



REPÚBLICA DE CABO VERDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CARTA SANITÁRIA ***DE CABO VERDE***



Gabinete de Estudos e Planeamento

Praia, 1999

CARTA SANITÁRIA DE CABO VERDE

MINISTRO DA SAÚDE
DR. JOÃO BAPTISTA MEDINA

DIRECTORA DO GABINETE DE ESTUDOS E PLANEAMENTO
DR.^a MARGARIDA CARDOSO

EQUIPA TÉCNICA:

DR. ANTÓNIO PEDRO DELGADO
(Coordenador)

*[Médico Principal do GEP,
Mestrado em Saúde Pública/
Planeamento de Saúde]*

DR. ILDO CARVALHO

*[Assessor do Ministro,
Médico de Saúde Pública]*

DR.^a YOLANDA LOPES ESTRELA

*[Técnica Superior do GEP
Economista,
Mestrado em Saúde Pública]*

SR.^a DÉBORA DOS SANTOS

*[Técnica Adjunta do GEP
Técnica de Estatística de Saúde]*

DR.^a ALICE DUPRET RIBEIRO

*[Epidemiologista da equipa OMS/País
Médica de Saúde Pública]*

DR. CARLOS FARIA BRITO

[Médico de Saúde Pública]
(Participou na 1ª fase dos trabalhos)

«»

APOIO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

«»

GABINETE DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Praia, Abril de 1999

AGRADECIMENTOS

A todos quanto, de qualquer modo, participaram na elaboração desta Carta Sanitária.

Em particular aos Senhores Presidentes das Câmaras Municipais e Vereadores para os pelouros de Saúde que se dignaram receber-nos e trocar as suas ideias e opiniões quanto às necessidades de saúde da população do respectivo Concelho.

Referência especial, igualmente, aos Senhores Representantes da OMS, que se sucederam no período da elaboração deste documento, pelo incentivo e disponibilidade total dos escritórios locais.

Uma menção destacada vai para os dirigentes e trabalhadores de saúde de todas as estruturas visitadas que, amavelmente se prontificaram a colaborar com a equipa, respondendo às questões, discutindo as ideias de alteração ou acompanhando-a e apoiando-a.

Muito obrigado.

A Equipa.

PREFÁCIO

O Sistema de Saúde em Cabo Verde conheceu, desde a independência a esta parte, um processo de desenvolvimento pleno de avanços significativos e importantes, os quais se encontram reflectidos na evolução positiva que se reconhece nos principais indicadores de saúde.

Contudo, nesse percurso, a urgência em fazer face às necessidades essenciais das populações, aliada a uma situação económica e social do país bastante vulnerável, proporcionou poucos espaços para uma planificação rigorosa, na qual estivessem sempre presentes aspectos tão importantes para a melhoria do acesso e da qualidade, como sejam o princípio da complementaridade e o da solidariedade.

Embora compreendendo que existem casos em que os fins justificam e legitimam os procedimentos, tem-se a consciência de que não seria sem duros custos sociais e económicos para o país, deixar de assumir, que é chegado o momento de reconhecer que o Sistema de Saúde padece de algumas distorções, que devem ser corrigidas. É, pois, urgente que se enfrente com determinação o desafio que se coloca no sentido de se acordar uma atenção especial a uma planificação cada mais vez racional dos investimentos e intervenções a favor do mesmo, ainda que para tal se tenha que agir em detrimento do crescimento imediato.

Em matéria de saúde, independentemente das parcerias, apoios e contribuições, ao mesmo tempo que o Estado vai agindo, cabe a este, através do Ministério competente, ter um olhar cada vez mais prospectivo e crítico em relação às estratégias, objectivos, resultados e processos, por forma a reunir elementos de informação que permitam avaliar, claramente, a situação presente e perspectivar linhas orientadoras de um futuro, que se deseja mais justo e solidário.

A inexistência de uma Carta Sanitária, foi até hoje considerada uma grande lacuna, sendo imperativo, pelas razões expostas, que ela surja como um dos grandes suportes da garantia do acesso equitativo a uma Saúde de qualidade a todos os cidadãos.

A presente Carta Sanitária, a primeira na história da Saúde em Cabo Verde, vem, pois, ao encontro da satisfação de uma necessidade real, muitas vezes sentida e muitas

vezes expressa, por quantos se interessam pelo desenvolvimento harmónico do Sistema de Saúde em Cabo Verde.

Com efeito, este documento não só espelha a situação actual neste domínio como também projecta as medidas e intervenções, consideradas necessárias e prioritárias a serem implementadas, a curto e a médio prazos, no que diz respeito a Recursos de Saúde, designadamente, estabelecimentos, pessoal e equipamentos médico-hospitalar.

Nestes termos, espera-se que a Carta Sanitária seja um precioso instrumento de trabalho ao dispor não só dos especialistas na área da saúde, como também, entre outros, de investigadores, de políticos, de parceiros de desenvolvimento e do público em geral que se interessa pela matéria em apreço.

Apesar do trabalho abnegado, a consciência profissional bem como o rigor técnico e científico que estão na base da elaboração deste documento, os leitores mais atentos e exigentes irão, na certa, dar conta de eventuais imprecisões, as quais se forem comunicadas, serão acolhidas e estudadas com cuidado e interesse.

Por outro lado, a própria realidade do país, em constante mutação, irá exigir que o processo da implementação das medidas e intervenções indicadas pela Carta Sanitária, seja continuamente avaliado por forma a se introduzir, em tempo útil, as adaptações e ajustamentos que se vierem mostrar necessárias e pertinentes.

Assim, mais do que um instrumento de trabalho, considera-se a Carta Sanitária um documento de referência que constitui um importante marco na evolução de um Sistema Nacional de Saúde, em busca de soluções, cada vez mais eficazes e eficientes, para se fazer face às exigências de uma realidade que, permanentemente, o coloca perante novos desafios.



João Baptista Ferreira Medina
Ministro da Saúde

Introdução

A partir da realidade colhida durante a elaboração do inquérito às estruturas de saúde de Cabo Verde, com destaque para o desempenho da cada uma delas e para a coberturas às populações, das opiniões dos técnicos e funcionários dos diferentes serviços e dos contactos com os parceiros envolvidos com as questões de saúde, a equipa pôde constatar os problemas maiores que enfrentam os diversos níveis de prestação de cuidados de saúde.

Outrossim, as discussões de carácter teórico sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde havidas permitiram dar o enquadramento à presente proposição, a partir do qual todas as propostas deverão ser analisadas.

Uma questão de fundo prende-se com o equilíbrio entre a tendência para a autonomização das estruturas, acompanhando o afirmar do poder municipal e a necessidade técnica de concentrar em determinados níveis recursos humanos qualificados e treinados e recursos materiais compatíveis com o grau de complexidade dos cuidados a garantir, ou seja como equacionar a pequenez do território cabo-verdiano e sua reduzida população à luz de serviços de saúde de qualidade e rentáveis.

O fruto dessas reflexões está patente nos capítulos que apresenta-se a seguir.

No capítulo 1 – **Fundamentos** - procura-se dar, brevemente, uma passagem por aspectos teóricos e práticos que permitem conformar uma definição dos diversos tipos de estruturas de saúde, sempre tendo por base o constatado no terreno

No segundo capítulo – **Região/Distrito Sanitário em Cabo Verde** - desenvolve-se uma nova visão do reordenamento funcional das estruturas, com uma proposta fundamentada de criação de distritos/regiões sanitárias em Cabo Verde, abarcando Delegacias de Saúde próximas ou confinadas a uma ilha, no fluxo entre níveis diferentes de prestação de cuidados, tendo no topo da pirâmide um Hospital Regional. O importante é que se mantêm a autonomia da Delegacia de Saúde, enquanto a Administração Concelhia de Saúde.

No capítulo seguinte - **Hierarquia da rede de estruturas de saúde e respectivos conteúdos funcionais** - apresenta-se cada tipo de estrutura segundo o nível da atenção que predomina, pensado sobre o que o inquérito mostrou como actividades que vêm sendo feitas, embora não uniformemente por todos, e que é possível desenvolver para estender os cuidados fundamentais a um maior número da população, como parte do direito de cidadania e aumentando a rendibilidade das estruturas.

Na medida em que o que se constata é um vazio legislativo actualizado quanto ao perfil de cada estrutura, as indicações sobre os conteúdos funcionais são retidas na intenção também de contribuir para a normalização desses aspectos.

No quarto capítulo - **Conformação da rede de estruturas de saúde para os anos 2 000** - resume-se as proposições, por concelho/ilha, com a apresentação do que é necessário manter, transformar ou acrescentar, em termos da conformação duma nova rede de estruturas de saúde, que possa servir dum plano director para as futuras intervenções para estreitar as malhas dessa rede.

Por fim, como o resumo visual de todo o trabalho, apresenta-se um **mapa de cada concelho de Cabo Verde**, com a tradução gráfica do panorama infra-estrutural de saúde para visualização da cobertura do país.

1 – Fundamentos

1.1 Conceito de Carta Sanitária

Uma Carta Sanitária pode ser definida como o "*ordenamento espacial de todo o território, com o fim de se conseguir uma oferta eficiente e equitativa da atenção à saúde*". Esse ordenamento é definido seja pela divisão e dimensionamento das infra-estruturas, seja pela afectação de recursos humanos e materiais, e desenvolvimento de um leque de actividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e das comunidades.

Exige uma partilha de recursos por áreas, baseada numa pretensa homogeneidade, com o fim de:

- assegurar serviços de saúde efectivamente acessíveis a todos os cidadãos;
- descentralizar técnica e administrativamente os serviços;
- racionalizar a oferta dos serviços, evitando duplicações e aumentando a rentabilidade;
- propor um modelo de gestão adaptado à realidade nacional

Segundo os termos de referência a Carta Sanitária de Cabo Verde é vista como um instrumento para planeamento, organização e administração dos serviços de saúde, bem como do controle da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Constitui um plano director do desenvolvimento nacional e local dos recursos de saúde e das interações entre os diversos componentes do sistema de saúde que estabelece, com uma ambição razoável e atingível no quadro das condições geográfica, económica e social do país, um cenário alternativo, suficientemente flexível, no qual se poderá desenvolver o sistema de saúde de Cabo Verde nos próximos 15-20 anos.

Além disso, permite definir um sistema de saúde desejável de ser implantado num horizonte temporal definido, visando a extensão gradual da cobertura com base em critérios de qualidade de prestação de cuidados de saúde e de factores de carácter demográfico, epidemiológico e social.

Nessas circunstâncias, constituem condições essenciais para a eficácia da Carta Sanitária, que ela seja:

- **operacional**, não se tratando de um estudo teórico - ainda que tenha um substracto técnico - mas de um marco geral sobre o qual se baseará o esquema de planificação da rede de estruturas sanitárias;
- **flexível**, não podendo traduzir-se num trabalho pontual acomodado às circunstâncias do momento da sua redacção mas, pela sua própria natureza, deve poder ajustar-se às alterações da realidade social;
- **clara**, oferecendo um quadro de respostas às perguntas sobre o ordenamento espacial por forma a facilitar a tomada de decisão a nível central e local.

Os **objectivos** fundamentais perseguidos pela Carta Sanitária deverão, portanto, ser:

- a racionalização da oferta de cuidados de saúde;
- a conformação de uma rede completa e coerente;

- a garantia de uma efectiva acessibilidade aos serviços;
- a elevação do nível da gestão para sustentar a estrutura dos serviços.

Nesse sentido, com a Carta Sanitária pretende-se conformar uma rede de infra-estruturas físicas, obedecendo às seguintes características:

- estruturada em pirâmide por grau de complexidade;
- diferenciada e hierarquizada, por níveis de prestação de cuidados;
- complementar, estabelecendo um inter-relacionamento horizontal e vertical;
- estabelecimento de vínculos entre todos os serviços (técnicos e administrativos);
- garantia de apoio técnico e científico dos níveis mais complexos para os menos complexos;
- procura de equilíbrio entre a qualidade e a extensão pelo território.

Constitui, também, um instrumento-base para suportar uma previsão criteriosa dos investimentos em recursos humanos - formação, afectação e distribuição adequada às necessidades do país - ou alocação de recursos materiais e financeiros, quer para o funcionamento quer para investimentos.

1.2 Princípios de organização de serviços de saúde

[integração - universalidade - acessibilidade - planificação]

A tecnologia é importante para melhorar a qualidade da atenção, a todos os níveis dos serviços de saúde. Mas para que tenha um impacto positivo na situação sanitária, essa tecnologia precisa ter garantidas as pré-condições de qualidade de atendimento, de natureza eminentemente organizativas.

A par dos recursos humanos, materiais e financeiros, a organização dos serviços reveste-se de extrema importância para a qualidade dos mesmos devendo obedecer a determinados princípios.

Cabe aos serviços de atenção primária identificar as necessidades do utente; encaminhar este para o diagnóstico diferenciado e serviços mais sofisticados, dos níveis secundário ou terciário; dar continuidade às intervenções; seguir a evolução e avaliar repetidamente o conjunto de problemas do utente. Um bom serviço de atenção primária é o ponto de entrada e saída do sistema, a interface apropriada da comunicação serviço - utente - comunidade.

1.2.1 Pré-condições de qualidade

Os serviços devem reunir as seguintes pré-condições de qualidade, com particular incidência no nível da Atenção Primária:

1. **Acessíveis** abrangendo maior número da população por forma a garantir-lhe, o mais facilitado possível:
 - acesso geográfico
 - acesso cultural
 - acesso económico
 - acesso operacional
2. **Globais:** com capacidade de compreender o ser humano em todas as suas dimensões, incluído no seu contexto familiar;
3. **Contínuos:** capazes de seguir o episódio de doença ou de risco (tempo e níveis) do princípio ao fim;
4. **Integrados:** desenvolvendo as actividades de prevenção e promoção de forma complementares às actividades curativas, reabilitativas e sociais e dispensando-as em equipa;
5. **Eficientes:** com capacidade de prestar melhores cuidados ao menor preço;

Quanto à integração das actividades chama-se a atenção para cinco categorias de cuidados que deverão estar integrados:

1. preventivos
2. promocionais
3. curativos
4. reabilitativos
5. sociais



A **vertente social** assume uma importância especial em condições de pobreza, sobretudo urbana, onde a função da família alargada, que tradicionalmente suporta o doente, é mais fraca ou deixou de existir. Usa-se a imagem da mão cujos quatro dedos (preventivo, promocional, curativo e reabilitativo) exercem uma certa pressão sobre o utente. Este, sem suporte social, dificilmente aguenta a pressão e tenta fugir para outras soluções. Para trabalhar com famílias pobres precisamos do “polegar social” para segurá-las.

1.2.2 Princípios de prestação de cuidados

Algumas características de serviços de atenção primária facilitam a garantia de qualidade:

Permanente: sempre disponível, dotados de uma estratégia fixa para fins curativos;

Descentralizado: próximo da população do ponto de vista geográfico, mas também do ponto de vista sócio-cultural (acessível funcionalmente);

Polivalente: cuidados preventivos, promocionais, curativos, reabilitativos e sociais prestados ao mesmo tempo pela própria equipa de pessoal.

Os sistemas de saúde diferem de país para país, devendo ser adaptados à realidade sócio-económica e cultural de cada um. No entanto, devem ter realizados dois princípios fundamentais para garantir o acesso e qualidade:

Princípio de complementaridade:

- O total contém todos os elementos necessários;
- O que pode ser decidido ou feito no nível menos complexo não deve ser assumido pelo nível superior;
- As actividades que existem em vários níveis devem obedecer à igualdade de critérios;
- Deve ser utilizado o elemento o mais adequado para cada problema;
- Síntese da informação no nível da atenção primária.

Princípio de solidariedade:

- Todos tem o mesmo acesso aos serviços.
- A contribuição financeira está em função do poder económico e não em função do risco ou da necessidade da pessoa ou família.

1.2.3 A satisfação na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados

[satisfação do utente - democratização]

A satisfação significará uma atitude positiva que resulta de avaliações das distintas dimensões dos cuidados de saúde e que traduz uma reacção receptiva e emocional do paciente perante os diversos elementos da prestação dos cuidados - a estrutura, o processo e os efeitos dos cuidados.

Existe, contudo, alguma relutância em incluir a satisfação dos utentes como factor de avaliação da qualidade dos cuidados, com argumentos tais como falta de conhecimentos técnicos por parte destes; estado físico e mental debilitado, impedindo-os de formular juízos objectivos; natureza culturalmente dependente da noção de qualidade dos utentes, entre outros. No entanto militam a favor da sua inclusão:

- A satisfação representa um reforço da capacidade efectiva de diagnóstico e terapêutica ao permitir que o paciente siga melhor as orientações;
- O aumento da probabilidade de obtenção de determinado estado de saúde, pela participação activa dos beneficiários;
- A satisfação deve ser um resultado desejado e legítimo do processo de prestação de cuidados de saúde, enquanto bem-estar mental e social;
- Permite ter a noção de aceitabilidade social dos cuidados prestados.
- A satisfação reflecte a visão dos utilizadores tanto sobre as características do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados às suas expectativas, operando assim como indicador de qualidade (ou julgamento).

Por isso, as apreciações formuladas pelos utilizadores devem estar incluído nos programas de avaliação e seguimento da qualidade, ao lado da avaliação 'técnica', protagonizada fundamentalmente pelos profissionais, porque possibilita:

- a) saber em que medida e com que variabilidade se está a atingir um objectivo da própria prestação, e conhecer a qualidade da relação terapêutica;
- b) evidenciar disfunções a corrigir, aquelas que apenas serão conhecidas se questionados os utentes;
- c) estar-se atento às alterações de valores e expectativas dos indivíduos face ao processo de prestação para se poder redefinir critérios e padrões de actuação.

A avaliação de qualidade tem subjacente dois tipos de julgamentos:

- . acerca da contribuição esperada dos cuidados para conseguir melhorias na saúde em sentido estrito ou alargado do termo;
- . referente às propriedades desejadas dos próprios cuidados.

Quando o utente avalia a qualidade dos cuidados que lhe são prestados emite juízos de valor sobre 'a bondade' desses componentes, bem como sobre as consequências das mesmas no seu estado de saúde, como é percebido pelo próprio. A 'bondade' dum acto de saúde pode ser determinada pela 'bondade' das respectivas componentes:

Técnica - aspecto instrumental ou "science care", traduzindo o nível de aplicação da ciência e tecnologia médica, julgada fundamentalmente pela efectividade, em que medida o acto executa o que foi previsto fazer;

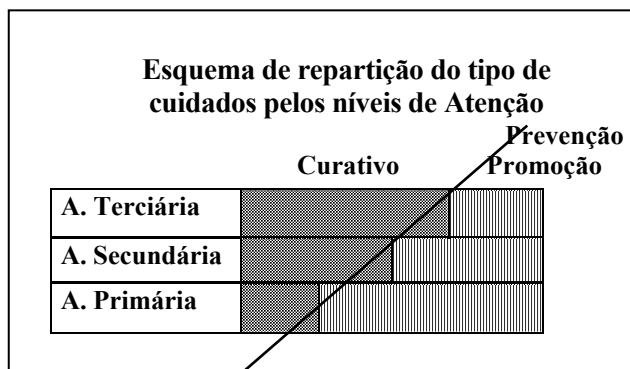
Interpessoal "art of science" ou aspecto expressivo, refere-se à interacção utente/prestadores a qual é decomponível em duas vertentes: instrumental que diz respeito à troca de informação e a sócio-emotiva, que se refere à troca de conteúdo afectivo;

As amenidades - as propriedades de um estabelecimento ou dos próprios cuidados (conforto, atributo estético, ...)

1.3 Os níveis de complexidade de prestação de cuidados

O estabelecimento de níveis da atenção à saúde é ditado pela necessidade duma previsão dos problemas passíveis de encontrar solução em cada um dos níveis e, fundamentalmente, pela complexidade desses mesmos problemas, traduzida quer em termos das consequências para a saúde das pessoas quer da tecnologia exigida para evitar ou reparar danos que poderão resultar. Consequentemente, haverá diferenças no tipo de recursos e de organização necessários para cada solução que têm tradução na rendibilidade dos serviços.

A repartição da responsabilidade pelos tipos de soluções – cuidados curativos, preventivos ou promocionais – pelos níveis da aten-



ção de saúde é importante para o cumprimento da missão de cada instituição. Na realidade, em qualquer sistema de serviços de saúde, cada nível presta sempre todos os tipos de cuidados em proporções diferentes e é o peso relativo que interessa reter na programação dos serviços.

A Atenção Primária deve ser organizada para responder à grande maioria dos problemas de saúde, os quais resultam das necessidades da maioria da população mas que, embora menos complexos em termos de exigências técnicas, não são menos importantes. É uma atenção abrangente, que deve estar próxima da população, com predominância do preventivo e promocional mas que precisa ter desenvolvida a valência curativa para resolver os problemas instalados, que afligem a vida das pessoas.

A Atenção Secundária deverá estar organizada para uma resposta mais especializada, mais complexa, aos problemas que ultrapassaram o nível anterior, seja do tipo curativo ou preventivo e promocional. Os recursos exigidos são também mais complexos mas proporcionais às necessidades a esse nível.

A Atenção Terciária é o nível em que são tratados os aspectos mais complexos, exigindo a aplicação de tecnologia com sofisticação, principalmente do tipo curativo, mas também preventivo e promocional.

Deveremos evitar as abstracções que, tomando o todo pelas partes, tendem a fazer coincidir a Atenção Primária com a prevenção e promoção e a Atenção Terciária com o curativo e adoptar uma abordagem integral da saúde.

1.4 Critérios

Ao se tentar estabelecer " **um conjunto de critérios**" como instrumento de medida para a proposição das alterações a introduzir na actual rede, depara-se com uma questão fundamental:

- Como organizar a rede de serviços de saúde cabo-verdianos por forma a conjugar e otimizar a oferta de certo tipo de cuidados que se pretende para cobrir a população e a funcionalidade das diversas instituições da rede?

Essa é, talvez, a resposta mais difícil e, ao mesmo tempo a mais necessária de se obter.

Perante uma população de expressão numérica reduzida, espartilhada, naturalmente pelas ilhas, como encontrar a 'massa crítica' capaz de justificar e, sobretudo, rentabilizar tecnicamente os recursos afectados?

- Que tipo de cuidados garantir à população e a que nível prestá-los?

As reflexões a esse respeito, tentando encontrar uma 'área de saúde' óptima para Cabo Verde que pudesse reunir as estruturas existentes, acrescentando funcionalidade, incidiram sobre três conceitos: "descentralização", "municipalização" e "regionalização", que se optou tratar em conjunto como "distritalização" no capítulo 2.

Tratou-se de procurar uma base técnica 'a mais estritamente possível' para suportar decisões políticas que poderão ser tomadas, posteriormente, quanto à construção de uma rede mais adequada à realidade sócio-administrativa. Alguns conceitos utilizados mexem, de certa forma, com o *statu quo*, o que implica, por exemplo, relativizar a noção de autonomia das estruturas de saúde ditada, muitas vezes, pela divisão administrativa do país e pelo aparecimento de novos concelhos, mas convencionou-se conveniente discutir aberta e previamente essas ideias para uma uniformização, a mais possível, da 'linguagem' no processo subsequente de implantação da Carta Sanitária.

Demográficos

O número da população a servir constitui um factor importante do critério demográfico para implantação de estruturas, tanto no sentido das necessidades de saúde que ela produz, quanto no sentido da massa crítica necessária para o funcionamento de cada tipo de estrutura implantada sobretudo à medida que aumenta o nível de complexidade dos cuidados a prestar.

Esse factor deve ser ponderado com outros aspectos. A forma concentrada ou dispersa como essa população ocupa o espaço, habitando áreas urbanas ou rurais, apresenta diferentes pressões na demanda de cuidados de saúde que exigem, certamente, um equacionamento diferente das respostas.

Geográficos

Os aspectos ligados ao acesso, seja pelas distâncias a percorrer, seja pelas dificuldades a transpor devidas às condições naturais do território por ausência de vias de acesso, por exemplo, constituem factores de ponderação, obrigando, por vezes, a adoptar soluções que, à luz de outros critérios, não seriam viáveis. Por exemplo, no caso concreto cabo-verdiano são as comunidades com uma população relativamente pequena, isoladas em locais sem estrada de penetração ou em ilhas, onde as soluções serão sempre desadequadas ao tamanho das populações

Técnicos

A delimitação do nível de cuidado a serem prestados tem a ver, também, com a necessidade de se garantir a qualidade dos mesmos.

