatísticas até 70% dos atendimentos no serviço de urgências dos HC são situações passíveis de serem resolvidas nos Centros de Saúde. Os HC devendo ser a retaguarda do SNS, como lhes conferem os instrumentos de política e de estratégia, há muito definidos [39] beneficiarão com o reforço dos outros níveis para se concentrarem na sua missão.

Os recursos humanos de saúde (RHS), sua disponibilidade e repartição pelos níveis de prestação de cuidados, são de particular sensibilidade para o equilíbrio do desempenho do SNS. A tabela 2 apresenta a situação em 2016 na sua globalidade com destaque para um maior número absoluto e melhor rácio por habitante nas ilhas que albergam os hospitais.

A relação entre os três níveis de atenção descritos e entre as instituições no interior de cada nível é relevante para a evolução do SNS em direção à cobertura universal de saúde e depende do equilíbrio na implantação e consolidação de cada um deles, mas tendo sempre em conta a maneira como eles se complementam e influenciam. Um dos aspetos fundamentais prende-se à qualificação e aos critérios de distribuição dos recursos humanos em saúde em acordo às metas redefinidas, para a elevação das respostas por níveis de prestação de cuidados.

A comunicação, facilitada pelas novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) com destaque para a telemedicina, torna-se, pois uma ferramenta motriz dessa relação no interior do sistema, sobretudo num país com as características geodemográficas de Cabo Verde.

## Discussão e conclusão

A condição de insularidade de Cabo Verde e de pequeno país com relativamente pouca população, naturalmente dividida entre as ilhas, incita a respostas para garantir serviços equânimes e eficazes. O desafio ficou mais difícil pela existência agregados pequenos que colocam a questão da “massa crítica” para as intervenções de saúde e que viabilize ou rentabilize a aplicação de certas tecnologias de saúde exigidas pelo nível hospitalar secundário. A mobilidade da população entre ilhas, ao criar desequilíbrios demográficos com repercussões nas

condições de saúde, ultrapassa, em alguns municípios, a capacidade dos órgãos municipais e os serviços desconcentrados em ter respostas adequadas e atempadas. Não há uma municipalização das estruturas e serviços da saúde com transferência para a gestão dos municípios. Aliás, a Lei de regionalização administrativa em curso de aprovação na Assembleia Nacional<sup>6</sup> exclui das atribuições da região administrativa a responsabilidade pelos “hospitais e centros de saúde”.

O concelho/município tem servido bem como a unidade básica racional para o processo de descentralização de saúde, permitindo alargar a cobertura universal primária mais próxima das pessoas, de forma eficaz e equânime e continua a ser o lugar privilegiado para se consolidar a cobertura universal. Para isso, o SNS precisará atualizar o conteúdo funcional do nível primário (CS), de preferência rever os objetivos e metas mais dirigidos para a saúde da família - criança, mulher e homem em qualquer faixa etária -, ajustar o número e a qualificação da equipa de profissionais nos CS e rever os processos de gestão. A reformulação da prestação dos CS urbanos é relevante para estender a cobertura em CPS às pessoas que procuram estes nos hospitais sedeados nessas cidades.

O processo com um pendor de desconcentração dos serviços de saúde deve completar-se com melhor ade-

6 - Proposta de Lei (do Governo) que cria as Regiões Administrativas e regula o seu modo de eleição, as suas atribuições e organização, 2018.

quação da transferência de recursos financeiros e a disponibilização de recursos humanos e na aceleração da qualificação dos recursos humanos em matérias da administração de saúde pública ou de organização e prestação dos cuidados primários de saúde com base nos municípios.

A adoção de uma regionalização supramunicipal, juntando municípios e populações próximos para criar a RS, parece ter sido uma boa forma de se promover uma cobertura universal de nível secundário, alargando as respostas de saúde pública pela coordenação das atividades na sua área e hospitalar com melhoria da equidade e aliviando a pressão sobre os HC. Os resultados positivos das experiências de implantação da RS de Santiago Norte (2006) e, mais recentemente a de Santo Antão (início de 2015) e a do Fogo e Brava (finais de 2015), devem impelir à aceleração e consolidação da implantação das outras RS previstas para dar corpo, por completo, à criação do nível secundário, acrescentar respostas às necessidades a esse nível e descomprimir a pressão sobre o nível terciário. Ficará menos complexa a melhoria do acesso aos cuidados terciários nos HC.

A evidente inter-relação entre os três níveis de atenção descritos apresenta-se como uma peça fundamental para a evolução do SNS em direção à cobertura universal de saúde e dependerá do reforço da descentralização de competências e de recursos financeiros e técnicos que forem considerados necessários a cada nível.