Essa qualidade, em cada tipo e nível de cuidados corresponde, numa determinada proporção, uma conjugação de recursos humanos, equipamentos e materiais compatíveis e organização para transformar esses recursos em serviço a prestar à comunidade, a que se junta a aceitação desses cuidados pela população. Portanto, a definição de cada tipo de estrutura deve conter um quadro-tipo mínimo de pessoal, de equi-

pamento e de normas de funcionamento, construído na base da missão dessa estrutura e da realidade existente em termos de recursos e adequado periodicamente, para possa de facto ser considerado como tal.

Se todos esses aspectos não estiverem suficientemente garantidos e presentes é quase certo ficarmos aquém da qualidade mínima necessária para se oferecer.

Um destaque especial vai para a noção de *cama hospitalar* que traduz uma concentração de equipamento médico e de recursos humanos qualificados e bem treinados para poder prestar um determinado nível de cuidados. A dotação das diversas estruturas e sua distribuição pelo país deve obedecer a critérios baseados numa política de rentabilização dos serviços hospitalares.

O índice de cama hospitalares por habitante constitui um factor importante na programação das estruturas de saúde e na sua repartição pelo país. Referências encontradas indicam, por exemplo para Portugal, ser desejável 2,0 camas por mil habitantes (*Portugal/DEPS, 1992, p35*) para os hospitais gerais. Para os hospitais regionais portugueses, programados para servir um milhão ou mais de pessoas, propõe-se adoptar ainda o índice de 0,18 camas por mil habitantes para as especialidades que caracterizam esse tipo de hospital: cardiologia, dermatologia, neurologia, pneumologia, urologia.

Para as unidades de internamento dos Centros de Saúde o índice considerado é de 1,0 cama por mil habitantes (*Idem, idem pág. 79*). Outras referências apontam para um índice de 0,7 camas por mil habitantes.

Formas de organização da prestação de cuidados de saúde constituem outra condição técnica importante no planeamento de estruturas de saúde. Deve-se prever a adopção concomitante de estratégias fixas e móveis de atendimento, estas sobretudo para servir populações pouco numerosas e dispersas por uma grande área, onde a implantação de estruturas não iria melhorar significativamente a qualidade dos cuidados. A estratégia tem, ainda, a vantagem de permitir a supervisão e a formação no terreno.

Político-Administrativos

Os aspectos político-administrativos constituem um critério com peso na implantação de estruturas e dependem, em grande parte das concepções políticas de saúde e da política de saúde embasadas no desenvolvimento sócio-económico do país.

Enquanto resultante, muitas vezes, de jogos de interesse, constitui um critério que pode actuar em sentidos opostos e contraditórios, levando a soluções às vezes em desacordo com as necessidades reais de saúde da população, de mandar edificar estruturas mais complexas onde caberia outro tipo de estruturas. Os problemas de gestão, de funcionamento correcto e de manutenção, resultantes são difíceis de solucionar e de tal monta que acabam por transformar essa estrutura que não contribui para resolver os problemas de saúde das populações.

2 – Distrito Sanitário em Cabo Verde: proposta

2.1 Conceito de Distrito Sanitário

[palavras-chave: descentralização - planificação - 'Distritalização'- regionalização - municipalização]

O destaque que vem sendo dado aos distritos sanitários no esforço de implantação dos Cuidados Primários de Saúde ou Atenção Primária baseia-se, fundamentalmente, na necessidade de aproximar das populações cuidados de saúde com um nível crescente de diferenciação para melhorar o seu nível de saúde.

A institucionalização de distritos sanitários inscreve-se num processo que visa aproximar os serviços das populações através da regionalização - enquanto instrumento que permite criar espaços com suficiente homogeneidade territorial e populacional para suportar uma intervenção mais profunda e de qualidade junto dessa população - e da descentralização, permitindo disponibilizar a essas regiões as competências técnicas, de decisão e materiais, indispensáveis ao seu bom funcionamento.

É, no entanto, difícil encontrar uma definição de Distrito Sanitário, ao mesmo tempo abrangente e profunda, que dê conta das várias realidades sanitárias nos diferentes países e nas diferentes regiões de cada país. A Organização Mundial de Saúde adoptou, em 1986, uma definição na qual considera o Distrito Sanitário como *"uma parte circunscrita do sistema nacional de saúde baseada nos Cuidados Primários de Saúde"*. Considerava, então, uma série de requisitos necessários para dar conteúdo ao distrito:

- (a) uma população definida;
- (b) uma área geográfica e administrativa claramente delimitada;
- (c) todas as instituições e indivíduos que prestam cuidados de saúde no distrito (de natureza governamental, não governamental, segurança social e sectores privados e tradicional);
- (d) uma prática integrada de prestação de cuidados de saúde através de actividades promocionais, preventivas, curativas e reabilitativas;
- (e) uma variedade de elementos sócio-económicos interrelacionados que contribuem para a saúde: habitação, lugar de trabalho, comunidade.

Torna-se evidente que a organização do distrito depende da situação específica de cada país. Há, contudo, alguns princípios gerais, proclamados desde Alma Ata, que devem ser prosseguidos na implantação do sistema de saúde do distrito:

- 1) Equidade
- 2) Acessibilidade
- 3) Ênfase na promoção e prevenção
- 4) Descentralização
- 5) Acção intersectorial

- 6) Envolvimento comunitário
- 7) Integração dos programas
- 8) Coordenação entre os diversos níveis de atenção de saúde.

2.2 - Distrito Sanitário em Cabo Verde

No caso concreto de Cabo Verde a divisão administrativa em Delegacias de Saúde não nos parece responder a todos os requisitos para que estas sejam consideradas distritos sanitários funcionais, no sentido apontado pela OMS.

Por isso, é cada vez maior a necessidade da reorganização dos serviços de saúde em distritos para suportar o salto de qualidade que a melhoria das prestações de saúde requer. Uma solução viável poderá ser a **via da regionalização** em que o Distrito Sanitário resultante da junção funcional de Delegacias de Saúde próximas, seja assumido nas suas três vertentes:

- a) *conceitual*, enquanto um processo criativo e contínuo para modificar a forma de organização e o conteúdo das acções e serviços de saúde e atender mais eficazmente às necessidades de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social recriado.
- b) *organizativa* para, num certo espaço geográfico, populacional e administrativo, 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 satisfazer uma gama maior de necessidades de saúde da população.
- c) *tecnológica*, pressupondo o desenvolvimento de um nível tecnológico que suporte a oferta de cuidados essenciais, adequados ao volume e tipo de problemas de saúde da população da área.

Não se trata, pois, da criação de mais uma estrutura, nem de esvaziar o conteúdo funcional das Delegacias de Saúde, já que estas mantêm o seu papel de interlocutores sanitários privilegiados no âmbito da municipalização dos serviços de saúde mas, sobretudo, de um conceito organizacional na busca de maior funcionalidade racional das instituições da saúde nas áreas de saúde recriadas e da melhoria quantitativa e qualitativa das prestações, baseada:

- em novas relações entre as estruturas sanitárias de Delegacias de Saúde situadas em municípios afins e
- na afectação do Hospital Regional ao conjunto das Delegacias de Saúde nessa área e na sua autonomia técnica e administrativa.

Implica, portanto, uma descentralização do poder de decisão e dos recursos para as Delegacias de Saúde abrangidas, que dê substância a autonomia suficiente para gerar uma capacidade organizativa e de gestão dos serviços de saúde.

Um dos maiores problemas da organização dos serviços de saúde em Cabo Verde resulta da divisão geográfica e administrativa do país. A maioria das Delegacias de Saúde serve uma população muito limitada, que dificilmente justifica a existência duma estrutura hospitalar, baseada em critérios modernos de eficiência e de utilização dos recursos.

O sistema de distrito de saúde, baseado nos cuidados primários, compreende o envolvimento do indivíduo, da família e da comunidade nas decisões que dizem respeito às prioridades e programas em matéria de cuidados de saúde. Compreende, também, todos os profissionais e os estabelecimentos de saúde, seja os de primeiro contacto seja o hospital de distrito/regional e os serviços de apoio apropriados.

Em Cabo Verde, como em alguns outros países membros da OMS, tem sido difícil, por razões diversas, fazer coincidir o Distrito Sanitário à área administrativa.

A maior parte dos concelhos do país, dado a pequenez da superfície do território e, sobretudo, pela sua população bem restrita, não viabiliza ou rentabiliza a aplicação de certas tecnologias de saúde exigidas pelo nível hospitalar secundário. Encontra uma solução intermédia, aceitável no modelo existente de centros de saúde, os quais oferecem uma "unidade hospitalar" com um número limitado de camas para internamentos de medicina geral. Embora se possa sempre melhorar as soluções oferecidas por estes Centros, sobretudo se os mecanismos de referência funcionarem convenientemente, essas áreas continuarão, contudo, como 'distritos sanitários incompletos'.

Mesmo onde existe um Hospital Regional, não se pode falar verdadeiramente de um Distrito Sanitário. Os HR de Cabo Verde sofrem problemas específicos. Funcionam como se fossem Centros de Saúde maiores, por não satisfazerem as definições internacionais duma estrutura hospitalar de 1º nível de referência (secundário), ao não oferecer serviços permanentes de cirurgia, de emergência nem os elementos essenciais de obstetrícia, entre outros. Apenas R.^a Grande começa a responder a essas condições mas ainda com alguma precariedade.

Um outro problema básico é que o HR não tem um estatuto próprio definido. Está sob gestão directa do Delegado de Saúde do Concelho onde fica colocado, sem gestão própria, sem orçamento próprio, sem manutenção apropriada e com poucas funções de formação/supervisão.

Nas hipotéticas áreas de captação dos hospitais regionais existem núcleos populacionais, geograficamente bem colocados, que poderiam justificar uma retaguarda hospitalar mais desenvolvida. Contudo, geralmente, os utentes nem sempre aceitam bem uma referência no sentido "*para a periferia*", com argumentos que perfilam entre um sentimento de não beneficiarem o suficiente da qualidade percebida dos cuidados aí prestados, a fraca ligação por transportes públicos e ao facto de terem, com maior frequência, familiares nas cidades. Assim, por exemplo, os doentes de St.^a Cruz dificilmente aceitam uma referência para Assomada, preferindo Praia. O mesmo acontecerá com doentes de Porto Novo, que, tradicionalmente, tem maior tendência para se deslocarem a São Vicente. Mas, mesmo nesta assunção, o Hospital Regional da Santa Catarina tem uma área de captação de cerca de 90 000 habitantes. Fogo, considerando Brava parte da área de captação, pode prestar serviços secundários essenciais a mais de 40 000. O Hospital de R.^a Grande ainda serve mais do que 35 000 habitantes.

Assim, a área de captação de dois dos três hospitais regionais é inferior ao tamanho recomendado internacionalmente de 50 000 a 250 000 habitantes. Mas, não ficando muito longe disso, torna-se indispensável pensar em modelos de coordenação entre as delegacias de saúde abrangidas a fim de se chegar a um tipo de **distrito sanitário** mais completo e operacional. A experiência existente dos gabinetes técnicos intermunicipais pode ser uma opção a estudar e servir de exemplo.

2.2.1 - Disparidades regionais e heterogeneidades

A relação população servida por unidade conhece diferenças marcadas em Cabo Verde. As unidades de saúde nas ilhas menores e com população dispersa, servem, necessariamente um número limitado de população: Boa Vista ($\approx 1\,750$ hab./unidade), Maio ($\approx 2\,500$ hab./unidade) e São Nicolau ($\approx 3\,400$ hab./unidade). As duas cidades principais, naturalmente, concentram a maior população por unidade (Praia e São Vicente $\approx 13\,000$).

No entanto, é no interior de Santiago onde se nota a disparidade regional mais desfavorável quanto ao acesso funcional: Stª Catarina ($\approx 14\,000$ hab./unidade), Stª Cruz e Tarrafal ($\approx 13\,000$ hab./unidade), tem uma população por habitante que ultrapassa a que noutras ilhas corresponde à sua população total ou à dum concelho inteiro. Mas são os Postos Sanitários de São Domingos, Órgãos, Picos e Calheta, tradicionalmente funcionando com um ou dois enfermeiros (muito recentemente foi colocado um médico nesses Postos, à excepção de Órgãos) e equipamentos restritos, que enfrentam maiores problemas em assegurar o acesso funcional para a sua área de captação. Sendo povoações que se encontram à beira das estradas principais, é natural que a população aproveite o acesso relativamente fácil ao Hospital Central da Praia.

Em função da heterogeneidade natural do país, condicionado pela insularidade e pulverização territorial, pelas diferenciações nos graus de acessibilidade geográfica dentro de uma mesma ilha, pela diversidade do povoamento, pelas dificuldades de mobilidade intra-ilhas e, sobretudo inter-ilhas, fica difícil e, as vezes, pouco prática estabelecer critérios nacionais, aplicáveis a todos os cantos, para um reordenamento da rede prestadora de cuidados de saúde.

Esse reordenamento engloba não só o dimensionamento e distribuição das infra-estruturas e a afectação dos recursos humanos e materiais, mas sobretudo o desempenho de um leque de actividades de promoção, prevenção e recuperação dos indivíduos e das comunidades. Exige, por isso, uma partilha de recursos por áreas, baseada numa homogeneidade possível, com o fim de:

- assegurar serviços de saúde acessíveis a todos os cidadãos;
- descentralizar técnica e administrativamente os serviços;
- racionalizar a oferta dos serviços, evitando duplicações e aumentando a sua rentabilidade;
- adoptar um modelo de gestão adaptado à realidade nacional.

As heterogeneidades e disparidades regionais de Cabo Verde colocam problemas que requerem soluções diferentes. Se não coloca grandes desafios falar-se de Distrito Sanitário, referindo-se a Santo Antão, Fogo/Brava, Mindelo, Stª Catarina/Tarrafal e Praia/Santa Cruz, as dificuldades aumentam quando se pretende equacionar a questão relativa as ilhas mais pequenas ou com menor população.

Destas, **Sal** destaca-se porque apresenta-se numa posição intermédia e, portanto, desafiante. Apesar da demanda de cuidados, própria de um meio urbano e das exigências específicas pela posição dessa ilha relativa ao turismo e ao aeroporto internacional, as quais levantam a tentação de se instalar uma estrutura física do tipo hospitalar (H R) o volume de problemas de saúde apresentado pela população não atinge um limiar suficiente para tornar funcional uma estrutura desse tipo e poder, assim, representar uma melhoria

na oferta de cuidados e no atendimento, sobretudo se for comparada com o volume de investimentos requerido.

A título de exemplo, os dados referentes ao Sal em 1995, apontavam para:

- 26 camas com uma taxa de ocupação de 38%;
- 1 046 doentes internados no ano, dando, em média, o internamento de 87 doentes por mês;
- 2 511 dias de hospitalização, correspondendo uma demora média de 2,4 dias;
- Dos 330 partos esperados entre a população do Sal no ano, ocorreram no CS 186 partos ao que corresponde uma taxa partos assistidos de 57% e à realização de um parto a cada 2 dias, em média;
- Para uma população de $\approx 10\,000$ habitantes foram realizadas, em 1995, 28 200 consultas, correspondendo a 2,8 consultas/habitante¹ ou a aproximadamente 105 consultas por dia útil (≈ 270 D /ano).

A interpretação desses dados leva-nos a concluir que a unidade de internamento do CS do Sal é solicitada em menos de metade da sua capacidade, em contraposição ao número de consultas por habitante (ambulatório) acima da média nacional.

Uma provável intervenção racional e técnica no Sal será menos no sentido da construção duma estrutura hospitalar regional (HR) e mais na reorganização e rendibilidade da capacidade existente – um CS programado para responder à realidade específica da ilha, mesmo perante a hipótese de uma nova construção e um equacionamento em separado das respostas às questões colocadas pelo turismo e pelo aeroporto.

S. Nicolau, Brava, Boa Vista e Maio pelo isolamento natural e de comunicações e pelo volume relativamente diminuto da população, se não poderão constituir distritos sanitários auto-suficientes terão, também, dificuldades naturais em integrar distritos (regiões) sanitários próximos, embora se deva trabalhar nesse sentido.

Cada uma dessas situações requererá soluções adaptadas - que não competem apenas ao sector específico da saúde -, desde o estabelecimento de referências mais em consonância com o fluxo habitual da população e visitas programadas e regulares de técnicos especialistas, a outras que extravasam as competências específicas do sector saúde, para garantir um acesso facilitado aos cuidados secundários a serem necessariamente procurados noutras ilhas. Por exemplo, uma questão de importância fundamental, é a garantia das ligações aéreas ou marítimas mais frequentes e regulares, a disponibilidade de uma barco com funções polivalentes (Brava) mas com algum preparo para realização do escoamento rápido nas poucas situações de emergência que acontecem, são soluções mais factíveis e realistas que irão melhorar a aproximação entre a população e os serviços de saúde.

Implantar estruturas hospitalares nessas ilhas, em vez de adaptação das unidades de internamento dos Centros de Saúde às condições existentes, irá redundar, certamente, na prestação de cuidados de saúde com menor qualidade: a) a atenção dos utentes e dos técnicos ficará ainda mais focalizada para a assistência hospitalar; b) os recursos serão desviados para fazer funcionar uma unidade hospitalar que, no entanto,

¹ Dados da Delegacia de Saúde do Sal

oferecerá pouco mais do que o CS mas a um custo muito maior e c) a expectativa desenvolvida entre a população rapidamente será frustrada pela falta de resposta aos seus novos anseios.

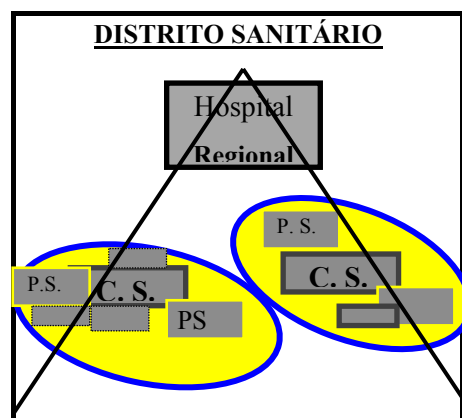
2.2.2 - Estabelecimentos de saúde e sua hierarquia num Distrito Sanitário

A noção fundamental no Distrito ou Região Sanitária, enquanto *um processo social de mudança das práticas sanitárias*, assenta sobre a possibilidade de oferta de uma gama maior de cuidados de saúde de qualidade que englobe o ambulatório, o atendimento permanente, o internamento e, pelo menos, serviços essenciais de cirurgia e obstetrícia de nível secundário.

Pressupõe, portanto, que a estrutura física e organizacional de suporte à funcionalidade do distrito deverá possuir um conjunto de unidades de saúde, hierarquizadas em pirâmide, em função da complexidade dos cuidados a prestar, tendo na base os:

a) - Centros de Saúde [+ PS e USB]

Teoricamente, os CS não deveriam ter um serviço de internamento mas apenas dispor dum serviço de atendimento ambulatorio, quer devido às suas competências fundamentais e aos níveis médios de complexidade exigidos na prestação de cuidados, quer pelos aspectos económicos e financeiros ligados à construção e funcionamento. Com efeito, desaconselha-se construir hospitais que obedeçam à tecnologia moderna, com internamentos da ordem de 15-30 camas ou mesmo mais, devido aos custos de investimento e de exploração demasiadamente elevados para poderem servir de justificação (Caetano, 1987, pp 233-234).



Nessa ordem de ideias, qualquer Centro de Saúde deveria ter uma intervenção semelhante a dos existentes ou pensados para os lugares próximos duma estrutura hospitalar. No entanto, as condições concretas de Cabo Verde aconselham a considerar nos Centros de Saúde uma componente hospitalar. Estando a maior parte dos nossos Centros de Saúde em locais isolados, alguns até com um volume significativo de atendimentos, devem poder dispor de uma unidade de internamento, para que a população servida possa ter acesso a um tratamento hospitalar ao nível primário. O número de camas instaladas deverá ser calculada proporcionalmente à população.

Mas o fundamental na determinação da dimensão e organização do serviço de internamento deverá ser a ponderação entre o que é, realmente possível oferecer à população, em termos de qualidade dos cuidados e a harmonia que deve existir na oferta dos diferentes tipos.

Talvez o desenvolvimento do conceito de um **hospital local** para essa unidade de internamento, nos aspectos de organização técnica e de gestão, em paralelo e igualdade de tratamento com os outros sectores de intervenção do Centro, seja um provável ponto de equilíbrio entre as aspirações das populações (que já assim chamam os CS) e a resposta dos serviços de saúde.

- ⇒ Os Centros de Saúde serão tomados como a *unidade funcional mais periférica*, próxima da população, que oferece cuidados médicos e de enfermagem, nas vertentes curativa e preventiva.
- ⇒ Os Postos Sanitários e as USB à volta do CS funcionarão como estruturas na dependência técnica destes e como suas extensões, para aproximar e assegurar a permanência de determinados cuidados essenciais e primários (solicitados por um maior número da população). Significa que a programação das actividades dos CS deverá incluir o funcionamento dessas extensões, e que os Postos e USB são o lugar para suportar o trabalho quotidiano ali desenvolvido pelos técnicos permanentes e para as deslocações regulares e periódicas de equipas para intervenção e supervisão.
- ⇒ Os Centros de Saúde terão por fundamento a prestação de uma *atenção primária de qualidade*, integrada e contínua, com destaque para a garantia de um serviço de atendimento permanente.
- ⇒ Terão uma função hospitalar acoplada, *de internamento*, com excepção dos situados nos meios urbanos.

b) - Hospital Regional /do Distrito

No vértice da 'pirâmide distrital' deverá estar uma estrutura de saúde de primeira referência, capacitada para oferecer uma gama de *cuidados essenciais, do nível secundário*, prestados directamente por demanda dos utentes ou por referência dos Centros de Saúde. Entre esses cuidados, por serem fundamentais para dar conteúdo e se poder falar de um Hospital Regional, serão indispensáveis a presença dos seguintes:

- atendimento de referência (ambulatório)
- atendimento de urgência / emergência permanente
- obstetrícia essencial (incluindo cesariana)²
- pediatria
- cirurgia abdominal de urgência
- traumatologia de urgência (fracturas expostas)
- internamento

Para que o HR possa prestar esses cuidados, com a qualidade necessária, ele precisa de atender a uma área de captação com um volume de problemas suficiente que justifique a concentração realista, tecnicamente recomendada, dos recursos humanos e materiais, para garantir uma produtividade e uma optimização, de acordo com as condições sócio-económicas e financeiras do país.

² Estatisticamente, tomando uma taxa de natalidade de 30/1000:

Numa população com 50000 hab. (mínima assumida internacionalmente para um hospital) pode-se esperar que nasçam, num ano 1.500 crianças. Nesse caso, uma maternidade que satisfaça, teoricamente, a 100% da assistência aos partos deve ter uma capacidade para fazer 125 partos por mês ou seja um pouco mais de 4 partos /dia.

No outro limite (de 250 000 hab.) deve-se preparar para receber 7500 crianças recém-nascidas. Os números anteriores serão multiplicados por 5: 625/ mês ou 21 por dia.

Se 10% dos partos precisarem de uma cesareana ou outra intervenção (média do HAN em 1997), deve-se prever uma intervenção cirúrgica cada 5 dias no primeiro caso ou 2 cesareanas diárias no segundo caso].

O HR deverá ganhar progressivamente a sua autonomia, a começar por uma direcção própria que se ocupe da gestão clínica e administrativa do mesmo.

Um Hospital Regional, qualquer que seja a população coberta, não pode, tecnicamente, funcionar com uma única equipa de obstetrícia, por ex.:, sob pena desta ter que estar 24 horas por dia, 30 dias por mês, de plantão. Mas também não deve (não pode), económica e financeiramente dispor de duas equipas para seguir a média de 4 partos normais diários e de 1 distócico cada 5 dias. Como, na prática, não é possível ter a disponibilidade permanente dessa equipa nessas condições, fica, à partida, comprometida a qualidade dos cuidados a serem prestados, nomeadamente no respeitante à continuidade e permanência e, provavelmente estar-se-se a prestar um pior cuidado. Também porque com essa estrutura física se aumenta as expectativas da população, entretanto não satisfeitas, contrariando a satisfação dos utentes.

Portanto, não é recomendável construir hospitais regionais, por exemplo, em cada município se não estiverem garantidas as condições do seu funcionamento, apenas por uma questão de disponibilidade momentânea de recursos ou de afirmação local. Dispersar os recursos, através de uma 'pulverização' dos HR não significará, necessariamente, aumentar o acesso das populações a esses recursos. Em alternativa, será melhor aumentar a capacidade de resposta dos existentes com o reforço dos recursos e da sua funcionalidade, e pôr a funcionar uma rede de serviços hierarquizados e complementares, mesmo que, para isso, seja necessário juntar populações. Defendemos essa última alternativa.

2.2.3 Como fazer nos Concelhos onde estão sediados os Hospitais Centrais?

Os Hospitais Centrais de Praia e Mindelo prestam cuidados de saúde que cabem nos 3 níveis de complexidade dos cuidados de saúde e, certamente irão continuar a prestá-los. Face à estimativa de que entre 60-75%³ da atenção no HAN é primária e secundária, o que importa é inverter a proporcionalidade como são prestados, para dar maior peso aos terciários os quais deverão constituir o objecto principal de intervenção dum hospital desse nível.

Há que delimitar esses níveis, como base para uma programação correcta das intervenções e da correspondente afectação de recursos, e resultante melhoria da eficácia e da eficiência das prestações.

Com a criação e funcionamento da rede de Centros de Saúde, já prevista para a cidade da Praia (Projecto de Saúde Urbana) e com implantação duma organização semelhante em Mindelo, poder-se-á aumentar substancialmente a qualidade da atenção primária oferecida e, conseqüentemente, aliviar o peso dos cuidados primários e de boa parte dos secundários ambulatoriais, nessas estruturas.

Quanto aos cuidados secundários hospitalares, não havendo lugar, do ponto de vista técnico e financeiro, para uma separação física dos locais onde serão prestados, com, por exemplo, a implantação dum Hospital Regional individualizado na Praia ou no Mindelo, pelo menos no universo temporal em que trabalha-

³ Saúde Urbana para a Cidade da Praia, elaborado por Saniplan a pedido de Cabo Verde e União Europeia, 1996

mos, torna-se fundamental encarar essas funções que os H.C. vem desempenhando, na busca duma delimitação para que a sua falta não comprometa o desenvolvimento da vertente terciária.

Com efeito, os nossos Hospitais Centrais, de âmbito nacional, suportam uma grande carga com o atendimento secundário, devido às populações a que dão um acesso directo, em boa parte porque estas não têm outra alternativa e essa resposta irá manter-se por mais tempo.

Ora, as exigências técnicas - de capacidade instalada e de recursos humanos - são menos complexas e menos caras que as do nível terciário. Se não houver uma preocupação constante em estabelecer e actualizar os limites entre esses níveis e respectivos recursos afectados, poderão ficar comprometidas a eficácia das respostas, a eficiência e a relação custos-benefícios.

É preciso, portanto, separar, conceitual e tecnicamente, o que é do nível secundário do terciário nas várias actuações do H.C.. Algumas estão claramente colocadas num ou noutro nível mas, por exemplo, que parte do internamento de clínica médica ou pediátrica é secundário ou é terciário? Os partos, mesmo os distócicos, são do nível secundário ou do terciário? Todas as intervenções cirúrgicas são do nível terciário?

Uma das consequências da insuficiente separação dos níveis é que os investimentos em formação especializada, em equipamentos de ponta e em instalações apropriadas para produzir cuidados do terceiro nível (e/ou quaternário) ou não são feitos por falta de recursos, ou são utilizados para fazer coisas menos complexas.

É nesse sentido de racionalização e funcionalidade que se tenta individualizar a vertente Hospital Regional nos HAN e HBS.

2.3 - Áreas de captação dos Distritos Sanitários

O Distrito Sanitário em Cabo Verde será, portanto, compatível com a organização/junção do território e da população abrangidas por Delegacias de Saúde (municípios afins) para se ter uma área de captação que garanta uma 'massa crítica' suficiente para sustentar e justificar:

- ⇒ uma *prática integrada* de prestação de cuidados de saúde através de actividades promocionais, preventivas, curativas e reabilitativas;
- ⇒ uma *produtividade 'técnica'* suficiente para garantir um nível de complexidade e as pré-condições de qualidade;
- ⇒ uma *optimização*⁴ dos recursos investidos ou alocados ao distrito.

Nesta óptica, propomos um modelo possível de organização dos distritos sanitários, com as seguintes áreas de captação:

⁴ "Os efeitos dos cuidados são avaliados não de forma absoluta mas em relação aos custos, procurando o equilíbrio entre custos e benefícios. Numa curva ideal o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos que tais "adições" não valem mais a pena ser introduzidas.

- ⇒ **Distrito Sanitário (Região Sanitária) de Santo Antão**
abrangendo as delegacias de saúde de R.^a Grande, Paúl e Porto Novo (parte⁵), com sede na vila de R.^a Grande;
- ⇒ **Distrito Sanitário do Fogo e Brava**
abrangendo as delegacias de saúde de S. Filipe, Mosteiros e Brava (parte⁶), com sede na cidade de S. Filipe;
- ⇒ **Distrito Sanitário de Santiago Norte**, (ou Interior de Santiago ou outro nome)
abrangendo as delegacias de saúde de St.^a Catarina, Tarrafal, Calheta e St.^a Cruz (parte⁷), com sede na vila de Assomada;
- ⇒ **Distrito Sanitário de Santiago Sul** (ou outro nome)
abrangendo as delegacias de saúde de Praia, S. Domingos e St.^a Cruz, e servindo de referência privilegiada a Maio e parte⁸ das delegacias de saúde da Brava, Sal e Boa Vista, com sede na cidade da Praia.
- ⇒ **Distrito Sanitário do Mindelo** (ou outro nome)
para a delegacia de saúde de S. Vicente, servindo como referência privilegiada a S. Nicolau e parte⁹ das delegacias de saúde de P. Novo, Sal e Boa Vista, com sede em Mindelo;

2.4 Processo gestonário do Distrito Sanitário

O Distrito Sanitário é, pois, um conceito fundamentalmente **funcional**, com carácter supra-municipal, na busca de uma racionalidade, sobretudo técnica, menos do que uma correspondência à alguma divisão administrativa. Não esvazia os conteúdos da Delegacia de Saúde, que se manterão como a autoridade sanitária, interlocutor dos órgãos do poder a nível concelhio e, portanto, que cuidará do processo quotidiano de gestão sanitária. Antes pelo contrário, reforça o papel destas ao fazê-las participar no processo gestonário de uma área com maior capacidade, em termos da prestação de cuidados mais diferenciados à população sob sua alçada sanitária.

Um figurino possível de Direcção da Região Sanitário será colegial, do tipo **deliberativo - planificador - programático**, tomando as grandes decisões com repercussão na prestação de cuidados com impacto no nível de saúde das populações. Reuniria num "Comité do Distrito" os Delegados de Saúde envolvidos, o Director Técnico do HR, Representantes Municipais de Saúde e Promoção Social e Representantes da Sociedade Civil.

⁵ Considera-se 'parte' por causa do fluxo natural e habitual da população de PN para S. Vicente.

⁶ Considera-se 'parte' por causa do fluxo natural e habitual da população da ilha Brava para Praia.

⁷ Considera-se 'parte' a população limítrofe de Santa Catarina que tem maior acesso a Assomada.

⁸ 'parte' porque a Brava será dividida com Fogo e Sal e Boavista serão referidos para Praia ou Mindelo

⁹ 'parte' porque Porto Novo será dividido com R.^a Grande e Sal e Boavista serão referidos para Mindelo ou Praia

Uma alternativa que se propõe é uma presidência rotativa entre os Delegados de Saúde, para se garantir a equidade de participação, a potenciação das experiências de cada um e se evitar a tentação hegemónica da Delegacia de Saúde que alberga o H. R.. Outra alternativa é a eleição do Presidente no seio do “Comité de Distrito” ou de outro colégio eleitoral que se venha criar.

O nível executivo das decisões seria, sobretudo da responsabilidade dos Delegados de Saúde e sua equipa para os respectivos concelhos, do Director Técnico para o HR, e dos responsáveis camarários.

3 - Hierarquia da rede de estruturas de saúde e respectivos conteúdos funcionais

A evolução da organização do sistema de serviços de saúde cabo-verdianos aponta para a diferenciação de níveis com base, fundamentalmente, no aperfeiçoamento da qualidade das prestações que cada um poderá oferecer à população cabo-verdiana.

Partindo da realidade existente no país quanto à implantação das estruturas de saúde, onde se ressalta a grande variabilidade dos tipos observados e aos indicadores mais frequentemente encontrados no inquérito, propomos a adopção dos seguintes critérios no reajustamento da rede e na sua hierarquização, com indicações sobre conteúdos funcionais a reter para cada conjunto de estruturas.

3.1 Nível Primário

De âmbito municipal, o nível primário presta cuidados promocionais, preventivos e curativos e, nessa tarefa é suportado:

- Na linha da gestão, pela Delegacia de Saúde enquanto Administração Concelhia de Saúde;
- Na linha de prestação de cuidados, pelos Centros de Saúde (com ou sem unidade de internamento) e suas extensões – Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base.

3.1.1 – CENTROS DE SAÚDE

“São instituições através da qual se presta uma atenção primária de saúde a indivíduos e famílias, considerando estas como elementos de uma comunidade com os seus problemas, necessidades e comportamentos”.

A atenção primária engloba acções de carácter preventivo, curativo (diagnóstico, tratamento e referência aos níveis diferenciados) cuidados de reabilitação (que a este nível não requerem pessoal nem material especializado) e medidas de promoção da saúde. Os Centros de Saúde possuem uma equipa de saúde chefiada por um médico e dispõem duma rede de extensões, para aproximar a prestação de cuidados das populações.

Estrutura física

As heterogeneidades do país não nos permitem considerar um único tipo de Centros de Saúde (CS), se tivermos em conta a população atendida, as condições de acesso das populações aos CS e destes aos níveis de referência.

Por isso, os Centros de Saúde devem organizar-se, sobretudo com base no conteúdo funcional, no número da população a servir e nos cuidados a prestar, de dois tipos: os ambulatoriais e os hospitalares, com inter-

namento. Recomenda-se conceber os CS em módulos funcionais, para responder de uma forma organizada aos serviços ambulatoriais, de internamento e de apoio.

No caso dos centros de localização urbana (CSU), perto de instituições hospitalares, regionais ou centrais, a função de internamento não se justifica, ao menos por enquanto.

- ◆ O critério 'população' não pode ser considerado isoladamente pelas heterogeneidades constadas (8 CS com menos que 10 000 hab.; 7 entre 10 000 e 20 000 e 2 acima de 20 000). A implantação ou transformação deve ocorrer:
 - nas sedes dos concelhos;
 - em aglomerados populacionais até 30 000 habitantes;
 - Nos Centros de Saúde nas cidades (CSU) considerar uma população entre 15 000 e 35 000.
- ◆ Geograficamente os CS devem poder:
 - garantir um acesso facilitado a, pelo menos 70% da população servida, a ½ hora de distância do local de residência. Pelo menos 90 % dessa população deverá estar até uma hora de distância (68% a menos de ½ hora e 14% a mais de 1 hora), tendo em atenção os aspectos ligados ao acesso:
 - geográfico – estradas de penetração e outras vias de comunicação; insularidade; fluxo migratório habitual da população, entre outros;
 - económico – custos das deslocações para os utentes; apoio familiar no locais do sentido mais habitual do fluxo; comparticipação nos custos dos cuidados etc.
- ◆ A unidade de internamento dos CS – o Hospital local –, com excepção dos CSU, deve ser programada tendo em conta:
 - * O dimensionamento, em princípio, na base de 0.7 a 1.0 cama x 1 000 habitantes;
 - * a noção de "extensão do internamento feito no HR", para melhor se garantir: a complementaridade; o apoio do HR, incluindo a deslocação de especialistas e, sobretudo, um melhor atendimento aos utentes;
 - * *curta duração do internamento*, com um tempo suficiente para uma certeza do diagnóstico e instituição da terapêutica ou para decidir pela sua transferência;
- ◆ Todo o Concelho deve dispor, pelo menos, dum Centro de Saúde como a entidade municipal de prestação de cuidados, independentemente da sua população.

Equipamentos – tipo

(ver anexo)

Quadro de Pessoal

(ver quadro)

Conteúdo funcional (Prestações)

Os CS devem poder organizar as seguintes áreas de saúde, em função da população abrangida, para o que terão a tecnologia necessária disponibilizada:

Para garantir as funções **ambulatórias** o CS deve poder oferecer serviços de:

- Urgências permanentes, em regime de chamada e/ou turno, garantindo também a realização de actos especializados. No caso dos CSU, consoante o caso, deverão oferecer urgências por períodos entre 12 a 24 horas por dia;
- Consultas programadas de medicina geral, incluindo o seguimento de doentes de evolução prolongada (crónicos), com o objectivo de reduzir o atendimento urgente aos casos reais;
- Visitas itinerantes programadas (médica, do enfermeiro e da equipa de PMI/PF) aos PS e USB do Concelho e recepção de especialistas, vindos dos HR e HC;
- Vigilância à saúde individual:
 - Atendimento integral à mulher
 - Atendimento integral à criança
 - Saúde escolar
 - Saúde mental
 - Saúde oral
 - Saúde ocupacional
 - Profilaxia das doenças evitáveis
 - Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis
 - Oftalmologia não especializada (nesse nível, sem recurso a meios sofisticados)
 - Otorrinolaringologia (nesse nível, sem recurso a meios sofisticados)
 - Reabilitação
 - Acção medico-social integrada.
- Garantia de evacuação referenciada de doentes cuja situação clínica ultrapassa a capacidade técnica instalada no Centro de Saúde;
- Exames complementares de diagnóstico de Análises Clínicas (num laboratório ou posto laboratorial para recolha das amostras e entrega dos resultados);
- Radiologia para tórax e ossos;
- Ecografia;
- Higiene do meio ambiente.

Os **cuidados de internamento**, prestados pela organização de um hospital local, em escala diferente e proporcional à dimensão da população a servir, devem incluir:

- Internamento para situações de complexidade passível de serem diagnosticadas e tratadas com qualidade, com os recursos disponíveis a esse nível, em:
 - Medicina geral
 - Pediatria médica
- Internamento de doentes de evolução prolongada, para serem seguido numa estrutura de menores custos e para aproximar o doente do apoio familiar;
- Promoção e assistência a partos hospitalares¹⁰, por forma a melhorar, significativamente a qualidade e a quantidade de partos assistidos e contribuir para a redução das mortes maternas e da mortalidade peri-natal.

3.1.2 POSTOS SANITÁRIOS

São instituições de saúde do nível de Atenção Primária, consideradas extensões intermediárias dos CS, com um equipa residente, chefiada por um enfermeiro geral.

Estrutura física

Não obstante a diversidade da população atendida por cada um dos PS, em número e dispersão relativamente ao acesso, pode-se considerar que a estrutura base a ser adaptada a cada situação deverá dispor, como mínimo indispensável os seguintes espaços:

- 1 ou 2 salas para atendimento ambulatorio (consultório e apoio às equipas móveis) com medidas mínimas de 2,40x2,70 m;
 - 1 sala para atendimento permanente (urgências e tratamentos);
 - 1 sala com 2 camas de observação de muito curta duração, (ou 2, em função da população) que não fazem parte do cômputo geral de leitos hospitalares. (A área mínima para uma cama é de 3 m²);
 - 1 sala de partos (com uma cama standard e equipamentos mínimos incluindo uma fonte de luz) com, no mínimo 12 m²;
 - 1 área de serviços – lavagem de material, esterilização, etc.;
 - 1 área de expansão futura.
- ♦ São programados para servir uma população, em princípio, até 7 500 habitantes.
 - ♦ Os PS devem servir uma população que habite, pelo menos em 60% até ½ hora de distância e 85% até 1 hora para o acesso aos cuidados esteja garantido (*47% a menos de ½ hora; 25% a mais de 1 hora*).

¹⁰ Segundo a OMS, os **cuidados obstétricos essenciais básicos**, praticados a nível dos Centros de Saúde englobam: a) administração parenteral de antibióticos, oxitócicos e sedativos (eclâmpsia); (b) a remoção manual da placenta e (c) a remoção de restos de produtos retidos;

Equipamentos – tipo

(ver anexo)

Quadro de Pessoal

- Enfermeiro geral;
- ASB/Auxiliar PMI;
- Ajudante de Serviços Gerais.

Conteúdo funcional (Prestações)

Os Postos Sanitários devem poder atender à população, quer pela equipa residente quer pelas equipas do Centro de Saúde que se deslocam com uma periodicidade necessária e regular, designadamente nas áreas de:

- **Medicina geral, com seguimento de doentes crónicos;**

Consulta médica geral e de referência para as situações clínicas novas; prescrição de esquemas terapêuticos a doentes crónicos e seu seguimento, com transmissão à equipa local das medidas a tomar em relação a essas situações;

- **Saúde materna**

O desenvolvimento e aplicação do conceito de atendimento integrado à mulher para uma melhoria da qualidade das respostas - pré-natal; partos simples com episiotomia; cura vaginal; cura umbilical; cuidados aos RN; consulta pós-parto; PF sem inserção de DIU; triagem ginecológica e de grávidas.

- **Saúde infantil**

Igualmente deve-se privilegiar um atendimento integral à criança que demanda cuidados de saúde nos PS, fazendo-lhe a vacinação; a vigilância do crescimento e desenvolvimento; a triagem para problemas de saúde; a rehidratação por via oral/RVO; a promoção do aleitamento materno; a reabilitação de base comunitária e o aconselhamento nutricional.

- **Vigilância à saúde e ao meio ambiente**

Actividades preventivas, incluindo a profilaxia das doenças evitáveis, promocionais da saúde dos indivíduos e do meio ambiente, constituem outra tarefa que deve ser implementado nos PS, englobando desde visita domiciliar a doentes com aconselhamento e tratamento a visitas às escolas e estabelecimentos comerciais, ao controle dos pontos de abastecimento de água até à promoção de hábitos e comportamentos saudáveis.

- **Cuidados permanentes de enfermagem**

Os cuidados permanentes de enfermagem (actividades curativas) devem englobar o atendimento na urgência em regime de chamada, na consulta de casos novos, com prescrição ou triagem para consulta médica e no seguimento de doentes com situações crónicas (Diabetes /Hipertensão arterial/Doença Mental /Tuberculose).

Inclui, ainda, os tratamentos realizados pelos enfermeiros e demais pessoal: drenagem de abscessos; suturas; curativos; injeções intramusculares e intravenosas; a rehidratação intravenosa e a vigilância de doentes internados em observação, incluindo a administração de medicamentos. A esterilização de material deve constar das tarefas rotineiras dos PS.

A extracção dentária, que vem sendo feita em alguns PS mais por iniciativa de alguns enfermeiros, deverá constar do pacote das urgências, como uma solução a um problema específico, mas enquadrado, o máximo possível, no programa de saúde buco-dentária.

Faz parte integrante do conteúdo funcional dos PS as actividades desenvolvidas durante as visitas itinerantes aos Postos – médica (periodicidade - quinzenal ou semanal) e da equipa de PMI/PF - que, gradualmente, devem assumir um papel de supervisão.

Igualmente as deslocações dos enfermeiros colocados nos PS às USB devem assumir um carácter obrigatório e programático.

As actividades administrativas, de registo e tratamento das informações, são importantes para o seguimento e avaliação do desempenho desse tipo de estruturas pelo que é de se reforçar os mecanismos para o regular preenchimento de registos; elaboração de relatórios, recolha e tratamento das estatísticas, incluindo o balancete de medicamentos.

3.1.3 UNIDADES SANITÁRIAS DE BASE

São instituições de saúde do nível de Atenção Primária, consideradas extensões periféricas dos CS, que estão a cargo dum Agente Sanitário de Base.

Estrutura física

Tratando-se duma estrutura sanitária pouco complexa, local duma intervenção básica, pode-se definir como um programa tipo da infra-estrutura (edifício), sem prejuízo de poder ser adaptado durante a sua aplicação:

Uma área de 75 m², a que se deve juntar uma área de expansão, comportando:

- uma sala (consultório) sobretudo para apoiar as visitas itinerantes;
 - uma sala para atendimento do ASB, tratamentos e injeções;
 - uma área de serviços;
 - um espaço aberto para eventuais encontros com a população ou servir de espaço de espera quando há aglomerados como durante as deslocações.
- ◆ São programados para servir uma população, em princípio, até 3 000 habitantes. Para comunidades com população abaixo dos 500 habitantes, deve-se estudar soluções alternativas à edificação de USB e à colocação dum ASB, como funcionário a tempo inteiro.

- ♦ A implantação das USB deve garantir que, pelo menos, 75% da população servida habite a uma distância de até 1/2 hora de percurso, procurando que no limite máximo, não ultrapasse 1 hora (*67% a menos de 1/2 hora; 11% a mais de 1 hora*).

Equipamentos –tipo –

(ver anexo).

Quadro do pessoal

As USB funcionam com apenas um ASB que tem entre as suas tarefas garantir a limpeza do edifício.

No entanto, preconiza-se que passe a haver uma maior ligação entre os ASB e outros agentes voluntários com actuação local – parteiras tradicionais, representantes RVO, socorristas, etc.- para uma maior rentabilização do trabalho comunitário e uma melhor utilização das instalações das USB.

Conteúdo funcional (Prestações)

As Unidades Sanitárias garantem um atendimento básico à população, quer pelo Agente Sanitário quer pelas visitas itinerantes de supervisão e intervenção do enfermeiro e da equipas do Centro de Saúde que deslocam com uma periodicidade regular. Assim têm, fundamentalmente três funções:

- Local de atendimento suporte das visitas itinerantes - visita médica, acompanhada, em princípio, de técnicos de farmácia para aviamento dos medicamentos; de enfermeiro; da equipa de PMI;
- Atendimento básico pelo ASB aí colocado:
 - Atendimento das situações mais correntes com prestação dos primeiros socorros, aplicação de esquemas terapêuticos ou triagem para as visitas itinerantes;
 - Seguimento dos portadores de doenças crónicas, mediante protocolos de tratamento;
 - Realização de tratamentos - curativos simples; suturas simples; drenagem de abscesso; feridas infectadas; injeções intramusculares e intravenosas; rehidratação oral; vigilância de casos de desidratação – e esterilização material;
 - Actividades de PMI/PF – Promoção do aleitamento materno; vigilância do crescimento e desenvolvimento das crianças; vacinação;
 - Seguimento do pré-natal e de PF
 - Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis
 - Actividades de vigilância à saúde e ao meio ambiente - visitas domiciliárias; vigilância do meio (luta anti-larvar); vigilância da água (Tratamento com cloro)
- Local de encontros com a população.