O foco mais importante para a consolidação da cobertura universal parece-nos ser o investimento na qualificação dos recursos humanos de saúde em especialidades básicas (pediatria, ginecologia-obstetrícia, cirurgia e anestesia...), mas particularmente em saúde pública e medicina geral e familiar e sua equitativa distribuição, para se constituir equipas capazes de gerir os serviços e gerar cuidados eficazes, em qualquer dos níveis.

Outro instrumento relevante à substanciação dessa relação é a implantação e incorporação da Telemedicina (no sentido da Telesaúde) no quotidiano das instituições nos três níveis. A sua utilização para melhorar o acesso a cuidados de saúde, aumentar o conhecimento dos profissionais, melhorar o desempenho das organizações, fazer fluir a rede [40], entre outros, só irá acrescentar

uma contribuição de monta ao SNS.

Em conclusão, os municípios cabo-verdianos participam no desenvolvimento da saúde no território sob sua jurisdição quer pela realização das atribuições legais que possuem em vários domínios públicos que contrariam fatores de risco e incidem sobre determinantes de saúde das populações, quer no concurso aos órgãos de gestão das DS e das RS, como pelo cumprimento das responsabilidades específicas no domínio da saúde. Estarão conscientes da importância para a população que servem da descentralização/desconcentração das atividades de saúde para o primeiro nível municipal e da necessidade de fortalecimento do seu envolvimento.

A municipalização das instituições de saúde baseadas nos municípios não é uma questão que tenha sido colocada.

A melhoria dos cuidados e das prestações pretendidas no sentido da cobertura universal (OMS) beneficiará, para cada um dos níveis de atenção, da revisão dos conteúdos funcionais adequados à situação atual da saúde das pessoas, da adaptação das metas de cobertura próprias e da redefinição dos perfis dos profissionais a afetar às equipas multiprofissionais.

A cobertura universal coloca o foco em intervenções cujo objetivo primário é melhorar as condições de saúde, daí que as intervenções em outros setores – agricultura, educação, finanças, indústria, moradia e outros – podem resultar em benefícios substanciais para a saúde e os municípios têm um papel importante na saúde pública, sobretudo em advocacia a favor da saúde junto das distintas esferas do poder desconcentrado e nas comunidades.

Assim, os municípios (território e administração) estão bem posicionados para facilitar o desenvolvimento de um processo de parceria local que multiplique os benefícios setoriais para a saúde.

## Agradecimentos

Agradecemos ao IHMT pela possibilidade de participação no Seminário “Municípios e Saúde” que organizou e que estimulou esse trabalho.