Ministério da Saúde / Gabinete de Estudos e Planeamento

Carta Sanitária de Cabo Verde

Área de captação	Nível	Instituições	População servida	Funções	Tecnologia a garantir /Prestações	Pessoal
Concelho	Primário tipo 1	Centro de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> Localização nas sedes dos concelhos ou em aglomerados populacionais até 30 000 hab; Nos CSU considerar entre 15 000e 30 000 hab Garantia de um acesso facilitado a, pelo menos 70% da população, a 1/2 hora e 90% até 1 hora de distância 	<ul style="list-style-type: none"> cuidados curativos: atendimento ambulatorio (directo de referência) para clinica geral, ginecologia essencial, assistência ao parto, seguimento de doentes crónicos; internamento hospitalar para situações clínicas de complexidade reduzida; atendimento permanente /urgência, em regime de chamada e/ou turno; cuidados preventivos e promocionais; diagnóstico complementar: laboratório e radiologia; supervisão e formação continua dos médicos e para-médicos ; articulação e complementaridade em relação aos PS e USB da área; Supervisão técnica e organizativa dos Postos Sanitários e USB; gestão e manutenção do material e equipamento; gestão dos medicamentos 	<p>Atendimento clínico ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> Urgências em regime de chamada e/ou turno Consultas de adultos e crianças (pós-triagem) e doentes crónicas Tratamentos (drenagem abcesso; suturas; curativos; injeções IM e IV; Rehidratação IV) Internamento com prescrição, vigilância e higiene dos doentes internados Actos especializados: imobilização gessada de fracturas lineares; Punctura lombar e supra-pública; curetagem/IVG; pequena cirurgia; ECG, extracção dentária Evacuação de doentes: Processo de evacuação e acompanhamento de doentes <p>Visitas itinerantes</p> <ul style="list-style-type: none"> Médica, do enfermeiro, Enf// Auxiliar PMI/PF aos PS e USB De Especialistas vindos dos HR e HC <p>Actividades administrativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Preenchimento de registos Relatórios e estatísticas Balancete de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> Médico (s) Enfermeiros Aux. Enfermagem Agente Sanitário/ Aux. PMI/PF) Técnico de Laboratório Técnico de Radiologia Técnico de Farmácia Técnico Social Técnico de Higiene e Epidemiologia Técnico de Estatística Administradores de D. Saúde Ajudante de Serviços Gerais

Ministério da Saúde / Gabinete de Estudos e Planeamento
Carta Sanitária de Cabo Verde

Área de captação	Nível	Instituições	População servida	Funções	Tecnologia a garantir /Prestações	Pessoal
				e dos produtos farmacêuticos; • informação sanitária; • apoio aos programas de saúde da comunidade;	<p><u>Vigilância à saúde individual</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Educação para a Saúde • Saúde escolar • Saúde mental • Saúde oral (prevenção e reparação) • Saúde ocupacional • Oftalmologia não especializada • Otorrinolaringologia não especializada • Profilaxia de doenças evitáveis • Visitas a jardins, escolas • Visitas domiciliárias para seguimento de doentes <p><u>Atendimento integral à mulher</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta de pré-natal; • Partos por enfermeiros ou médicos • Consulta pós-parto, • Ginecologia essencial • Consulta PF • Inserção de DIU; • Cura umbilical e cura vaginal; <p><u>Atendimento integral à Criança</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacinação; • Vigilância do crescimento/ desenvolvimento; • Diagnóstico e tratamento das doenças de crianças mais correntes • Aconselhamento Nutricional • Reabilitação de Base Comunitária; • Formação pessoal auxiliar/outros <p><u>Vigilância do meio ambiente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Luta anti-larvar • Tratamento da água (com cloro) 	

Ministério da Saúde / Gabinete de Estudos e Planeamento
Carta Sanitária de Cabo Verde

Área de captação	Nível	Instituições	População servida	Funções	Tecnologia a garantir /Prestações	Pessoal
					<ul style="list-style-type: none"> • Saneamento do meio <p><u>Exames completos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiologia sem contraste (ossos e tórax) • Análises Clínicas (Recolha e determinações simples de Hematologia, Bioquímica; exames directos de Bacteriologia; Parasitologia e Micologia; Envio de produtos para laboratórios de escalão superior. • Análise química e bacteriológica de águas <p><u>Serviços de apoio</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Farmácia • Serviços Gerais (manutenção) • Administração 	

Ministério da Saúde / Gabinete de Estudos e Planeamento

Carta Sanitária de Cabo Verde

Área de captação	Nível	Instituições	População servida	Funções	Tecnologia a garantir /Prestações	Pessoal
Concelho tipo 2	Primário	Posto Sanitário [extensão do CS]	• aglomerado populacional em meio rural entre 5 000 e 10 000 habitantes • garantia de um acesso facilitado a, pelo menos —% da população, a —x minutos de marcha (ou carro ?); • geográfico-económico	<ul style="list-style-type: none"> • <u>cuidados curativos</u>: (atendimento ambulatório para clínica geral e ginecologia essencial, em articulação com o CS); • <u>atendimento permanente de enfermagem</u> • <u>cuidados preventivos e promocionais</u> • <u>supervisão e formação contínua</u> dos profissionais para-médicos • <u>gestão e manutenção</u> do material e equipamento • <u>gestão dos medicamentos</u> e dos produtos farmacêuticos • apoio aos programas de saúde da comunidade • informação sanitária 	<p><u>Atendimento em visitas itinerantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita médica e da equipa de PMI • Visitas itinerantes às USB <p><u>Cuidados permanentes de enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Urgência em regime de chamada • Consulta com prescrição ou triagem e seguimento de crónicos; • Tratamentos e Injecções • Rehidratação IV • Vigilância de doentes internados em observação e administração de medicamentos • Extracção dentária • Esterilização de material • Fornecimento de medicamentos <p><u>Atendimento integral à mulher</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-natal; assistência a partos simples com episiotomia; cura vaginal; cura umbilical; cuidados aos RN; consulta pós-parto; PF sem inserção de DIU; triagem de grávidas e ginecológica <p><u>Atendimento integral à criança</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacinação; vigilância do crescimento/ desenvolvimento; atendimento das situações mais simples; triagem de situações mais complexas; RVO; promoção do aleitamento materno; Reabilitação de Base Comunitária; aconselhamento nutricional 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro • Agente Sanitário • (auxiliar de enfermagem ??) • Parteira Tradicional • Representante RVO • Socorrista

Ministério da Saúde / Gabinete de Estudos e Planeamento
Carta Sanitária de Cabo Verde

Área de captação	Nível	Instituições	População servida	Funções	Tecnologia a garantir /Prestações	Pessoal
					<u>Vigilância à saúde e ao meio ambiente</u> <ul style="list-style-type: none"> •IEC •Visita domiciliar a doentes •Visita estabelecimentos comerciais •Saúde escolar •Saúde mental •Saúde Buco-dentária •Saúde mental •Luta anti-larvar) •Tratamento da água (com cloro) <u>Actividades administrativas</u> Preenchimento de registos Elaboração de relatórios/ estatística Balancete de medicamentos	

Ministério da Saúde / Gabinete de Estudos e Planeamento
Carta Sanitária de Cabo Verde

Área de captação	Nível	Instituições	População servida	Funções	Tecnologia a garantir /Prestações	Pessoal
Concelho	Primário tipo 3	Unidade Sanitária de Base [extensão do CS]	<ul style="list-style-type: none"> • aglomerado populacional entre 1 000 e 5 000 habitantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados preventivos: Apoio às actividades de vacinação, saneamento do ambiente, cuidados maternos e infantis; • Cuidados promocionais: informação e educação para a saúde • Cuidados curativos básicos: seguimento de algumas doenças crónicas ou de tratamento prolongado (aplicação de esquemas terapêuticos); pensos simples; aplicações de injeções sob prescrição • Informação sanitária • Apoio aos programas de saúde da comunidade 	<p><u>Actividades durante as visitas itinerantes</u> – médica; de enfermeiro; de PMI; e de técnicos de farmácia</p> <p><u>Atendimento básico em saúde:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Triagem; • Seguimento de crónicos; • Urgências; • Tratamentos (curativos e suturas simples; drenagem de abscesso; feridas infectadas; injeções IM e IV); • RVO e vigilância de casos de desidratação; • Esterilização material <p><u>Actividades de PMI/PF</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção do Aleitamento Materno; • Vigilância do crescimento/ desenvolvimento • Vacinação • Controlo pré-natal • Seguimento PF – Pílula/ Preservativos / Depo-provera <p><u>Vigilância à saúde e ao meio ambiente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento • Visitas domiciliárias • Luta anti-larvar • Tratamento da água (com cloro) <p><u>Actividades administrativas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento de registos • Elaboração de relatórios 	<ul style="list-style-type: none"> • Agente Sanitário de Base • Parteira Tradicional • Representante RVO • Socorrista

3.2 Nível Secundário

O nível secundário está, ainda pouco diferenciado, porque os Hospitais Regionais sobre os quais deve assentar esse nível de cuidados estão insuficientemente dotados dos recursos necessários e funcionam, até então, como CS maiores.

Preconiza-se que este nível, servindo diversos concelhos vizinhos, seja suportado:

- Na linha de gestão pelo Conselho Distrital de Saúde (entidade consultiva proposta), com forte apoio e supervisão do nível central;
- Na linha de prestação de cuidados (predominantemente hospitalares) pelos Hospitais Regionais, mas também pelos Centros Regionais de PMI/PF.

3.2.1 Hospital Regional

Programado para garantir cuidados hospitalares de nível secundário, em função da população abrangida e da tecnologia disponível, os HR deverão ser dimensionados na base de:

- ♦ 1.5 camas x 1 000 habitantes.
- ♦ População a servir a partir de 35 000 habitantes
- ♦ Acesso facilitado em áreas de escoamento ‘natural’ que englobam vários municípios ou as ilhas maiores e mais populosas.
- ♦ O princípio da ‘Descentralização /Regionalização’ é importante para se garantir o equilíbrio entre a qualidade dos cuidados *versus* a extensão pelo território. Um HR com qualidade, na realidade cabo-verdiana, só é possível se puder cobrir o território de vários municípios próximos.

Conteúdo funcional (Prestações)

O nível **secundário dos serviços de saúde**, de âmbito regional, distrital ou inter-concelhio, organizado à volta do Hospital Regional, após o reforço das suas capacidades técnica e tecnológica, deve desenvolver-se para garantir a uma população, à volta dos 50 000 habitantes, um conjunto de cuidados de complexidade intermédia, mas diferenciados dos Centros de Saúde e poder organizar as seguintes áreas de saúde:

- **Especialidades com internamento:**

- . *Medicina interna e de clínica geral*
- . *Cirurgia Geral*

Intervenções cirúrgicas, programadas e de urgências, de média complexidade técnica mas próprias para situações que afectam um número apreciável de pessoas (a definir);

- . *Obstetrícia e ginecologia*

Ginecologia e obstetrícia essenciais, incluindo a realização de cesarianas e outras intervenções recomendadas em partos distócicos¹¹;

- *Cuidados diferenciados de Pediatria*
- *Orto-traumatologia*

Intervenções do foro da traumatologia, de urgência e as que não exigem a permanência dum especialista, pelo menos nos tempos iniciais da consolidação dos HR (a definir);

- *Psiquiatria*

Sobretudo para uma intervenção ambulatoria, mas prevendo o internamento de curta duração, em alguns casos e para tratamento urgente de doentes descompensados, noutros.

- **Especialidades sem internamento:**

- *Oftalmologia* (equipas móveis);
- *Otorrinolaringologia* (equipas móveis);
- *Cuidados estomatológicos* que incluam a prevenção, a reparação e a prótese;
- *Imagiologia* (RX e ecografia);
- *Laboratório regional de análises clínicas*;
- *Hemoterapia*.

Além disso, em termos organizativos, é fundamental que o HR assegure:

- **Atendimento permanente de urgência / emergência:**

- *Urgência 24/24horas*, seja geral, seja de especialidade (pós-triagem) em Pediatria, Cirúrgica e Gineco-obstetrícia;

- **Atendimento de referência**¹²

- Consultas programadas e organizadas para um atendimento diferenciado dos doentes crónicos (Diabetes /HTA/ D. Mental /Tuberculose ...);
- Visitas itinerantes de clínica geral aos PS e USB, e de especialidade (pediatria, gineco-obstetrícia e estomatologia) aos CS do Distrito;
- A recepção de visitas programadas e institucionalizadas de especialistas vindos do nível terciário (HC);

¹¹ Segundo a OMS (*ninth general programme of work and the world summit for children*), os cuidados obstétricos essenciais podem ser:

I - **básicos**, praticados a nível dos Centros de Saúde e englobam: a) administração parenteral de antibióticos, oxitócicos e sedativos (eclâmpsia); (b) a remoção manual da placenta e (c) a remoção de restos de produtos retidos;

II - **abrangentes** (compreensivos) realizados a nível dos Hospitais Regionais, englobam os cuidados anteriores mais (a) cirurgia; (b) anestesia e (c) transfusão de sangue.

¹² Os cuidados ambulatoriais (sobretudo consultas) serão transferidos gradualmente para os 'CSU urbanos' a desenvolver nos locais de implantação dos HR ou assumidos pelos CS dos concelhos cobertos

- Um sistema eficaz e referenciado de evacuação de doentes em situações que ultrapassam a capacidade instalada no Distrito.
- Supervisão e apoios técnicos aos Centros de Saúde da região;
- Apoio em cuidados secundários aos programas de saúde da comunidade e preventivos (vacinação de recém-nascidos na Maternidade; métodos cirúrgicos de PF, cuidados nutricionais);
- Supervisão e formação contínua dos profissionais médicos e paramédicos.

3.2.2 Centros de Referência Regional de PMI/PF

As reflexões sobre a nova orientação estratégica para o programa de protecção materno-infantil e planeamento familiar (PMI/PF) apontaram para a sua evolução no sentido de uma maior abrangência das suas actividades, tendo em vista a Atenção Integral à Família (Nota Estratégia, Junho de 1995).

Tendo em conta as recomendações da Conferência Internacional de Cairo sobre a População e o Desenvolvimento (1994), o Ministério da Saúde tem procurado adaptar o PMI/PF às novas orientações estabelecidas para a implementação do programa de Saúde Reprodutiva.

Neste contexto parece-nos adequado prever, no quadro do desenvolvimento sanitário por distritos, que algumas unidades de PMI/PF devam sofrer adaptações do ponto de vista orgânico e funcional, para a sua transformação em centros de referência e apoio, a nível secundário, para as componentes consideradas prioritárias da atenção integral à mulher e à criança (do programa de saúde reprodutiva). Estão neste caso as unidades de S. Filipe, Assomada e R.^a Grande que se complementariam com os dois centros principais localizados na Praia e em Mindelo constituindo-se assim nos níveis de referência regional e ou de central para os dois últimos.

Distinguem-se como principais competências dos centros regionais:

- Prestar cuidados preventivos, promocionais na área da atenção integral à mulher (AIM), atenção integral à criança (AIC) e de saúde reprodutiva (SR);
- Prestar cuidados curativos diferenciados nesta mesma área;
- Garantir exames laboratoriais e de imagiologia (ecografia), específicos para esta área de cuidados;
- Realizar a supervisão técnica das actividades realizadas pelos centros de saúde localizados na área;
- Apoiar a formação de médicos, enfermeiros, auxiliares e outros técnicos no domínio da AIM/AIC/SR;
- Garantir condições para estágios e cursos de curta duração;
- Gestão do material, medicamentos, vacinas e outros produtos farmacêuticos;
- Manutenção do equipamento.

Os centros da Praia e S. Vicente além de uma função regional deverão cumprir também uma função central competindo-lhes, ainda, além das já descritas para o nível regional:

- Apoiar a elaboração e a divulgação das normas técnicas da AIM/AIC/SR;

- Organizar a formação contínua de técnicos da saúde e afins na área da AIM/AIC/SR;
- Funcionar como centro de referência para a AIM/AIC/SR.

Ministério da Saúde / Gabinete de Estudos e Planeamento
Carta Sanitária de Cabo Verde

Área de captação	Nível	Instituições	População servida	Funções	Tecnologia a garantir /Prestações	Pessoal
Regional/ Distrital/ Inter- concelhio	Secundário	Hospital Regional		<ul style="list-style-type: none">– Cuidados curativos secundários em:<ul style="list-style-type: none">• Clínica geral• Ginecologia e obstetrícia essenciais (cesariana)• Pediatria• Cirurgia geral (de complexidade a definir)• Traumatologia (de urgência)• Estomatologia– Cuidados preventivos (vacinação de recém-nascidos; PF, sobretudo métodos cirúrgicos, cuidados nutricionais)– Exames de diagnóstico: Laboratório e radiologia– Supervisão e formação contínua dos profissionais médicos e paramédicos– Supervisão técnica dos Centros de Saúde da região– Gestão dos medicamentos e dos produtos farmacêuticos– Gestão e manutenção do material e equipamento– Informação sanitária– Cuidados promocionais: IEC	<p><u>Urgência</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermagem - turno permanente• Clínica Geral (chamada)• De especialidade pós-triagem <p><u>Consultas</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Clínica Geral (adultos e crianças)• Pediatria (Hospital e PMI)• Referidas de cirurgia e traumatologia e gineco-obstetrícia (tb PMI)• De doentes crónicos <p><u>Visitas itinerantes</u></p> <ul style="list-style-type: none">• de clínica geral aos PS e USB• de especialidade (pediatria, gineco-obstetrícia e estomatologia) aos CS da Região <p><u>Internamento</u></p> <ul style="list-style-type: none">• enfermarias de medicina, pediatria, cirurgia e gineco-obstetrícia <p><u>Partos</u></p> <p>Simples (enfermeiros) e complicados (clínico geral e gineco-obstetra)</p> <p><u>Intervenções cirúrgicas</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Anestesia• Cirurgia geral• Abdominal programadas/urgência pequena cirurgia• Cirurgia gineco-obstétrica• Ginecológicas programadas e de urgências• Cesarianas• Laqueações• Curetagem / IVG	<ul style="list-style-type: none">• Médico Geral• Gineco-Obstetra• Pediatra• Cirurgião Geral• Técnico /Enf Anestesia• Técnico/ Enf Instrumentista• Técnico /Enf Transfusista• Odontologista• Técnico de prótese dentária• Enfermeiro• Aux. Enfermagem• Técnico de laboratório• Técnico de radiologia• Técnico de farmácia• Técnico Social• Técnico de Bio-médico• Administrador de Saúde
				<p><u>Referência:</u></p> <p>STº ANTÃO</p> <ul style="list-style-type: none">• Rª Grande• Paúl• P Novo <p>FOGO</p> <ul style="list-style-type: none">• S.Filipe• Mosteiros• Brava <p>STª CATARINA</p> <ul style="list-style-type: none">• Stª Catari-na• Tarrafal• Calheta		

Ministério da Saúde / Gabinete de Estudos e Planeamento
Carta Sanitária de Cabo Verde

Área de captação	Nível	Instituições	População servida	Funções	Tecnologia a garantir /Prestações	Pessoal
				<p>– Apoio aos programas de saúde da comunidade</p>	<p><u>Hemoterapia (Banco de Sangue)</u></p> <p><u>Estomatologia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Cuidados dentários •prevenção (escolas e PMI); reparação e prótese •Pequena cirurgia <p><u>Tratamentos de enfermagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Drenagem abcesso •Suturas /Curativos •Injecções IM e IV •Rehidratação IV e Oral <p><u>Intervenção diagnóstica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Imagiologia RX; sonografia •Análises Clínicas Hematologia, Bioquímica; Bacteriologia; Parasitologia e Micologia; envio de produtos para laboratórios de escalão superior) <p><u>Farmácia hospitalar</u></p> <p><u>Evacuações de doentes</u></p> <p><u>Educação para a Saúde</u></p> <p><u>Serviços de apoio</u></p> <p>Manutenção</p> <p>Serviços Gerais</p> <p>Administração</p>	

3.3 Nível Terciário

De âmbito nacional, constitui o nível mais centralizado de gestão e o mais diferenciado na prestação de cuidados de saúde:

Na linha de gestão, é suportado pelo Ministério da Saúde que, com as suas Direcções-Gerais, é responsável pela formulação e desenvolvimento da política de saúde, da normalização e da planificação estratégica. A Direcção-Geral da Administração e dos Recursos Humanos assegura a gestão dos aspectos administrativos e dos recursos, excluindo a gestão dos medicamentos que está a cargo da Direcção-Geral de Farmácia.

As Direcções dos Hospitais Centrais na medida em que têm autonomia administrativa financeira e patrimonial, fazem a gestão dos recursos que lhe são afectos.

A gestão (coordenação técnica) das actividades prestadoras de cuidados de saúde não está suficientemente feita. Tanto as actividades desenvolvidas pelos HC como pelos distritos deverão ter uma coordenação técnica, principal função duma Direcção-Geral de Saúde (incluindo os Programas), para garantir o desenvolvimento integrado dos vários tipos de cuidados e a sua qualidade.

Na linha da prestação de cuidados (essencialmente terciários, incluindo os prestados no exterior pelo processo de evacuação sanitária) este nível corresponde ao Hospital Central (Geral) e às instituições especializadas como a Casa Betânea;

3.3.1 Hospital Central

Segundo a Lei de Bases da saúde os HC, em Cabo Verde, são as estruturas vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde de nível secundário e terciário. São hospitais gerais, dispendo de serviços especializados diversos e diferindo dos HR por uma maior complexidade e amplitude da oferta de cuidados.

Recomenda-se que um hospital deste tipo não deva ter menos de 200 camas sob o risco de não poder assegurar, convenientemente, serviços diferenciados¹³ ou então que seja dimensionado na base de 2 camas por mil habitantes¹⁴. A lotação oficial, publicada em 1989, é de 183 e 187 camas, respectivamente, para o HBS e o HAN.

Atendendo à nossa realidade demográfica e geográfica não é de prever a criação de outros HC num horizonte de, pelo menos, 15-20 anos. Além disso o número real de camas por habitante (HAN - 1,9/1000 e HBS - 2,7/1000) parece suficiente para responder às necessidades de internamento, quando visto em conjunto com as taxas de ocupação e a demora média, sem prejuízo de uma análise mais aprofundada por especialidade médico-cirúrgica, com prováveis correcções no número e uma revisão da política de internamento, para uma eventual adaptação.

¹³ R. Llewelyn-Davies & H.M.C. Macauley - L' hôpital dans le service médico-sanitaire régional - OMS, Genève, 1969

¹⁴ Portugal, Ministério da Saúde/ Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (1992) Sistema de Serviços de Saúde: ajustamento da rede (doc. provisório), (pág 35), Lisboa.

Torna-se, por isso, necessário definir a lotação destinada a cada tipo de especialidade que o HC pode oferecer e, a título indicativo, se aponta os índices considerados em Portugal, pela literatura consultada,¹⁵ para hospitais equiparáveis aos nossos centrais: medicina (0,83 camas por mil habitantes); cirurgia (0,50); orto-traumatologia (0,40); ginecologia (0,12). Para outras especialidades como cardiologia, dermatologia, neurologia, pneumologia, urologia, o mesmo documento recomenda 0,18 camas por mil habitantes.

Já para os HC portugueses manda-se calcular a dimensão das áreas de especialidades na base de 0,2 camas por mil habitantes.

Conteúdo funcional (Prestações)

O Estatuto orgânico dos HC, publicado em 1993, estabelece que os mesmos devem fornecer **cuidados de saúde com ou sem internamento** relativos a urgência, exames de diagnóstico, vigilância e tratamento de doentes. Além deste papel para fornecimento de cuidados médicos também lhes estão cometidas funções de **centro de referência, de formação e de investigação**, devendo ainda colaborar em acções de medicina preventiva e de educação para a saúde.

Acresce-se ser indispensável o estabelecimento duma **complementaridade**, em dois sentidos, para aumentar significativamente o desempenho dessas estruturas:

1. com os outros níveis de prestação de cuidados

O Hospital Central deverá organizar-se por forma a apoiar de modo contínuo os hospitais regionais e centros de saúde satélites e este apoio poderá traduzir-se em:

- visitas regulares e programadas de especialistas (consulta, cirurgia programada, formação em serviço dos técnicos dos HR e CS);
- organização de estágios e ou de cursos em áreas específicas;
- proposição de protocolos de terapêutica;
- organização de serviços especializados;
- supervisão;
- contra-referência sistematizada etc..

2. entre os dois Hospitais Centrais

A complementaridade entre os HC deverá funcionar, sobretudo, para a criação de alguns serviços altamente especializados como, por exemplo, neuro-cirurgia, radioterapia, quimioterapia, cirurgia cardíaca e outros. Poderão ser criados apenas num dos dois HC do país o qual funcionará, como é óbvio nesse caso, como o hospital de referência para todo o território nacional, criando algo mais conceitual e organizativo do que físico, como um Centro Hospitalar Nacional, de tecnologia de ponta.

A escolha de um ou outro dos HC do país para implantação e funcionamento dum determinado serviço especializado, deverá basear-se não só sobre elementos específicos relativos a serviço mas, também, sobre a situação epidemiológica prevalecente na respectiva área de abrangência e os meios e as condições de comunicação existentes.

¹⁵ Idem, idem

Além disso há necessidade de ser definido para cada especialidade o quadro de pessoal, o espaço físico que lhe é destinado e o equipamento e material mínimo indispensável para uma prestação com qualidade.

- ◆ Os Hospitais Centrais devem poder organizar as seguintes áreas prestação de cuidados de saúde:
 - Atendimento de referência
 - Atendimento de urgência/emergência
 - Especialidades com serviço de internamento:
 - Medicina Interna (Gastroenterologia, Cardiologia, Neurologia; Hematologia Clínica, Infecção, Hemodiálise (ou como serviço autónomo)
 - Cirurgia (Geral, Córdio-Torácica, Maxilo-facial); suportando o internamento para Urologia; Oftalmologia e Otorrinolaringologia, enquanto não houver dimensão para a autonomia do internamento dessas especialidades.
 - Obstetrícia-Ginecologia
 - Orto-Traumatologia
 - Pediatria/Neonatologia
 - Psiquiatria
 - Especialidades sem serviço de internamento.
 - Estomatologia
 - Anestesia
 - Medicina física e reabilitativa
 - Urologia
 - Neurologia
 - Oftalmologia
 - Otorrinolaringologia
 - Pneumologia
 - Dermatologia
 - Quimioterapia oncológica
 - Psicologia clínica
 - Alergologia
 - Serviços complementares de diagnóstico e terapêutica
 - Imagiologia
 - Análise clínicas (laboratório central de referência: bacteriologia, parasitologia, micologia, bioquímica, exame cultural, virologia, serologia)
 - Endoscopia (digestiva, urológica, ginecológica, brônquica, outras)
 - Bloco cirúrgico
 - Anatomia patológica
 - Hemoterapia
 - Farmácia
 - Dietética
 - Áreas de serviços gerais:
 - Administração

- Armazém
- Cozinha
- Lavandaria
- Serviço de manutenção
- Morgue
- Incineradora

Ministério da Saúde / Gabinete de Estudos e Planeamento

Carta Sanitária de Cabo Verde

Área de captação	Nível	Instituições	População servida	Funções	Tecnologia a garantir/ Prestações	Pessoal
Nacional	Terciário	Hospital Central	<p>referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Praia . Santiago . Sotavento . Nacional <p>Ou</p> <ul style="list-style-type: none"> . Mindelo . Vicente . Barlavento . Nacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Segundo o D-L nº 14 / 93 - artº 3º (Estatuto orgânico dos H.C.): a) prestar cuidados de saúde, com ou sem internamento, relativos a urgência, exames de diagnóstico, vigilância e tratamento de doentes; b) colaborar com as Delegacias de Saúde e serviços delas dependentes; c) funcionar como centro de referência para a prestação de cuidados diferenciados e na evacuação de doentes; d) participar em acções de medicina preventiva e de educação para a saúde; e) organizar a formação contínua dos profissionais da saúde a eles afectos; f) promover e participar em acções de investigação operacional em diferentes áreas de interesse para a saúde pública do País; g) servir de centro de formação inicial e de aperfeiçoamento para quadros paramédicos • gestão dos medicamentos e dos produtos farmacêuticos • gestão e manutenção do material e equipamento 	<p><u>CLÍNICA MÉDICO-CIRÚRGICA</u></p> <p>I- Consulta externa, geral e de especialidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina Geral • Medicina Interna [Gastroenterologia, Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, Alergologia, Hematologia Clínica, Infecçologia, Dermatologia, Diabetologia, Nutrição e Hemodiálise] • Pediatria /Neonatologia • Psiquiatria / Psicologia Clínica • Cirurgia (Geral; Córdio-Torácica, Maxilo-facial) • Anestesiologia • Urologia • Estomatologia e Maxilo-facial • Medicina Física Reabilitativa • Obstetrícia-Ginecologia • Oftalmologia • ORLaringologia • Orto-Traumatologia 	<p><u>MÉDICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Geral • Internista • Gastroenterologista • Cardiologista • Alergologista • Hematologista • Infecçologista • Neurologista • Anestesista • Pediatra • Cirurgião Geral • Córdio-Torácico • Urologista • Maxilo-facial • Gineco-Obstetra • Oftalmologista • Otorrinolaringologista • Orto-traumatologista • Psiquiatra • Anátomo-Patologista • Analista (a formar) • Hematologista • Radiologista • Fisiatra <p><u>TÉCNICOS SUPERIORES</u></p>

Ministério da Saúde / Gabinete de Estudos e Planeamento

Carta Sanitária de Cabo Verde

Área de captação	Nível	Instituições	População servida	Funções	Tecnologia a garantir/ Prestações	Pessoal
				<ul style="list-style-type: none"> • informação sanitária • apoio aos programas de saúde da comunidade • cuidados promocionais: IEC 	<p>II – Internamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Medicina e especialidades ♦ Cirurgia e especialidades ♦ Pediatria ♦ Maternidade ♦ Ginecologia ♦ Orto-Traumatologia ♦ Psiquiatria ♦ Tisiologia (?) <p>III- Intervenções cirúrgicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Cirurgia (Geral; Córdio-Torácica; Maxilo-facial) ♦ Urologia ♦ Ginecologia ♦ Obstetrícia ♦ Orto-Traumatologia ♦ Oftalmologia ♦ Otorrinolaringologia ♦ Anestesiologia <p>IV- Urgências/Emergências</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Médica geral e de especialidade ♦ Cirúrgica e de especialidades ♦ Pediátrica ♦ Obstétrica e Ginecológica ♦ Unidade Tratamento Intensivo/UTI 	<p><u>CLÍNICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Psicólogo Clínico ♦ Odontologista ♦ Nutricionista ♦ T.S. Análises Clínicas ♦ Farmacêutico Hospitalar <p><u>OUTROS TÉCNICOS SUP- ERIORES</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Eng.º Bio-médico ♦ Administrador Hospitalar <p><u>ENFERMEIROS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Enf. Gerais ♦ Enf. Partejas ♦ Enf. Pediatras ♦ Enf. Instrumentistas ♦ Enf Fisioterapeutas ♦ Enf. Transfusionistas <p><u>AUXILIARES DE ENFER- MAGEM</u></p> <p><u>TÉCNICOS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Protésico

Ministério da Saúde / Gabinete de Estudos e Planeamento

Carta Sanitária de Cabo Verde

Área de captação	Nível	Instituições	População servida	Funções	Tecnologia a garantir/ Prestações	Pessoal
					<p>COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA</p> <p>I- Imagiologia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiologia • Mamografia • Sonografia • Tomografia <p>II- Análises Clínicas (Laboratório Central de referência)</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Hematologia; Bacteriologia; Parasitologia; Micologia; Bioquímica; Exames Culturais; Virologia e Sero-logia) <p>III- Bloco Cirúrgico</p> <p>IV- Anatomia Patológica</p> <p>V- Farmácia hospitalar</p> <p>VI- Quimioterapia</p> <p>VII- Hemoterapia (Banco de Sangue)</p> <p>VIII- Serviço de Dietética</p> <p>IX – Endoscopia</p> <p>SERVIÇOS DE APOIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administração • Manutenção • Serviços Gerais • Central de Esterilização • Incineradora 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Técnico de radiologia ♦ Técnico de laboratório ♦ Técnico de Farmácia <p>ADMINISTRATIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Administrativos / Contabilidade / Estatística <p>PESSOAL AUXILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Técnico Biomédico ♦ Operário qualificado ♦ Cozinheiro ♦ Condutor ♦ Auxiliar Limpeza ♦ Económico ...

4 - Conformação da rede de estruturas de saúde para os anos 2 000

Neste capítulo apresenta-se, de forma sintética, as proposições de ajustamentos a introduzir na rede de estruturas de saúde, procurando conjugar as características das estruturas constatadas no terreno com os conceitos teóricos despendidos atrás.

A actual rede de estruturas de saúde apresenta, na sua essência, dois grandes grupos de problemas:

- deficiências e ou insuficiências de organização e funcionamento, resultantes, sobretudo de inadequações na junção dos diversos recursos – humanos, materiais e financeiros;
- lacunas na cobertura resultantes da implantação e distribuição dos edifícios pelos diferentes cantos do país;

Esses problemas requerem uma intervenção simultânea para a seu equacionamento e resolução, com vista à adequação de cada componente do sistema de serviços de saúde à sua missão.

4.1 Aspectos gerais da organização e funcionamento da rede de estruturas de saúde

Cada um dos diferentes tipos de estruturas de saúde apresenta problemas específicos de organização e funcionamento que importa discutir e encontrar soluções globais para a clarificação do papel, desempenho, relações e posição no sistema, nomeadamente através da definição de normas para as infra-estruturas, os equipamentos e recursos humanos, bem como os padrões de funcionamento e de qualidade.

Um dos aspectos importantes a considerar é o enquadramento legal, através da tomada de medidas legislativas necessárias, para pôr cobro às indefinições ou lacunas de regulamentação constatadas na legislação inventariada que citamos, entre outras:

- a) a criação por via legal das estruturas de saúde do país para preencher o vazio legislativo existente quanto, nomeadamente a USB, Centros de Saúde e Hospitais Regionais;
- b) definição do estatuto dos hospitais regionais;
- c) aprovação e publicação do regulamento interno dos Hospitais Centrais e das outras estruturas de saúde;
- d) estabelecimento do conteúdo funcional, quadro de pessoal e perfil de cada grupo profissional para cada tipo de estrutura de saúde;
- e) definição da lista-tipo de equipamentos e materiais;

A edificação de novas estruturas ou a transformação de outras deverá ter em conta, para garantir o funcionamento correcto, os seguintes aspectos:

4.1.1 Unidades Sanitárias de Base

As USB enquadram-se dentro do princípio da política de saúde de aproximar das comunidades com maiores dificuldades de acesso, uma unidade de atendimento que dê resposta imediata aos problemas básicos e aos anseios das populações, apesar de não possuir complexidade técnica.

Por razões de equidade e da necessidade dum atendimento com qualidade, a população habitualmente assistida em primeira mão pelas USB não pode apenas ter acesso aos cuidados oferecidos por enfermeiro ou médico quando puderem deslocar-se às estruturas onde, tradicionalmente e por outras funções esses profissionais estão por mais tempo (PS e CS).

Para uma reorganização do funcionamento das USB, para além da importância política, traduzida por uma resposta imediata e física aos anseios das populações, há que valorizar e rentabilizar as estruturas existentes, até porque poderão servir muito bem de *locus* à descentralização da prestação de cuidados básicos e essenciais de saúde, com a adopção duma nova postura organizativa.

É importante, sobretudo, que as USB tenham reforçadas a sua capacidade de intervenção – através da formação do Agente e da melhoria do equipamento e procedimentos - para que se alargue e se aumente a qualidade da resposta.

Assim, algumas medidas se impõem, no processo de reajustamento dessas estruturas:

A revisão do enquadramento das USB no sistema de serviços saúde

Do ponto de vista funcional e de cuidados oferecidos, as USB não possuem complexidade para constituírem um escalão autónomo na hierarquia das estruturas prestadoras de cuidados de saúde. Deverão assim ser assumidas como a extensão mais periférica dos CS, localizadas mais ao pé das populações mais afastadas e devem constituir o lugar privilegiado: (a) para, quotidianamente, o ASB prestar um certo tipo de cuidados (a redefinir) a um maior número da população; (b) para que o enfermeiro preste, nas suas deslocações programadas, outros cuidados com maior complexidade e menor abrangência, a incluir os referidos pelo ASB, mas também acções de vigilância à saúde individual e do meio e (c) para que o médico – também em deslocações programadas - possa atender às necessidades preventivas, promocionais e curativas da população da respectiva área.

A reformulação da formação, reciclagem e enquadramento profissional dos ASB

Existe um paradoxo entre as condições que rodeiam os ASB – nível de formação de ingresso, formação técnico e prática administrada, nível salarial e de enquadramento como funcionário e a fraca supervisão – e as exigências que se espera da sua actuação: fazer o trabalho mais difícil da saúde que é falar com as pessoas e convencê-las a mudar os seus hábitos e costumes ancestrais. É necessário, portanto, um esforço suplementar de adequação do perfil do ASB e repensar o seu enquadramento como funcionário e profissional de saúde.

Revisão do equipamento básico e da lista de medicamentos essenciais nas USB

Há uma necessidade urgente de melhorar o tipo e a qualidade do equipamento básico e rever a lista de medicamentos essenciais disponíveis nessas estruturas, em função das necessidades básicas a serem atendidas quer pelos Agentes Sanitários em permanência, quer durante as visitas itinerantes de outros profissionais de saúde.

Construção de novas USB

É urgente encetar uma negociação entre as Delegacias de Saúde e as Câmaras Municipais(CM), em cada concelho, para se incluir nos critérios para a construção desses edifícios algumas racionalidade técnica ao lado das razões político-administrativas e acordar para que as futuras construções se façam com base no que for instituído na Carta Sanitária. Deverá, ainda, constar dessa negociação o grau de assunção pelas CM da gestão dessas estruturas e o papel de orientação e supervisão técnica por parte da DS, de acordo com o previsto no Estatuto dos Municípios.

4.1.2 Postos Sanitários

Os PS constituem um escalão físico e orgânico do sistema de saúde cabo-verdiano que está a sofrer uma mudança de caracterização - de uma estrutura autónoma e mais qualificada, responsável pela prestação de cuidados de saúde na área - passaram a integrar a orgânica duma DS e a depender da autoridade desta. Muitos foram transformados em CS, tendo estes assumido e ampliado as funções que eram atribuídas aos PS, sem o correspondente enquadramento legal.

Utilizando uma classificação baseada na ponderação das actividades desenvolvidas pelos actuais PS, constatou-se que 40% dos PS visitados apresenta um bom desempenho, 45% suficiente e 15% fraco (*ver anexos PS – vol I*). No entanto, faltam elementos de qualidade técnica e de atendimento que importará reintroduzir para elevar a sua capacidade de intervenção.

A actividade diária é dominada por uma acção curativa, constituída seja pelo atendimento permanente de enfermagem seja por um atendimento ambulatorio de clinica geral feito pelo médico nas suas visitas itinerantes, adoptando uma postura expectante, segundo a demanda dos doentes. É uma prestação importante, enquanto resposta aos problemas da população, que necessita de ser reforçada, paralelamente ao desenvolvimento das outras acções.

Apesar da importância significativa de que se revestem as visitas dos enfermeiros às USB, para supervisão e atendimento, ela é feita por apenas 38% do PS.

Quanto à acção preventiva, as actividades de PMI/PF que, pela sua importância e abrangência dos grupos-alvo, deveriam constituir um tarefa permanente dos PS, continua a ser feita por equipas que se deslocam a 55% destas estruturas.

A assistência ao parto, que deveria constituir outra intervenção de peso nos PS, é fraca, em número, frequência e qualidade. Reconhece-se, contudo, que as actuais condições para a realização de partos nos PS não são razoáveis e não estimulam a sua prática, mesmo tendo os enfermeiros os conhecimentos necessários. Por outro lado não se apurou uma ligação entre o pessoal do PS e as parteiras tradicionais.

Uma acção educativa e de vigilância à saúde e ao meio ambiente é apontada pela maioria dos PS, mas deduz-se que seja fraco o impacto das actividades desenvolvidas nas condições ambientais e no hábitos e costumes das populações.

A rentabilidade do investimento feito nessas estruturas - possuidoras já de alguma dimensão física e dotadas de um pessoal raro e caro como o enfermeiro -, pode ser considerada fraca, ainda aquém do desejado e possível, sobretudo, em termos de resposta qualitativa às necessidades da população a servir.

O maior problema, no nosso entender, reside no seu enquadramento no sistema e na definição do papel, funções e organização da sua intervenção. O exemplo mais ilustrativo dessa desadequação talvez seja a deslocação das auxiliares de PMI/PF para cobrirem áreas onde estão enfermeiros permanentes.

No entanto desenha-se uma tendência de se querer transformar as USB em PS. Acredita-se ser necessário, desejável e útil proceder a algumas conversões, lá onde se justificar mas, será preciso antecipar esse movimento, que poderá ter consequências de certo modo perversas para o desenvolvimento do sistema, com uma discussão sobre o papel e re-enquadramento dos PS e adoptar-se soluções adequadas.

Numa óptica de Centro de Saúde como a organização mais periférica do sistema o PS deve ser reformulado como uma **extensão intermediária** do CS para aproximar das populações de uma área circunscrita os cuidados oferecidos pelo CS, pelo menos os de maior abrangência: cuidados permanentes de enfermagem (curativa de vigilância da saúde) no posto e nas visitas itinerantes às USB da área; cuidados de natureza promocional, preventiva e/ou curativa exercida ou supervisionada pelo médico.

O enfermeiro aí colocado não deve ser tido como um funcionário do Posto mas antes um quadro atribuído à uma área do CS e, por razão disto, pode desempenhar outras tarefas sanitárias que se mostrarem importantes para responder às necessidades de saúde da população.

4.1.3 Centros de Saúde

Numa possível classificação dos Centros de Saúde do país, a partir das prestações oferecidas, encontramos um desempenho global satisfatório (14/17), mesmo considerando os CS urbanos, onde a função de hospital local e de actividades complementares de diagnóstico quase não existe. No entanto, o factor produtividade não foi considerado nessa classificação o qual, ao tornar mais fina a análise, poderia fornecer resultados diferentes.

Mesmo com essa ressalva, esse tipo de estrutura constitui a estrutura basilar da prestação de cuidados de saúde em Cabo Verde (*anexos CS – vol. I*). É lá onde as populações têm acesso a cuidados prestados por um médico, seja por demanda directa nas instalações do CS seja pelas suas deslocações às estruturas mais periféricas a partir destes.

Recorde-se que os CS oferecem um atendimento primário básico a cerca de 14% da população e que, considerando, as áreas de referência para qualquer atendimento essa percentagem sobe para 36%, excluindo as população urbanas da Praia e Mindelo.

Contudo, no processo de consolidação desses serviços para estreitar a rede e aumentar a cobertura, mais do que o alargamento do número dessas estruturas, precisam ser vistas algumas questões fundamentais para aumentar a resposta e a qualidade das mesmas às necessidades de saúde da população:

1. Constitui o local por excelência para a prestação de cuidados globais e integrados.
2. É importante reforçar as actividades curativas para responder às situações de doença das populações, nomeadamente, alargar a gama de respostas, aumentar a oferta e a qualidade de determinados serviços complementares, e, sobretudo, melhorar a acessibilidade das populações a essas prestações. Com efeito, constatou-se no inquérito realizado que, por exemplo:
 - Apenas 50% dos CS poderia oferecer exames de laboratório, pela capacidade instalada, não havendo as roturas de reagentes e materiais, apontada com muita frequência;
 - Um serviço de radiologia foi encontrado em apenas 2 CS;
 - Havia ausência de técnicos de farmácia em 42% dos CS (8) e foram referidas rupturas frequentes do stock de alguns medicamentos essenciais.

Ora, oferecer consultas médicas sem uma acesso imediato aos exames complementares de diagnóstico ou aos medicamentos essenciais para o tratamento subsequente é oferecer um serviço incompleto, que não será objecto, certamente, duma apreciação satisfatória da população.

Torna-se urgente, portanto:

- a) uma revisão do sistema de laboratórios no país, provavelmente pela adopção de esquemas descentralizados de recolha de amostras e entrega de resultados e realização centralizada das análises;
- b) b) repensar que serviço de radiologia/imagiologia prestar ao país e
- c) c) como aumentar o acesso aos medicamentos para melhorar a eficácia dos serviços de saúde e a satisfação dos utentes.

Particularmente é necessário implementar uma política de saúde urbana, que responda às demandas crescentes duma população concentrada nos anéis à volta das cidades.

3. A função de internamento, importante como resposta e exigindo a garantia constante de qualidade, não pode dominar as actividades do CS, para não enviesar a sua missão.
4. Paralelamente e para isso, é importante reforçar as funções preventivas e promocionais dos CS para que desempenhe cabalmente a sua missão de prestar uma atenção primária de qualidade e ser o primeiro filtro para as situações evitáveis. O quadro de recursos humanos inquirido apresenta uma carência importante de pessoal com perfil mais virado para actividades promocionais e preventivas, de terreno, incidindo quer sobre a vigilância do meio ambiente e quer na mudança de atitudes. Apenas 4 CS tem técnicos de higiene e epidemiologia, 2 têm técnicos de estatística e os ASB estão, em boa parte, ocupados com actividades curativas.
5. Constatou-se, além disso, que a gestão dos Centros de Saúde/ Delegacias de Saúde estava bastante centrada na figura do médico delegado de saúde, figura necessariamente de cúpula mas, sobretudo, coordenador duma equipa onde os outros elementos devem ter responsabilidades atribuídas –

destaca-se que apenas 42% dos CS tinham Administradores de Delegacia de Saúde ou que 7 CS não têm qualquer pessoal administrativo ou, ainda, apenas 2 CS com técnicos de Estatística.

Será necessário considerar no processo de reajustamento dos serviços de saúde o reforço da capacidade gestonária das DS, seja pela implantação e desenvolvimento de linhas de gestão, seja pela formação específica do Delegado de Saúde e demais pessoal.

6. O deficiente e irregular registo dos dados das actividades desenvolvidas, seu tratamento e divulgação da informação constitui outra fraqueza de gestão, também constatada, não disponibilizando um instrumento importante de avaliação da situação e para a tomada de medidas baseadas nas constatações reais.

4.1.4 Hospitais Regionais

A diferenciação dos Hospitais Regionais, no sentido de serem uma estrutura com capacidade para oferecer cuidados de saúde com maior complexidade e, portanto, uma gama com maiores especialidades do que os Centros de Saúde, ainda não é tão evidente, na prática, como as diferenças de instalações poderiam deixar entender.

Vários problemas foram levantados, como impeditivos a um normal funcionamento das instalações existentes e que encurtam a diferença entre os níveis de prestação dos HR e os dos CS, como por exemplo:

- a ausência de bloco operatório funcional nos HR de S. Filipe e Santa Catarina;
- a falta de pessoal para garantir a vigilância dos doentes internados e de pessoal qualificado para apoiar a cirurgia ou obstetrícia na R.^a Grande, cujo hospital tinha estado quase um ano sem anestesista;
- a falta de um stock de sangue para assegurar as transfusões de urgência e as intra-operatórias;
- a falta de transportes para permitir a regularidade e permanência das visitas itinerantes aos outros Centros;

Ainda, em relação aos recursos humanos, não existe, na fase actual, uma definição exacta do quadro de pessoal para um Hospital Regional, reflectindo uma certa indefinição da missão do HR ou a inexistência dum plano director que permita conduzir a colocação do pessoal.

Torna-se, portanto, necessária como uma das medidas prioritárias, a promoção significativa da qualidade do atendimento nos HR existentes, sobretudo à custa dum maior equilíbrio e adequação entre os recursos afectados: humanos, materiais e instalações, em função da missão definida para esse tipo de estruturas. Uma maior rendibilização do existente permitirá uma avaliação mais criteriosa das necessidades efectivas e futuras.

Creemos que, nos próximos anos, uma intervenção nesse tipo de estruturas será, fundamentalmente, para o reforço da capacidade instalada, que passa pela instalação e funcionamento dos serviços considerados essenciais para esse nível de prestação, a colocação do pessoal indispensável, em número e qualificação diversificada e a adopção de procedimentos de funcionamento correcto.

A construção de novos hospitais regionais sem o aperfeiçoamento dos existentes será contraproducente, em todos os sentidos e constituirá mais um factor de pressão e de desperdício do sistema de serviços de saúde cabo-verdiano sem a necessária tradução nos benefícios para a saúde da população.

4.1.5 Centros de PMI/PF

Em relação aos Centros de PMI/PF, funcionando nas áreas dos HR - de S. Filipe, Assomada e R.^a Grande -, sugerimos que, no âmbito da regionalização preconizada neste documento, venham a ser objecto duma intervenção na sua capacitação e funcionamento, para assumirem o papel que lhes deve caber, enquanto centros de referência e de apoio regional e acompanhar o desenvolvimento dos Centros da Praia e Mindelo.

Nesse intervenção, especial atenção deve ser dada à fixação do quadro do pessoal, com definição das respectivas carreiras e incentivos.

4.1.6 Hospitais Centrais

O serviço hospitalar constitui um elemento do sistema de serviços de saúde que tem custos elevados pelo que uma política coerente de prestação de cuidados de saúde deve promover a redução, ao mínimo, do número de doentes carentes de hospitalização e, embora mantendo a um nível razoável as exigências desta, reduzir a necessidade de novos hospitais. Por isso há que apostar numa medicina integral (promocional, preventiva, curativa) e na oferta de cuidados o mais próximo possível do domicílio, devendo o hospital geral integrar-se no sistema de oferta, complementando esta com meios mais complexos e diferenciados de prestação de cuidados e servindo portanto como centro de referência dos serviços de saúde da respectiva área de abrangência.

Um dos objectivos a atingir com a criação de um HC deverá ser a autonomia de uma dada região em todos os tipos de cuidados de saúde. Contudo, a vertente terciária exige avultados investimentos em formação especializada, equipamentos de ponta e instalações apropriadas pelo que é aconselhável que a população a servir seja importante, em número, para que os meios e o pessoal sejam utilizados em pleno e com o máximo de eficácia de forma a justificar os pesados investimentos feitos.