## Bibliografia

1. Cabo Verde, Ministério da Saúde, Política Nacional de Saúde 2020, Praia: 2007:90. [www.minsaude.gov.cv](http://www.minsaude.gov.cv)
2. Cabo Verde, Divisão Administrativa, consultado em 06 Dezembro 2016, disponível em [https://pt.wikipedia.org/wiki/Divis%C3%A3o\\_administrativa\\_de\\_Cabo\\_Verde](https://pt.wikipedia.org/wiki/Divis%C3%A3o_administrativa_de_Cabo_Verde)
3. Concelho. (n.d.) *K Dictionaries*. (2013). Consultado em 5 Dezembro 2018 de <https://pt.thefreedictionary.com/concelho>
4. Município. (n.d.) *K Dictionaries*. (2013). Consultado em 5 Dezembro 2018 de <https://pt.thefreedictionary.com/munic%C3%AAdpio>
5. Organização Mundial da Saúde, Relatório mundial da saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde OMS. Genebra, 2014.
6. Chisholm D.; Evans, D. B. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. Genebra: World Health Organization, 2010.
7. Improving value in health care: measuring quality. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2010.
8. Brasil. UNESP. Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Matos. Tipos de revisão de literatura - FCA/Unesp; Botucatu. 2015. [ww.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf](http://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf)
9. Rother, ET, Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* [online] 2007, 20 (Abril-Junho): [Consulta: 6 de Dezembro de 2018] Disponível: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613004>> ISSN 0103-2100
10. Douglas CH. Developing health impact assessment for sustainable futures in small island states and territories. *Journal of Environmental Assessment Policy and Management* 2003; 5 (4): 477-502.
11. McNaught A. Health policy and its implementation in small island developing states in the British West Indies. *Int J Health Plann Manag* 2003; 18: 313-328.
12. Singleton G. The health planning needs in small Pacific island states. *International Journal of Health Planning and Management* 1990; 5: 117-134.
13. Law Gwillim Administrative Subdivisions of Countries: A Comprehensive World Reference, 1900 through 1998, McFarland & Cmpny, Inc. Publishers, North Carolina USA ISBN-13: 978-0786407293
14. Cabo Verde, Assembleia Nacional (1991) Lei n.º 23/IV/91, de 30 de dezembro, Praia
15. Cabo Verde, Assembleia Nacional (1993) Lei n.º 96/IV/93, de 31 de dezembro, Praia
16. Cabo Verde, Assembleia Nacional (1996) Lei n.º 11/V/96, de 11 de novembro, Praia
17. Cabo Verde, Assembleia Nacional, (2005) Leis n.º 63 a 67/VI/2005, de 9 de maio, Praia.
18. Delgado D. *Eleições de Segunda Ordem em Cabo Verde 1991-2016*, Dissertação de Mestrado em Ciência Política, ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa 2017
19. Cabo Verde, Assembleia Nacional, Estatuto dos Municípios, Lei n.º 134/IV/95, de 03 de Julho Lei n.º 134/IV/95, de 03 de Julho
20. Cabo Verde, Assembleia Nacional, 2004, Lei de Bases de Saúde, n.º 41/VI/2004, B.O. n.º 10, 05/04/2004, Praia
21. Cabo Verde, Instituto Nacional de Estatística, População e Censo 2010, Praia
22. Gonçalves L, Santos Z, Amado M, Alves D, Simões R, Delgado AP, et al. (2015) Urban Planning and Health Inequities: Looking in a Small-Scale in a City of Cabo Verde. *PLoS ONE* 10(11): e0142955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142955>
23. Abrahams Z, Mchiza Z, Steyn P. Diet and mortality rates in Sub-Saharan Africa: Stages in the nutrition transition. *BMC Public Health*. 2011;11:801–819. [pmid:21995618](https://doi.org/10.1186/1471-2325-11-801)
24. Vlahov D, Freudenberg N, Proietti F, Ompad D, Quinn A, Nandi V, et al. Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*. 2007;84:6–26.
25. Cabo Verde, Instituto Nacional de Estatística, Fecundidade 2000:64, IDRS-II/2005:46, Praia
26. Cabo Verde, Instituto Nacional de Estatística, Análise da Mortalidade, Recenseamento Geral da População e Habitação, 2010, Praia
27. Craveiro, I.; Alves, D.; Amado, M.; Santos, Z.; Fortes, A.T.; Delgado, A.P.; Correia, A.; Gonçalves, L. Determinants, Health Problems, and Food Insecurity in Urban Areas of the Largest City in Cabo Verde. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016, 13, 1155. <https://doi.org/10.3390/ijerph13111155>
28. Cabo Verde, Ministério da Saúde e Assuntos Sociais, Estratégia Nacional de Saúde, Praia, GEP, 1976
29. Delgado APC. Políticas de Saúde em Cabo Verde na década de 1980-1990: Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde. Praia: Edições Uni-CV; 2009. p. 138.
30. Gomes IFB. A política de descentralização dos serviços de saúde em Cabo Verde: 1975-2000. Praia: Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro; 2006.
31. Cabo Verde, Ministério da Saúde, 1999, Carta Sanitária de Cabo Verde, vols. I e II, [www.minsaude.gov.cv](http://www.minsaude.gov.cv)
32. Cabo Verde, Ministério da Saúde, (2011), Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016, Praia, [www.minsaude.gov.cv](http://www.minsaude.gov.cv)
33. Cabo Verde Ministério da Saúde. Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saude 2016-2020. Praia: MS; 2014.
34. Chatora R, Tumusiime P. Health Sector Reform and District Health Systems, module 1, Brazzaville: World Health Organization AFRO, AFR/DHS/03.01; 2004. 41 p.
35. Dovlo D, Karamagi H, Ousman K, Ekekeomonono M. Recent developments and the future of health planning in African Countries. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* 2017; 16 (suplemento 1): S43-S45.
36. Lima M da L. O Planeamento da Saúde em Cabo Verde. Apresentação oral no Seminários Sobre Planeamento em Saúde, 28 e 29 de novembro de 2016.
37. Delgado AP. 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.
38. Ferrinho P, da Luz Lima Mendonça M, Delgado AP. The need for planning training among public health officers in Cabo Verde. *Int J Health Plann Mgmt*. 2018;1–5. <https://doi.org/10.1002/hpm.2650>
39. Reitmaier P, Delgado AP (Coord.). Planificação da Saúde Urbana para a Cidade da Praia. Praia: Ministério da Saúde de Cabo Verde e União Europeia; 1996.
40. Correia, A, Azevedo, V, Lapão, LV. (2017). A Implementação da telemedicina em Cabo Verde: Fatores influenciadores. *Acta medica portuguesa*, 30(4), 255-262. DOI: 10.20344/amp.7578

## Conflitos de interesses:

O autor declara que não existem conflitos de interesses.