É com estes pressupostos que se propõe a implementação duma complementaridade funcional entre os dois Hospitais Centrais de Cabo Verde na criação e funcionamento de alguns serviços altamente especializados, que constituem cuidados terciários de ponta. Naturalmente que a escolha obedecerá a uma série de critérios entre os quais se ressalta a situação epidemiológica prevalecente na respectiva área de abrangência preferencial do HC mas, também, os meios e as condições de comunicação existentes.

A organização dessas duas partes altamente diferenciadas, num ou noutro dos dois HC, deverá ser no sentido dum centro hospitalar de ponta que sirva de referência para todo o território nacional.

Mas a complementaridade deverá organizar-se também na vertical, para apoiar de forma programada e contínua os hospitais regionais e centros de saúde satélites, nos diversos domínios da actuação destes, contribuindo para a melhoria das respostas destes níveis de prestação.

O reforço da capacidade de intervenção desses níveis tem como repercussão, aumentar substancialmente a qualidade da atenção primária oferecida e, conseqüentemente, aliviar o peso dos cuidados primários e de boa parte dos secundários ambulatoriais nos HC, canalizando recursos para a prestação terciária.

Quanto aos cuidados secundários hospitalares, não havendo lugar do ponto de vista técnico e financeiro para implantação de um hospital regional nas cidades de Praia ou Mindelo, é de se considerar esta função dentro da estrutura dos HC, tal como já vem sendo desempenhada, procurando-se delimitar os respectivos campos por forma a não comprometer o desenvolvimento da vertente terciária.

Os HC em Cabo Verde prestam cuidados de saúde que cabem nos três níveis de complexidade de atenção (primária, secundária e terciária) e, conhecida a nossa realidade geográfica, demográfica e sócio-cultural, é de se prever que continuarão a prestá-los. No decorrer da preparação do projecto Saúde urbana para a cidade da Praia, em 1996, foi constatado que o HAN é a entidade mais activa na Atenção Primária curativa, a nível não só da cidade mas também da ilha de Santiago, com reflexos negativos nas suas funções junto dos doentes internados. Nessa altura fora proposto uma organização, eficaz e eficiente, da atenção primária no hospital como condição para melhorar a qualidade de atendimento no mesmo. Consideramos que esta proposta continua válida e merece que se continue a pensar nela como uma alternativa para a solução dos problemas de «congestionamento e sobrecarga» de que os hospitais se queixam.

A reorganização e adequação dos HC à sua missão primeira constitui a tarefa primordial, num quadro de reformulação do sistema de saúde que se queira encetar, para dar maior peso aos cuidados terciários, os quais deverão constituir o objectivo principal de intervenção dum hospital desse nível.

4.1.7 Camas hospitalares

A realidade nacional sobre a *ratio* cama por habitante aponta uma ausência de critérios no estabelecimento desse indicador, que pudessem orientar a distribuição de camas de internamento pelo país, apresentando relações bem díspares, de estrutura para estrutura.

Assim, julgamos que, no âmbito do reajustamento da rede, a intervenção a fazer-se nesse domínio deva ser, mais do que um aumento discriminado de camas, no sentido de melhor re-distribuição dos leitos de internamento, para correcção das situações mais marcantes. Refira-se ao caso do interior de Santiago, com índices inferiores à média e a Mosteiros, praticamente sem camas.

Em relação aos Hospitais Regionais e aos Centros de Saúde torna-se necessário ver como usar melhor a capacidade instalada ou, então, estabelecer uma lotação oficial mais consentânea com a realidade, reduzindo-a. Veja-se os casos de S. Nicolau (3,56 camas por mil habitantes) e Sal (2,35) com índices de camas contraditórios com as taxas de ocupação.

4.2 Perspectivas de desenvolvimento da rede sanitária num horizonte de 5 anos

Tendo em conta a provável desactualização dos dados do Recenseamento de 1990 e a imprecisão de algumas informações recolhidas quanto ao movimento das deslocações das populações para as estruturas de saúde, optou-se por uma proposta de desenvolvimento da rede para um horizonte de 5 anos, devendo-se, então, reavaliar a situação demográfica com os dados do novo Censo, e as alterações entretanto ocorridas no funcionamento da nova rede.

É importante ter presente que não se pode definir com precisão alterações na rede, sem que sejam introduzidas correcções possíveis, e por vezes marcantes, no funcionamento das estruturas existentes.

Para a melhoria no funcionamento das estruturas é igualmente importante que seja retomada, com dinamismo, a estratégia móvel de prestações de cuidados, sobretudo dirigida para populações dispersas de difícil acesso.

Damos particular destaque à criação da figura do Enfermeiro de Saúde Pública para se ocupar, fundamentalmente da supervisão e prestação de cuidados nas estruturas menos complexas. Deve, para isso, ser dotado de meios, nomeadamente de transporte, para cumprimento das tarefas.

As propostas que são apresentada a seguir, por concelho, irão produzir uma alteração na rede de estruturas que se resume da seguinte forma:

- A criação de 8 novas USB e a abertura de mais 3, construídas mas que não estão em funcionamento;
- A adopção de soluções alternativas à construção de edifícios de USB para 5 zonas críticas;
- A transformação de 8 USB em PS, sendo 6 no horizonte dos 5 anos, podendo as restantes 2 ser posteriormente;
- A transformação de 5 PS em CS, dois numa primeira fase e carecendo os restantes duma re-análise da solução após melhorias de funcionamentos dos Postos;
- A criação de 3 CS urbano;
- A manutenção do sub-sistema hospitalar com os 2 HC e os 3 HR.

4.2.1 Concelho de Boa Vista

Considerando suficiente a rede de estruturas de saúde do concelho, os investimentos deverão ser no sentido do aperfeiçoamento do seu funcionamento e rentabilização das estruturas existentes.

Assim, recomenda-se:

Reforçar a capacidade do Centro de Saúde, em pessoal e equipamento

A construção do novo edifício para o Centro de Saúde, já programado, no seu dimensionamento e estruturação deve ter em conta os critérios definidos para uma cobertura da população boa e rentável, evitando-se desperdícios ou custos recorrentes não justificáveis.

Dotar a DS com um enfermeiro de saúde pública

A afectação dum enfermeiro com meios de locomoção para supervisão das unidades sanitárias de base e orientação das actividades de saúde pública, incluindo a PMI/PF.

Implementar um plano de visitas médicas

A adopção e o cumprimento de um plano de visitas médicas integrais a todas as localidades do concelho representa uma boa alternativa de prestação de cuidados de saúde.

4.2.2 Concelho da Brava

Considerando suficiente a rede de estruturas de saúde do concelho, e a fácil acessibilidade aos serviços de saúde;

Recomenda-se:

Reorganizar os serviços do Centro de Saúde

A melhoria do funcionamento do Centro de Saúde e do aproveitamento do pessoal de enfermagem, que é completamente absorvido pela vertente hospitalar.

Manter a estrutura de Furna como USB

A USB em Furna é considerada suficiente para cobrir a população residente, devendo ser apoiada, na melhoria da gama e qualidade dos cuidados, por uma atenção particular da equipa do Centro de Saúde através de deslocações com frequência programada.

Obs: Para a zona de **Lomba/Tantum**, devido ao número diminuto de habitantes (162) que não justifica uma USB mas, tendo em conta o afastamento duma estrutura de saúde, propõe-se, como solução alternativa, dotá-la com um Agente Comunitário (voluntário), residente na localidade.

4.2.3 Concelho dos Mosteiros

Considerando suficiente a cobertura da população pelas estruturas de saúde, e tendo em conta o estado do Centro de Saúde;

Recomenda-se:

Edificar o Centro de Saúde

A construção do novo edifício para o Centro de Saúde é urgente como suporte a melhor prestação, sem se perder de vista a relação de referência com o Hospital Regional de S. Filipe.

Reforçar o pessoal de enfermagem no Centro de Saúde.

Adequar a organização dos serviços

Em especial a dotação do enfermeiro responsável pela supervisão das USB's e as actividades de saúde pública contribuirá para a melhoria do funcionamento dos serviços.

Obs: - em termos de rentabilidade, e dentro dos critérios definidos, não se considera conveniente a criação de postos sanitários.

4.2.4 Concelho de S. Filipe

Considerando a necessidade de melhoria quantitativa e qualitativa da cobertura da rede de estruturas;

Recomenda-se:

Transformação do Posto Sanitário de Ponta Verde

Numa primeira fase, o reforço de capacidade do PS de Ponta Verde em pessoal (enfermeiro), meios de deslocação e equipamento para actuação no Posto e supervisão das USB da área.

Para uma segunda fase, que pode ser além do horizonte de tempo considerado, recomenda-se a transformação desse Posto Sanitário em Centro de Saúde.

Reorganizar o PS de Cova Figueira

A melhoria do funcionamento do PS de Cova Figueira para aumentar a resposta directa e assumir o seu papel de referência e supervisão das USB's da freguesia de S.ª Catarina.

Transformar a USB de Campanas de Baixo em Posto Sanitário

Numa segunda fase, podendo ser além do horizonte dos 5 anos, propõe-se a transformação da USB de Campanas de Baixo em Posto Sanitário, tendo em conta o volume de população que serve (3 000), em condições de acesso difícil a cuidados médicos ou de enfermeiro.

Criar uma USB em Curral Grande

A criação de uma USB na freguesia de S. Lourenço, localizada na zona de Curral Grande (como teria sido projectada há alguns anos), poderia dar resposta imediata a cerca de 39% da população com acesso mais demorado ao PS de Ponta Verde.

Criar uma USB em Lagariça

Na freguesia de N.ª Sr.ª da Conceição, na zona de Lagariça, onde existe uma população que, embora com acesso facilitado pelas estradas, tem uma dimensão apreciável (000)

Reabrir a USB de Fonte Aleixo.

4.2.5 Concelho do Maio

Considerando que a rede de estruturas de saúde existente é suficiente para o concelho;

Recomenda-se:

Reforçar a capacidade do Centro de Saúde

Adoptar uma estratégia móvel de prestação de cuidados de saúde

Através da dotação de meios de deslocação e de intervenção da equipa do Centro e do enfermeiro do PS de Pedro Vaz, para fazer a supervisão.

Obs. - a transformação da USB da Calheta em Posto Sanitário, para uma população cujo acesso aos cuidados médicos é fácil, não se justifica tendo em conta os critérios técnicos definidos.

Em termos de rentabilidade, mais um enfermeiro seria melhor aproveitado no Centro de Saúde para supervisão e apoio das USB's.

4.2.6 Concelho da Praia

Considerando a existência de um plano de desenvolvimento da saúde urbana e as dificuldades de acesso na zona rural;

Recomenda-se:

Implementar as recomendações do estudo “Saúde Urbana para a cidade da Praia”

A implementação do desenvolvimento da saúde urbana com a criação de novos centros de saúde em Achada Grande Trás, Paiol e Palmarejo, a construção de novas instalações para os centros de saúde de Achada Sto. António e Achadinha, e a ampliação do centro de Ponta d'Água.

O estudo e implementação de um plano director da assistência hospitalar, tendo em atenção a referência regional/nacional.

Reorganizar a prestação de serviços pelo PS de Cidade Velha

A melhoria do funcionamento do PS de Cidade Velha exige aumentar o volume e a qualidade das respostas serviços e a adopção duma estratégia móvel de prestação de cuidados de saúde à população da zona e supervisão das USB's.

Centro PMI/PF de Fazenda

O desenvolvimento da atenção integral à mulher¹⁶ e à criança¹⁷ pelo Centro de PMI/PF de Fazenda.

¹⁶ In *Nova Estratégia de Protecção Materna e Infantil*, Atelier de PMI/PF, Tarrafal, Dez 94. Integra: abordagem da sexualidade; ginecologia ambulatoria; atendimento pré-natal; atendimento ao parto; atendimento no pós-parto e assistência psico-social à mulher/família.

¹⁷ *Idem, idem. Integra*: vacinação; vigilância do desenvolvimento; diagnóstico familiar; atenção curativa do 1º nível; consulta de pediatria de 2º nível/ referência e intervenção social

4.2.7 Concelho de S. Domingos

Considerando o projecto de edificação do novo Centro de Saúde, em desenvolvimento e tendo em conta as informações de que se encontram programadas pela Câmara Municipal novas USB's em Água de Gato, Banana e Vale da Costa, as estruturas existentes são suficientes;

Assim, recomenda-se:

Acelerar a edificação do Centro de Saúde

Aumentar o número de enfermeiros

Com especial ênfase no enfermeiro de saúde pública para o apoio e a supervisão das USB's.

4.2.8 Concelho de Sta. Catarina

Considerando a necessidade de melhoria da cobertura da população e a distribuição das estruturas de saúde no concelho;

Recomenda-se:

Criar um Centro de Saúde nos Picos

A transformação do PS de Picos em Centro de Saúde, aumentando a sua capacidade de resposta, em termos de pessoal, equipamentos e edifício.

Transformar a USB de Chã de Tanque em Posto Sanitário

Tendo em conta a população a coberta e as dificuldades de acesso para algumas zonas.

Criar novas USB's

Nas zonas de Picos Acima, Leitão Grande e João Dias, dada a dimensão da população de cada uma das zonas e, sobretudo, os acessos difíceis.

Pôr a funcionar as USB's já construídas

A abertura das USB's de Achada Lém e Saltos Acima construídas mas fechadas.

4.2.9 Concelho de Sta. Cruz

Considerando a rede de estruturas de saúde suficiente, mas tendo em conta o estado actual do CS de Pedra Badejo e do PS de Órgãos;

Recomenda-se:

Acelerar os planos de construção do novo edifício para o Centro de Saúde.

Reconverter o PS de Órgãos a Centro de Saúde

Re-analisar o projecto de remodelação do PS de Órgãos, tendo presente uma futura conversão deste PS em Centro de Saúde.

Criar e manter uma equipa de supervisão

A afectação dum enfermeiro, dotado de meios de locomoção, para apoio técnico e supervisão das USB e orientação das actividades de saúde pública é uma alternativa para a melhoria da prestação de cuidados.

4.2.10 Concelho de Tarrafal

Considerando que a rede de estruturas de saúde no concelho garante uma cobertura aceitável, mas que torna-se tecnicamente difícil a implantação de novas, pela dispersão da população;

Recomenda-se:

Reforçar a estratégia móvel

O reforço da estratégia móvel da equipe do Centro de Saúde, incluindo a assunção da figura do enfermeiro de saúde pública e a dotação de meios para deslocações de apoio e supervisão às USB do concelho.

Transformar a USB de Chão Bom em Posto Sanitário

A criação dum PS em substituição da USB de Chão Bom, numa primeira fase, justifica-se pela população residente na zona e pelos problemas de saúde frequentes encontrados

Criar um PS em Chã de Junco

A transformação de USB de Chã de Junco em Posto Sanitário, numa segunda fase, além do horizonte dos 5 anos.

4.2.11 Concelho de Calheta

Considerando o volume da população a servir, a degradação do edifício PS e dos equipamentos e materiais existentes, que não oferecem as mínimas condições de trabalho com qualidade, a existência de um plano de construção de um edifício para o Centro de Saúde e, ainda, que a rede de USB's é suficiente;

Recomenda-se:

Edificar o Centro de Saúde

A construção, num curto lapso de tempo, do novo Centro de Saúde, projectando-se desde já o aumento de recursos humanos e equipamentos, para se poder ter condições para oferecer cuidados de saúde mais complexos e de maior qualidade à população.

Criar o PS de Achada Monte

A transformação da USB de Achada Monte em Posto Sanitário, dado o seu afastamento da sede do concelho e a população coberta, à qual adiciona-se os povoados limítrofes do concelho de Tarrafal.

4.2.12 Concelho do Sal

Considerando que este concelho apresenta uma boa cobertura da população pelas estruturas de saúde existentes,

Assim, recomenda-se:

Construir um novo edifício para o Centro de Saúde do Sal

Na eventualidade da construção dum novo edifício, para substituir as actuais instalações, justificada pelo encravamento, pela inexistência de áreas de expansão ou de segurança, a estrutura deve continuar sendo um Centro de Saúde, pela falta de ‘massa crítica’ para justificar, tecnicamente um hospital.

Incentivar o investimento do sector privado de saúde para apoio ao turismo

Dadas as características da clientela turística, a estratégia de prestação de cuidados deve assentar na iniciativa privada, criando alternativas de ponta para eventuais problemas de saúde dessa população flutuante e todo estímulo deverá ser nesse sentido. Qualquer intervenção que o sector público quiser desenvolver deve ser nessa perspectiva e não misturada com as soluções públicas, essencialmente dirigidas para a população.

Adoptar um Plano de Emergência para o Aeroporto do Sal

Estudar e implementar um plano de emergência que englobe, na vertente saúde, a participação de outras estruturas nomeadamente as mais diferenciadas do país, com a clarificação e fixação do papel de cada uma, incluindo a do Sal, numa eventual emergência.

4.2.13 Concelho do Paúl

Considerando que o concelho apresenta uma boa distribuição das suas estruturas, apesar da existência de algumas zonas em difíceis condições de acessibilidade a cuidados de maior qualidade;

Recomenda-se:

Criar o PS de João Vaz.

A transformação da USB de João Vaz em posto sanitário, através da afectação dum enfermeiro e a colocação de equipamentos e materiais indispensáveis para essas funções.

4.2.14 Concelho do Porto Novo

Considerando que a rede de estruturas existente é capaz de dar uma cobertura satisfatória à população que é, na sua maior parte, dispersa por uma área extensa;

Recomenda-se:

Incrementar a estratégia móvel de prestação de cuidados de saúde

O reforço da capacidade de mobilidade da equipe de saúde do concelho, em pessoal e meios, tendo em conta a dispersão da população.

Criar um PS em Ribeira das Patas

A transformação da USB de Ribeira das Patas em Posto Sanitário, pela sua situação e área de influência, tendo entre as suas tarefas garantir a supervisão das USB's da área.

4.2.15 Concelho da Ribeira Grande

Considerando que a rede de estruturas de saúde é suficiente, e que qualquer modificação no estatuto actual dessas estruturas, depende duma modificação da actual disfunção dos postos sanitários e que, em razão da orografia do concelho, algumas zonas apresentam ainda dificuldades de acesso;

Recomenda-se:

Reorganização o funcionamento dos PS

Melhorar o desempenho dos postos sanitários através da introdução de novas valências, do aumento da sua produtividade e do reforço da sua acção de supervisão e apoio das USB's e de prestação global de cuidados.

Construir novas USB/ soluções alternativas

Encarar a hipótese da construção de USB's ou adopção de medidas alternativas nas zonas críticas de Pinhão, Monte Joana, Agriões/Aguada e João Afonso/ Figueiral, tendo em conta o tamanho das populações e as difíceis condições de acesso.

Criar um PS em Manta Velha

Através da transformação da USB de Manta Velha em Posto Sanitário dada a população servida e a distância para o PS de Chã de Igreja.

Criar dois Centros de Saúde

Prever, mas reservando para uma segunda fase, além do horizonte de tempo considerado, o estudo da criação de um Centro de Saúde na freguesia em S. Pedro Apóstolo e de outro em Santo Crucifixo.

4.2.16 Concelho de S. Nicolau

Considerando que existe uma boa rede de estruturas de saúde e uma evidente necessidade de apoio e supervisão das USB's;

Recomenda-se:

Incrementar uma estratégia móvel

Reforçando a capacidade de deslocação do enfermeiro/a do PS de Fajã de Baixo para cobrir em prestação de cuidados e supervisionar as UBS.

Rentabilizar o PS de Praia Branca

Dada a pequena população coberta e sua concentração, o PS de Praia Branca mereceria um caderno de encargos de programas de saúde pública que justificasse a existência de um enfermeiro, dando-lhe ao mesmo tempo motivação para o trabalho.

4.2.17 Concelho de S. Vicente

Considerando a necessidade de reorganizar a prestação de cuidados com a delimitação das estruturas e correspondentes níveis de atenção, a descentralização do local de atendimento e uma extensão efectiva da atenção primária;

Recomenda-se:

Desenvolver um programa de saúde urbana para Mindelo

Implantação e desenvolvimento do conceito e da prática de Centro de Saúde Urbano, com sua dotação em pessoal, equipamentos, materiais e normas de funcionamento, incluindo relacionamento institucional com o Hospital Central, a qual deverá ter em conta uma necessidade de apoio a zonas limítrofes da cidade com menor acesso.

Construção de novas instalações para o CS de Monte Sossego.

Construção de novas instalações para a sede da Delegacia de Saúde, também com funções de Centro de Saúde.

Apoiar e supervisionar as USB, para um funcionamento mais integrado.

Centro de PMI/PF de Bela Vista.

Adopção em pleno e incremento da estratégia de atenção integral da mulher e à criança¹⁸, além das funções actuais.

¹⁸ ver Centro de PMI/PF de Fazenda.

ÍNDICE

Introdução

1 – FUNDAMENTOS.....	3
1.1 CONCEITO DE CARTA SANITÁRIA	3
1.2 PRINCÍPIOS DE ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	5
1.2.1 <i>Pré-condições de qualidade</i>	5
1.2.2 <i>Princípios de prestação de cuidados</i>	6
1.2.3 <i>A satisfação na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados</i>	7
1.3 OS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	9
1.4 CRITÉRIOS	9
Demográficos	10
Geográficos	10
Técnicos	10
Político-Administrativos	11
2 – DISTRITO SANITÁRIO EM CABO VERDE: PROPOSTA	12
2.1 CONCEITO DE DISTRITO SANITÁRIO.....	12
2.2 - DISTRITO SANITÁRIO EM CABO VERDE	13
2.2.1 <i>- Disparidades regionais e heterogeneidades</i>	15
2.2.2 <i>- Estabelecimentos de saúde e sua hierarquia num Distrito Sanitário</i>	17
2.2.3 <i>Como fazer nos Concelhos onde estão sediados os Hospitais Centrais?</i>	19
2.3 - ÁREAS DE CAPTAÇÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS	20
2.4 PROCESSO GESTIONÁRIO DO DISTRITO SANITÁRIO	21
3 – HIERARQUIA DA REDE DE ESTRUTURAS DE SAÚDE E RESPECTIVOS CONTEÚDOS FUNCIONAIS.....	23
3.1 NÍVEL PRIMÁRIO	23
3.1.1 – <i>CENTROS DE SAÚDE</i>	23
Estrutura física	23
Equipamentos – tipo.....	24
Quadro de Pessoal	24
Conteúdo funcional (Prestações).....	25
3.1.2 <i>POSTOS SANITÁRIOS</i>	26
Estrutura física	26
Equipamentos – tipo.....	27
Quadro de Pessoal	27
Conteúdo funcional (Prestações).....	27
3.1.3 <i>UNIDADES SANITÁRIAS DE BASE</i>	28
Estrutura física	28
Equipamentos –tipo –.....	29
Quadro do pessoal	29
Conteúdo funcional (Prestações).....	29
3.2 NÍVEL SECUNDÁRIO	30
3.2.1 <i>Hospital Regional</i>	30
Conteúdo funcional (Prestações).....	30
3.2.2 <i>Centros de Referência Regional de PMI/PF</i>	32
3.3 NÍVEL TERCIÁRIO.....	34
3.3.1 <i>Hospital Central</i>	34
Conteúdo funcional (Prestações).....	35
4 – CONFORMAÇÃO DA REDE DE ESTRUTURAS DE SAÚDE PARA OS ANOS 2 000.....	38
4.1 ASPECTOS GERAIS DA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE ESTRUTURAS DE SAÚDE	38
4.1.1 <i>Unidades Sanitárias de Base</i>	39
4.1.2 <i>Postos Sanitários</i>	40
4.1.3 <i>Centros de Saúde</i>	41
4.1.4 <i>Hospitais Regionais</i>	43

4.1.5	<i>Centros de PMI/PF</i>	44
4.1.6	<i>Hospitais Centrais</i>	44
4.1.7	<i>Camas hospitalares</i>	45
4.2	PERSPECTIVAS DE DESENVOLVIMENTO DA REDE SANITÁRIA NUM HORIZONTE DE 5 ANOS	46
4.2.1	<i>Concelho de Boa Vista</i>	47
4.2.2	<i>Concelho da Brava</i>	48
4.2.3	<i>Concelho dos Mosteiros</i>	49
4.2.4	<i>Concelho de S. Filipe</i>	50
4.2.5	<i>Concelho do Maio</i>	51
4.2.6	<i>Concelho da Praia</i>	52
4.2.7	<i>Concelho de S. Domingos</i>	53
4.2.8	<i>Concelho de Sta. Catarina</i>	54
4.2.9	<i>Concelho de Sta. Cruz</i>	55
4.2.10	<i>Concelho de Tarrafal</i>	56
4.2.11	<i>Concelho de Calheta</i>	57
4.2.12	<i>Concelho do Sal</i>	58
4.2.13	<i>Concelho do Paúl</i>	59
4.2.14	<i>Concelho do Porto Novo</i>	60
4.2.15	<i>Concelho da Ribeira Grande</i>	61
4.2.16	<i>Concelho de S. Nicolau</i>	62
4.2.17	<i>Concelho de S. Vicente</i>	63

Bibliografia

- Brasil, Ministério da Saúde /Secretaria de Assistência à Saúde (1995) *Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde*, Saúde & Tecnologia, Brasília.
- Caetano, Eduardo (1987) *Elementos de programação de Hospitais e Centros de Saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa (pp 233-234).
- Carvalho, I & Loretto, A, *Dados quantitativos e qualitativos sobre a rede dos serviços de saúde em Cabo Verde (subsídios para uma Carta Sanitária)*, Gabinete de Coordenação de Saúde Pública/Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais, Praia, 1987.
- Kleczkowski, B. M. & Pibouleau, R., (1984), *Planification et conception des équipements de santé dans les régions en développement: approches possibles*, OMS, Genève.
- Ministério da Saúde de Cabo Verde, União Europeia, *Saúde Urbana para a Cidade da Praia: vol I – Plano director e volII Plano Estratégico de Atenção Primária*, Saniplan, Praia, 1996.
- Portugal, Ministério da Saúde (1992) *Sistema de Serviços de Saúde: ajustamento da rede (doc. provisório)*, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa.
- OMS (1997), *Amélioration de l'efficacité des centres de santé dans le cadre des systèmes de santé de district: Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS*, Genève
- Cabo Verde, Direcção-Geral de Saúde - (1995) *Nota Estratégia*, PMI/PF

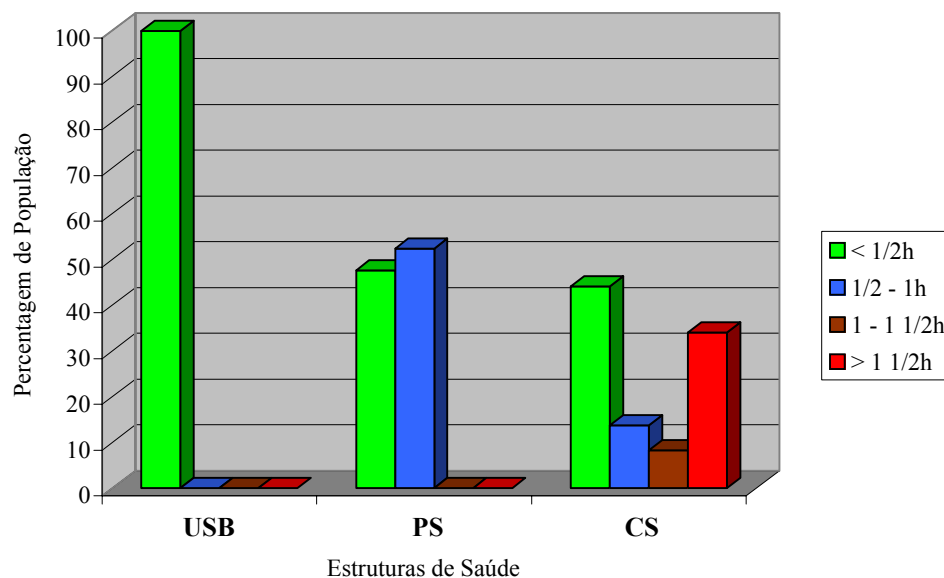
SEPARATA

População Coberta pelas Estruturas de Saúde segundo a distância

Mapas de Cobertura Sanitária – Esquemas de fluxo da demanda

**BOAVISTA: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

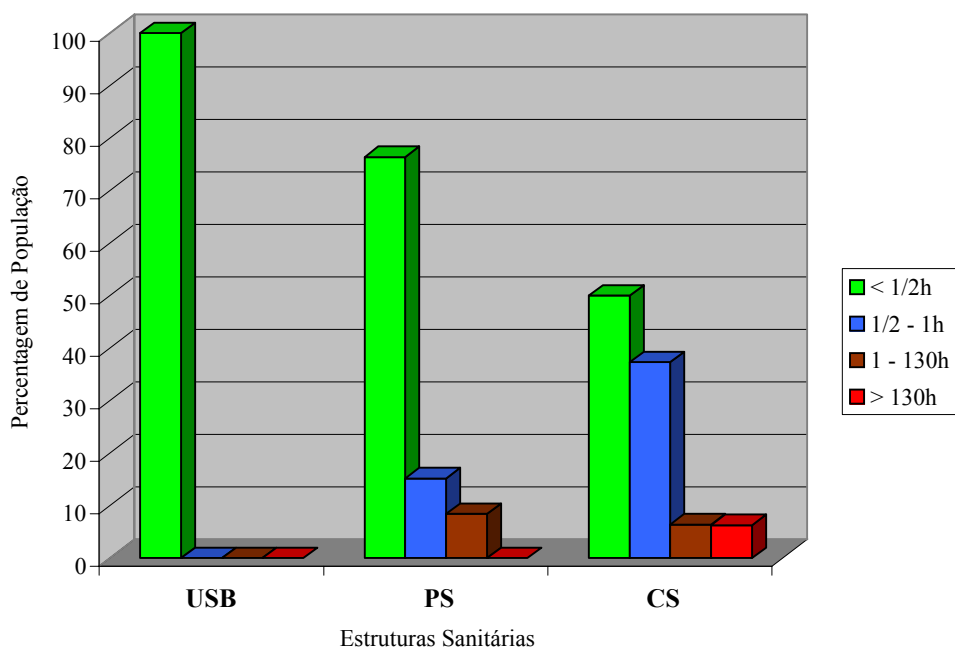
Concelho da Boavista		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Rabil	472	100	0,0	0,0	0,0
	Estância de Baixo	286	100	0,0	0,0	0,0
	Povoação Velha	258	100	0,0	0,0	0,0
	Bofareira	156	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	1172	100	0,0	0,0	0,0
Postos Sanitários						
	Fundo Figueiras	758	47,6	52,4	0,0	0,0
Centro de Saúde						
	Sal-Rei	3.452	44.1	13.7	8.3	34.0

**BOAVISTA: População Coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo a distância**


**BRAVA: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

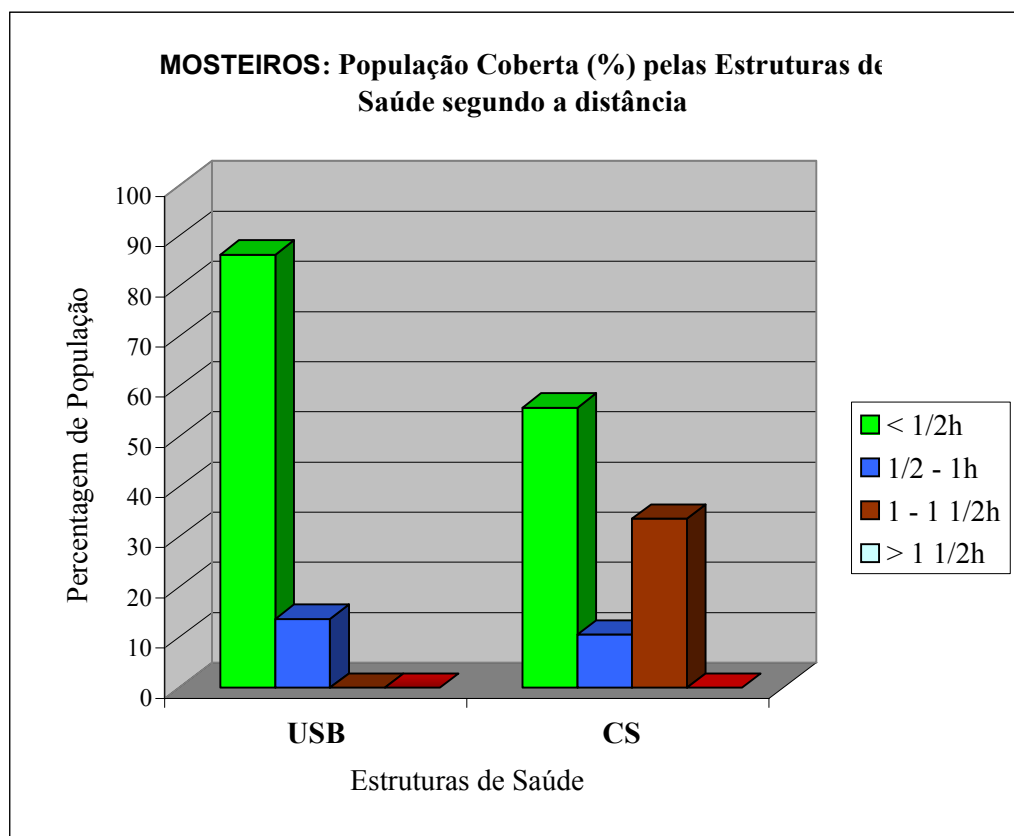
Concelho da Brava		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Furna	681	100	0,0	0,0	0,0
	Cachaço	185	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	866	100	0,0	0,0	0,0
Postos Sanitários						
	N ^a Sr ^a do Monte	1.930	76,4	15,2	8,4	0,0
Centro de Saúde						
	Nova Sintra	6.438	50,0	37,3	6,4	6,3

**BRAVA: População Coberta (%) pelas Estruturas de Saúde,
segundo a distância**



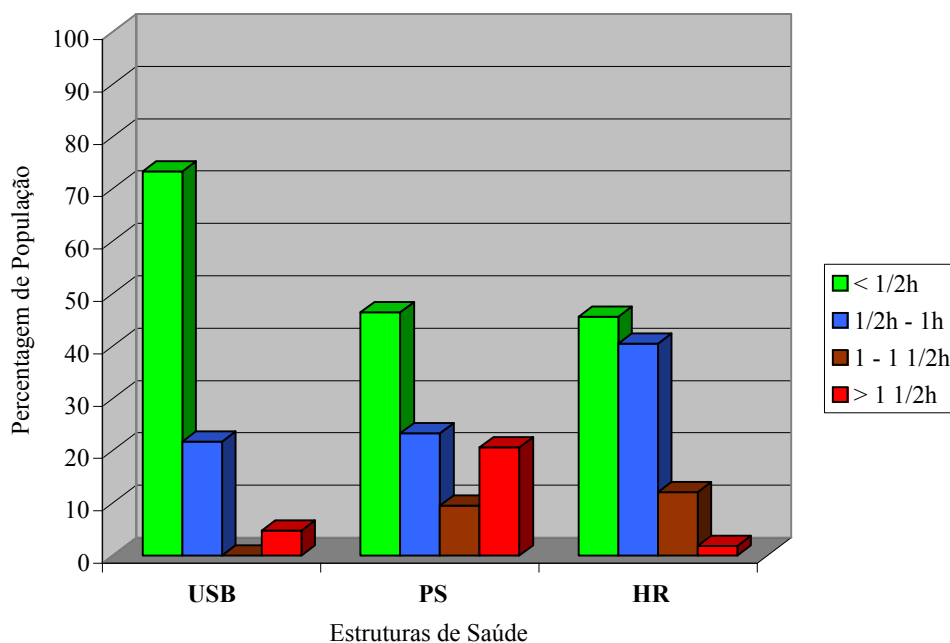
**MOSTEIROS: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

Concelho dos Mosteiros		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Achada Grande	895	100	0,0	0,0	0,0
	Ribeira de Ilhéu	1560	56,3	43,7	0,0	0,0
	Relva	948	100	0,0	0,0	0,0
	Feijoal	1552	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	4955	86,3	13,7	0,0	0,0
Centro de Saúde						
	Vila dos Mosteiros	8.331	55,8	10,6	33,7	0,0



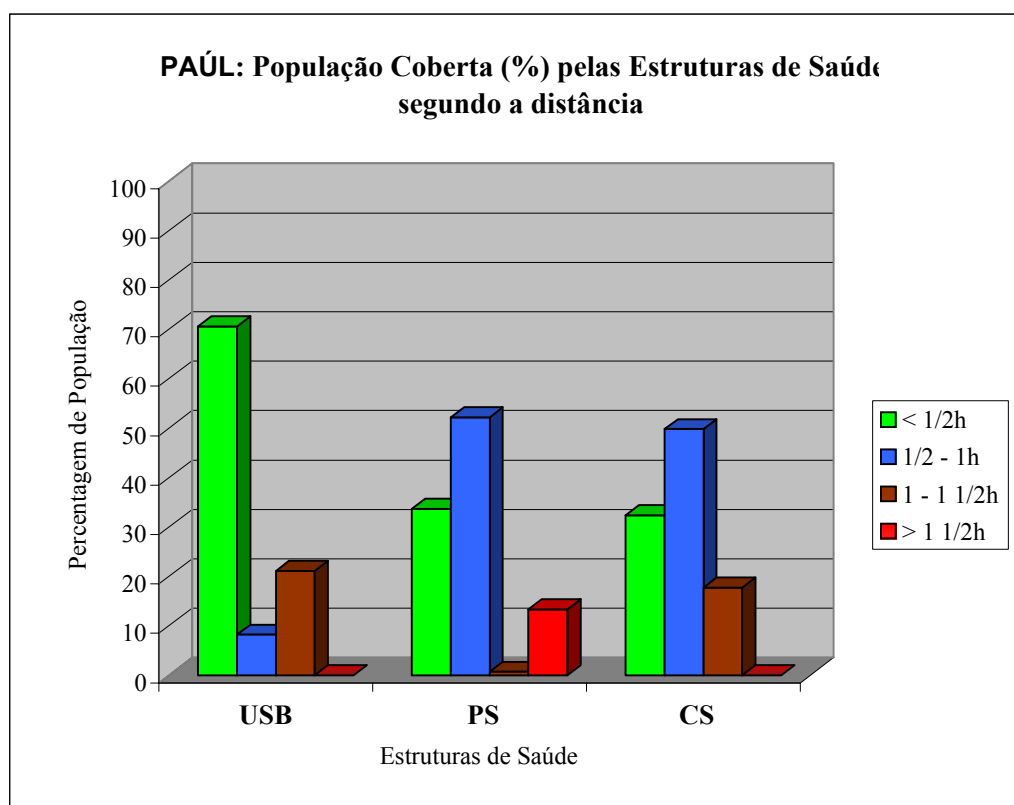
**S.FILIPE: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

Concelho de S.Filipe		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Achada Furna	1527	63,2	36,8	0,0	0,0
	Campanas Baixo	2927	35,2	49,6	0,0	15,2
	Patim	2037	100	0,0	0,0	0,0
	Fonte Aleixo	1255	100	0,0	0,0	0,0
	Monte Grande	1055	100	0,0	0,0	0,0
	Estância Roque	445	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	9246	73,4	21,8	0,0	4,8
Postos Sanitários						
	Cova Figueira	3.524	78,3	19,5	2,1	0,0
	Ponta Verde	8.085	32,5	25,0	12,7	29,8
	sub-total	11.609	46,4	23,4	9,5	20,7
Hospital Regional						
	HR do Fogo	24.762	45,6	40,5	12,1	1,8

**S.FILIPE: População Coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo a distância**


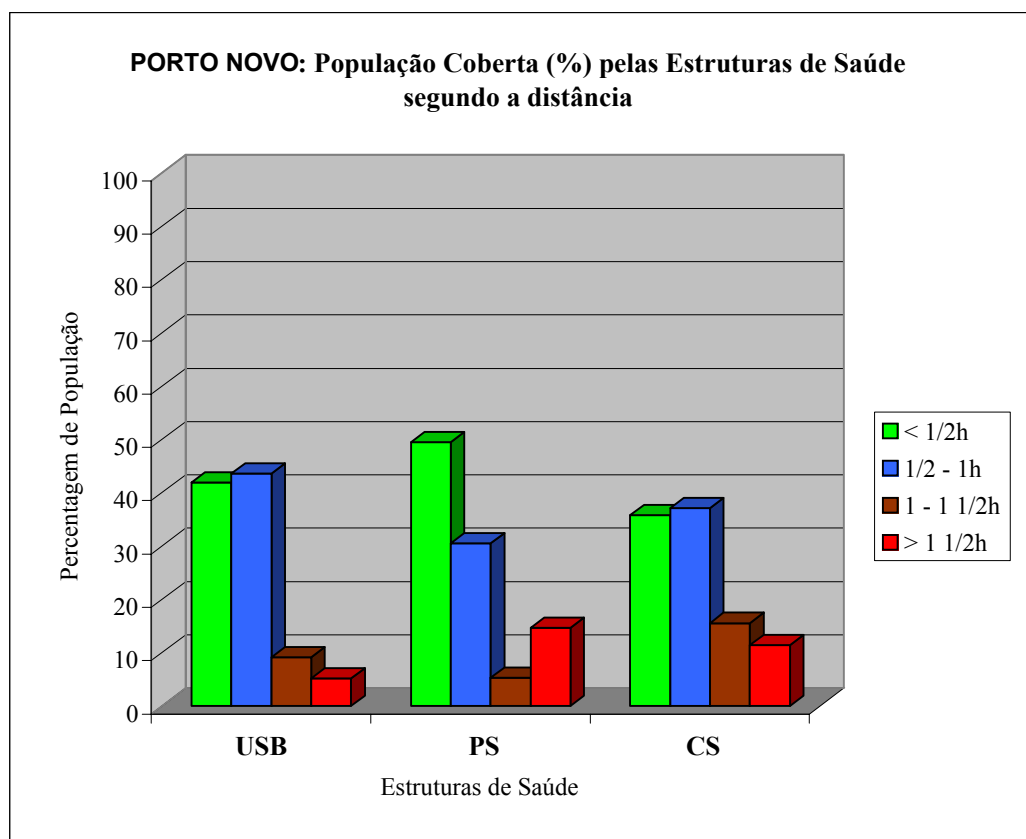
**PAÚL: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

Concelho do Paúl		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Fajã de Janela	626	66,8	21,4	11,8	0,0
	Chã de João Vaz	2721	70,2	4,1	25,7	0,0
	Santa Isabel	309	82,2	17,8	0,0	0,0
	sub-total	3656	70,6	8,2	21,1	0,0
Postos Sanitários						
	Pontinha de Janela	1.560	33,7	52,2	0,7	13,3
Centro de Saúde						
	Paúl	7.870	32,4	49,8	17,7	0,0



**PORTO NOVO: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

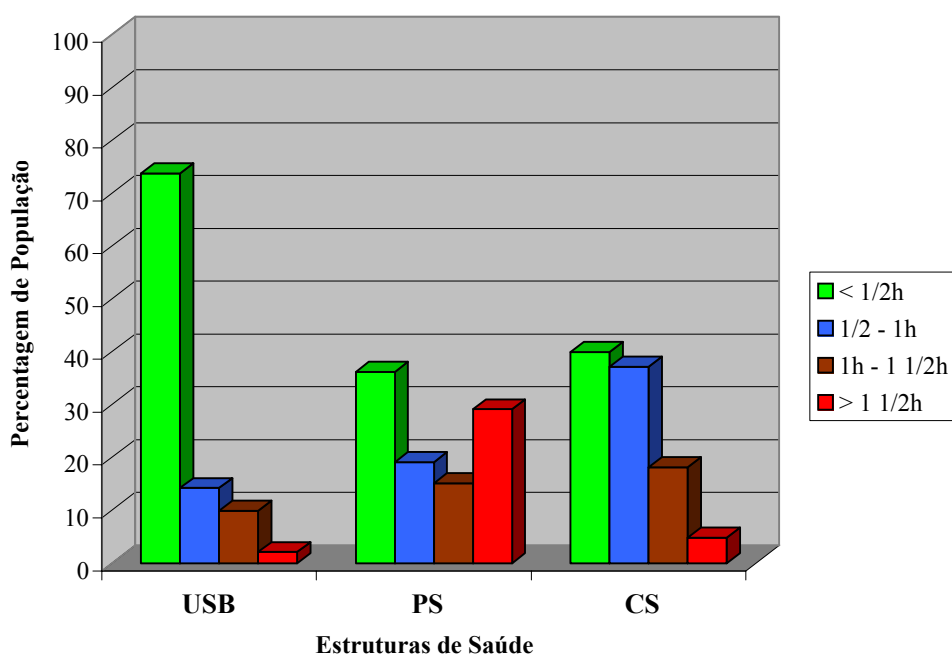
Concelho do Porto Novo		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Chã de Manuelinho	669	3,7	0,0	76,1	20,2
	Chã de Parede	1131	10,3	76,3	0,0	13,4
	Água das Caldeiras	965	3,5	96,5	0,0	0,0
	Ribeira das Patas	1768	71,3	28,7	0,0	0,0
	Monte Trigo	368	100	0,0	0,0	0,0
	Ribeira Fria	234	100	0,0	0,0	0,0
	Ribeira dos Bodes	385	73,2	26,8	0,0	0,0
	sub-total	5520	42,0	43,6	9,2	5,2
Postos Sanitários						
	Alto Mira	1.161	60,7	18,5	0,0	20,8
	Ribeira da Cruz	1.733	28,5	58,8	12,7	0,0
	Tarrafal Monte Trigo	1.245	68,3	2,2	0,0	29,6
	sub-total	4.139	49,5	30,5	5,3	14,7
Centro de Saúde						
	Porto Novo	14.873	35,8	37,1	15,6	11,5



Carta Sanitária de Cabo Verde
**RIBEIRA GRANDE: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
 segundo distância**

Concelho da Ribeira Grande		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Boca Ambas Ribeiras	1749	100	0,0	0,0	0,0
	Manta Velha	1861	80,4	19,6	0,0	0,0
	Figueiras	714	54,6	0,0	30,1	15,3
	Ribeira Alta	294	100	0,0	0,0	0,0
	Marrador	1589	63,4	32,7	4,0	0,0
	Corda	888	72,1	15,8	5,5	6,6
	Lagoa	488	23,8	43,6	26,8	5,7
	Chã de Pedras	1629	67,5	4,6	27,9	0,0
	sub-total	9212	73,7	14,2	9,9	2,1
Postos Sanitários						
	Chã de Igreja	3.771	20,7	27,3	15,7	36,3
	Fajã de Matos	4.500	33,1	18,6	13,2	35,1
	Ponta de Sol	1.928	73,9	3,9	24,8	3,9
	sub-total	10.199	36,2	19,1	15,1	29,6
Hospital Regional						
	HR Sto. Antão	20.851	39,9	37,2	18,1	4,8

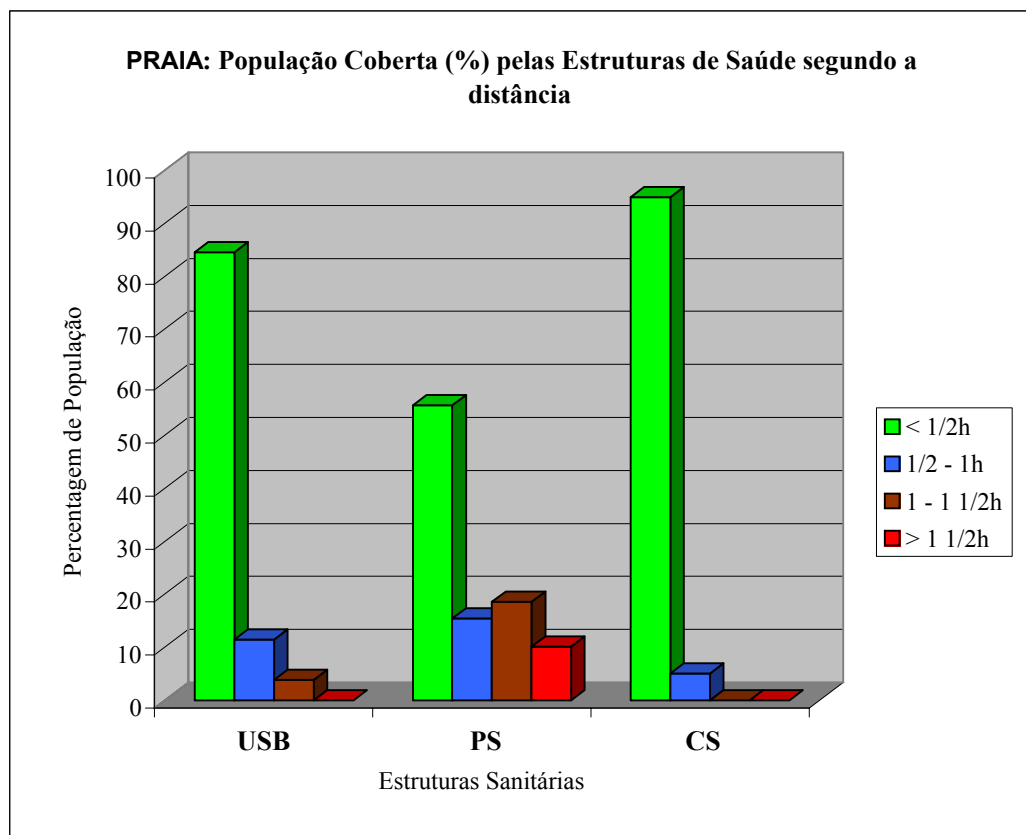
**R. GRANDE: População Coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
 segundo a distância**



Ministério da Saúde/ Gabinete de Estudos e Planeamento

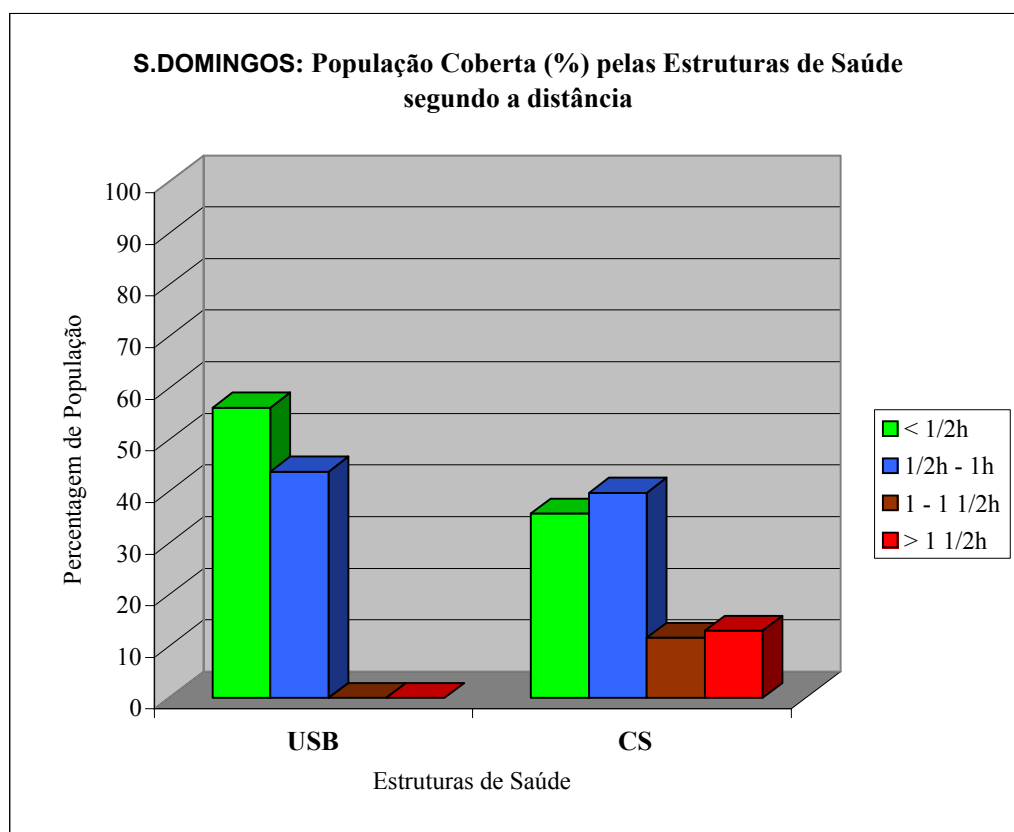
Carta Sanitária de Cabo Verde
PRAIA: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância

Concelho da Praia		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	S. Francisco	803	55,5	44,5	0,0	0,0
	S. Martinho Pequeno	1153	97,2	2,8	0,0	0,0
	Porto Mosquito	609	80,8	0,0	19,2	0,0
	S. João Baptista	897	66,3	20,6	13,0	0,0
	Santana	906	100	0,0	0,0	0,0
	Belém	564	79,3	20,7	0,0	0,0
	S. Tomé	230	100	0,0	0,0	0,0
	Pico Leão	839	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	6001	84,6	11,5	3,9	0,0
Postos Sanitários						
	Cidade Velha	6.227	55,7	15,5	18,6	10,2
Centro de Saúde						
	Achada Sto António	20.385	93,1	6,9	0,0	0,0
	Achadinha	23.748	96,4	3,6	0,0	0,0
	Ponta d' Água	15.732	94,9	5,1	0,0	0,0
	sub-total	59.865	94,9	5,1	0,0	0,0



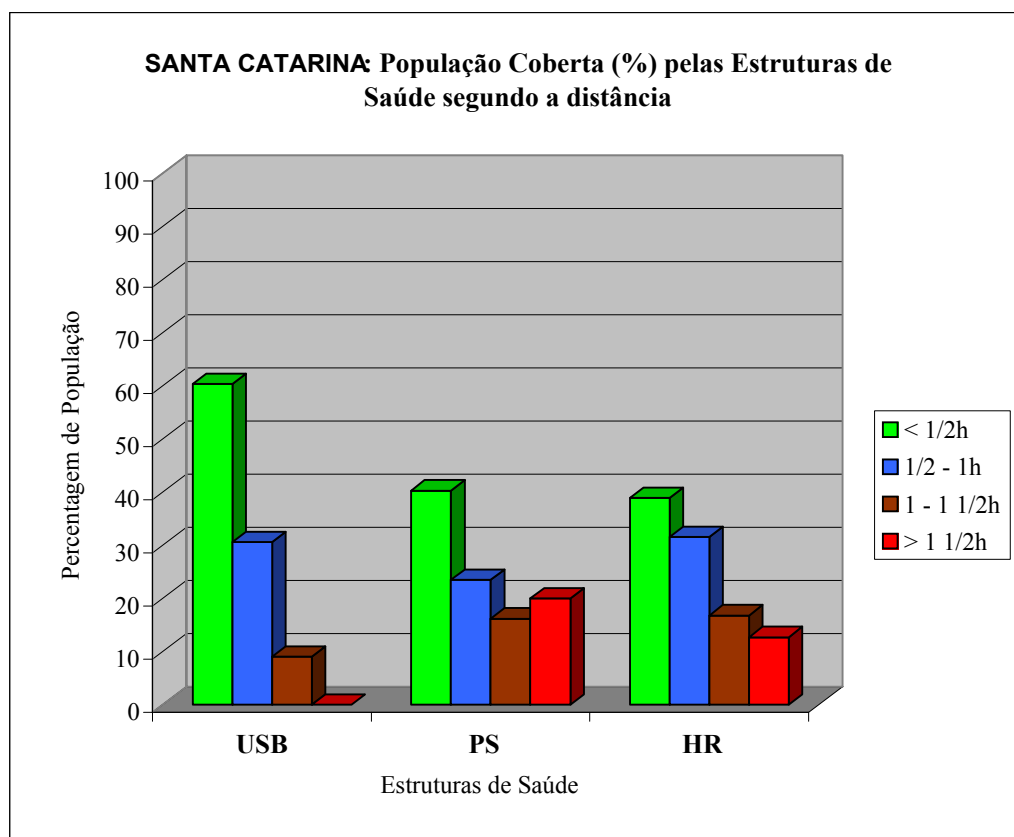
**S.DOMINGOS: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

Concelho de S.Domingos		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Milho Branco	1862	23,5	76,5	0,0	0,0
	Rui Vaz	1430	48,4	51,6	0,0	0,0
	Fontes Almeida	1158	60,3	39,7	0,0	0,0
	Cancelo	1175	77,6	22,4	0,0	0,0
	Praia Baixo	968	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	6593	56,2	43,8	0,0	0,0
Centro de Saúde						
	S. Domingos	11.269	35,7	39,7	11,6	13,0



**Sta CATARINA: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

Concelho de Sta Catarina		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Chã de Tanque	3774	48,7	38,7	12,6	0,0
	Faveta	988	34,1	45,5	20,3	0,0
	Ribeirão Manuel	1065	85,8	14,2	0,0	0,0
	Rincão	755	100	0,0	0,0	0,0
	Figueira das Naus	1463	74,6	4,6	20,8	0,0
	Mato Gêgé	2896	57,7	42,3	0,0	0,0
	sub-total	10941	60,4	30,6	9,0	0,0
Postos Sanitários						
	Picos	10.401	31,3	23,1	20,4	25,2
	Ribeira da Barca	2.701	75,0	25,0	0,0	0,0
	sub-total	13.102	40,3	23,5	16,2	20,0
Hospital Regional						
	HR de Sta. Catarina	41.584	38,9	31,6	16,8	12,7

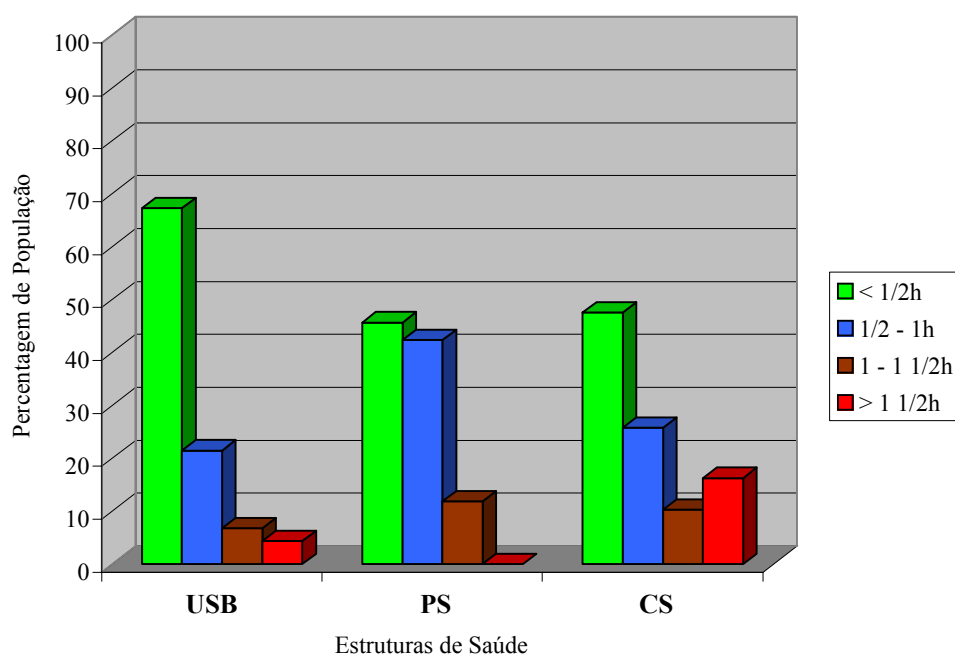


Ministério da Saúde/ Gabinete de Estudos e Planeamento

Carta Sanitária de Cabo Verde
Sta CRUZ: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância

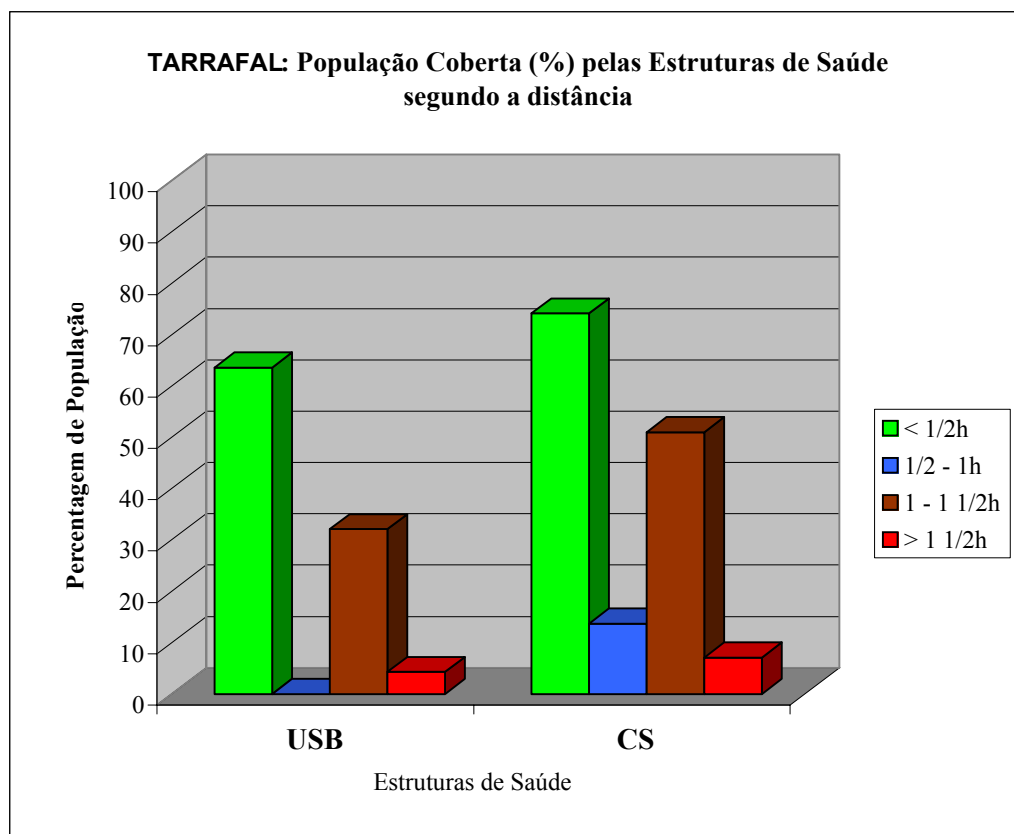
Concelho de Sta Cruz		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Serelho	1062	58,9	41,1	0,0	0,0
	Ribeirão Boi	1689	40,1	28,2	0,0	31,6
	Achada Ponta	331	100	0,0	0,0	0,0
	Renque Purga	1849	41,9	26,4	31,7	0,0
	Boca Larga/Fundura	1840	95,1	0,0	4,9	0,0
	Chã da Silva	1749	56,9	43,1	0,0	0,0
	S. Cristóvão	1220	49,4	38,4	12,2	0,0
	Salto Abaixo	1570	100	0,0	0,0	0,0
	Pico d'Antónia	891	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	12201	67,3	21,5	6,8	4,4
Postos Sanitários						
	Cancelo	4.924	42,7	43,6	13,6	0,0
	Orgãos	7.885	47,5	41,7	10,8	0,0
	sub-total	12.809	45,7	42,4	11,9	0,0
Centro de Saúde						
		18.017	47,6	25,8	10,3	16,3

SANTA CRUZ: População Coberta (%) pelas Estruturas de Saúde segundo a distância



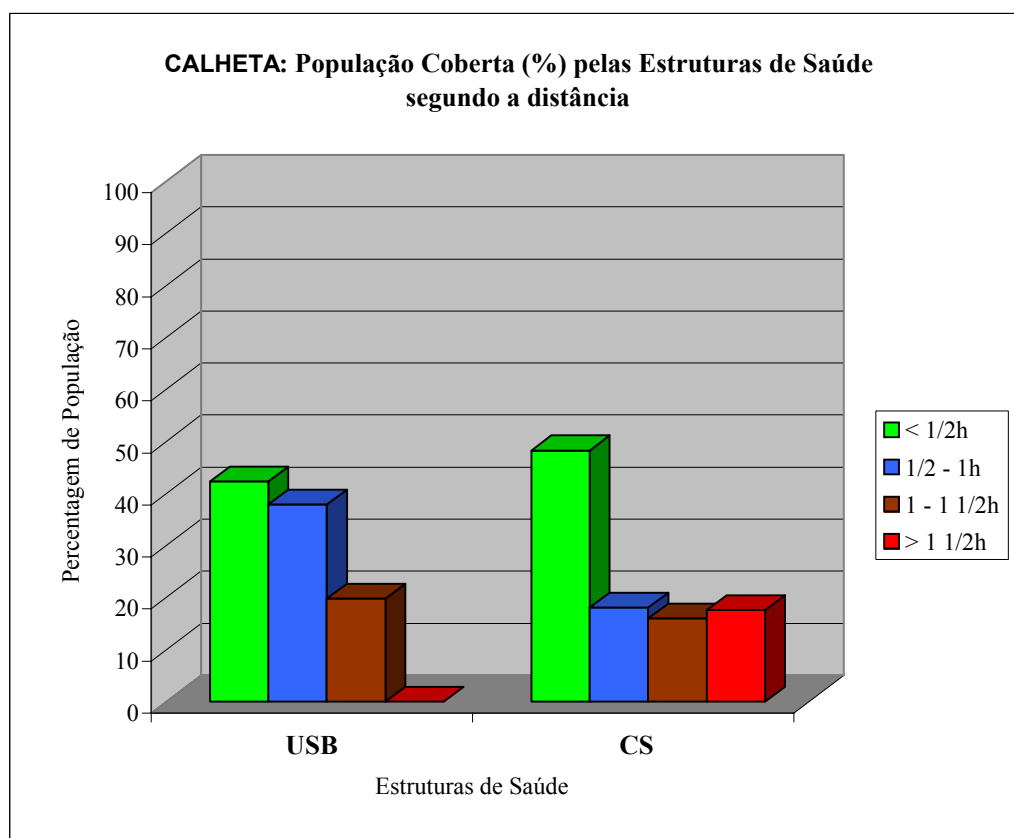
**TARRAFAL: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

Concelho do Tarrafal		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Chão Bom	1845	100	0,0	0,0	0,0
	Achada Longueira	1886	21,8	0,0	61,0	17,2
	Ribeira das Pratas	1111	100	0,0	0,0	0,0
	Chã de Junco	1414	26,6	0,0	73,4	0,0
	Trás os Montes	610	64,9	0,0	35,1	0,0
	Lagoa	623	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	7489	63,6	0,0	32,1	4,3
Centro de Saúde						
	Tarrafal	11.550	74,1	13,7	5,1	7,1



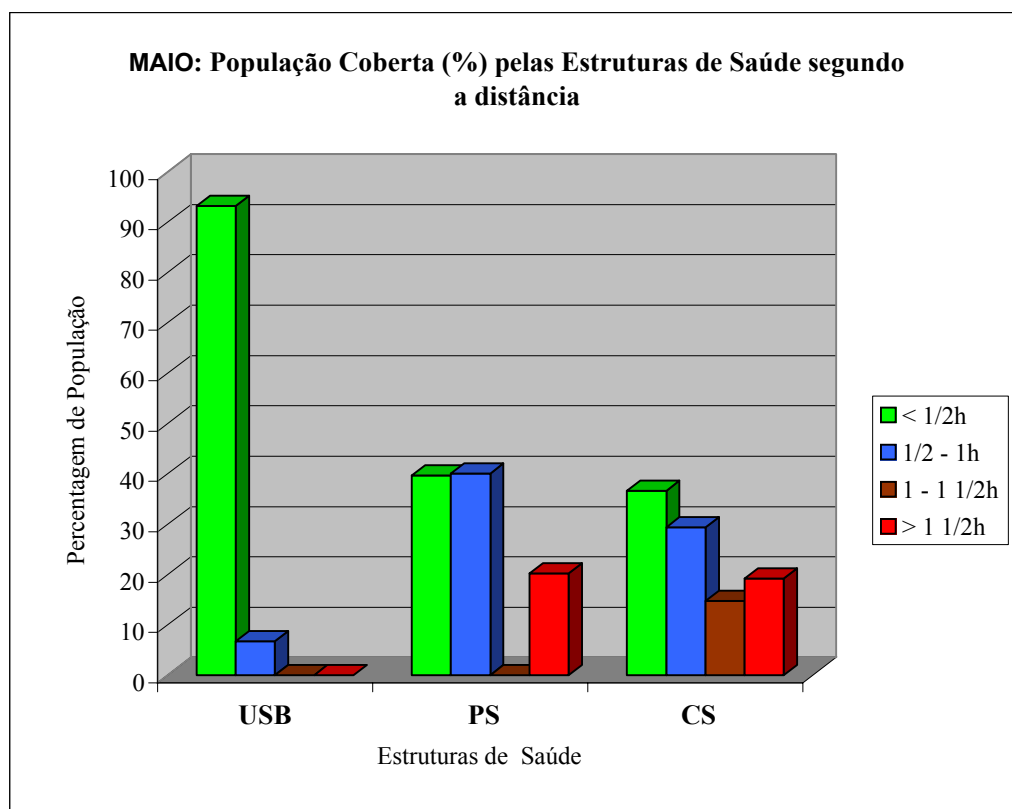
**CALHETA: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

Concelho da Calheta		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Achada Monte	2731	22,2	57,5	20,3	0,0
	Pilão Cão	1767	59,7	19,3	21,0	0,0
	Principal	1899	67,2	22,4	10,4	0,0
	S. Miguel	1449	48,9	0,0	51,1	0,0
	Flamengos	1563	21,4	78,6	0,0	0,0
	sub-total	9409	42,3	37,9	19,8	0,0
Centro de Saúde						
	Calheta	13.786	48,3	18,1	16,0	17,6



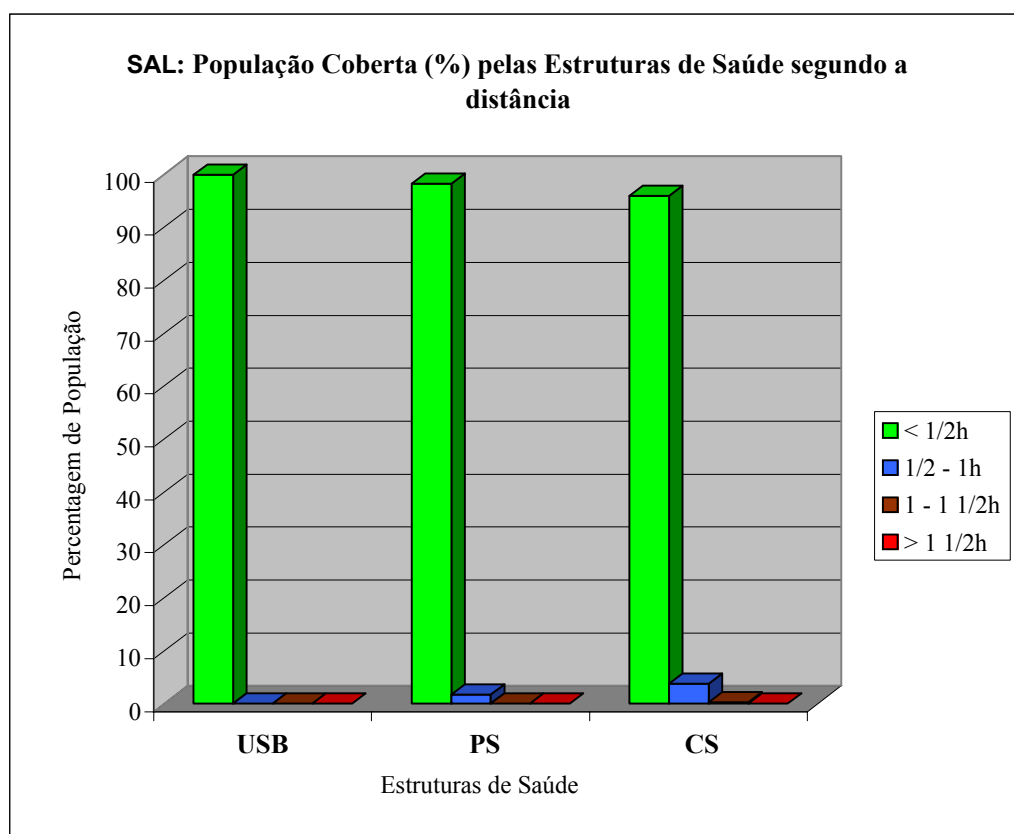
**MAIO: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

Concelho do Maio		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Calheta	914	100	0,0	0,0	0,0
	Morrinho	322	100	0,0	0,0	0,0
	Barreiro	550	100	0,0	0,0	0,0
	Figueira de Horta	595	69,6	30,4	0,0	0,0
	Pilão Cão	284	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	2665	93,2	6,8	0,0	0,0
Postos Sanitários						
	Pedro Vaz	774	39,7	40,1	0,0	20,3
Centro de Saúde						
	Porto Inglês	4.976	36,6	29,4	14,8	19,2



**SAL: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

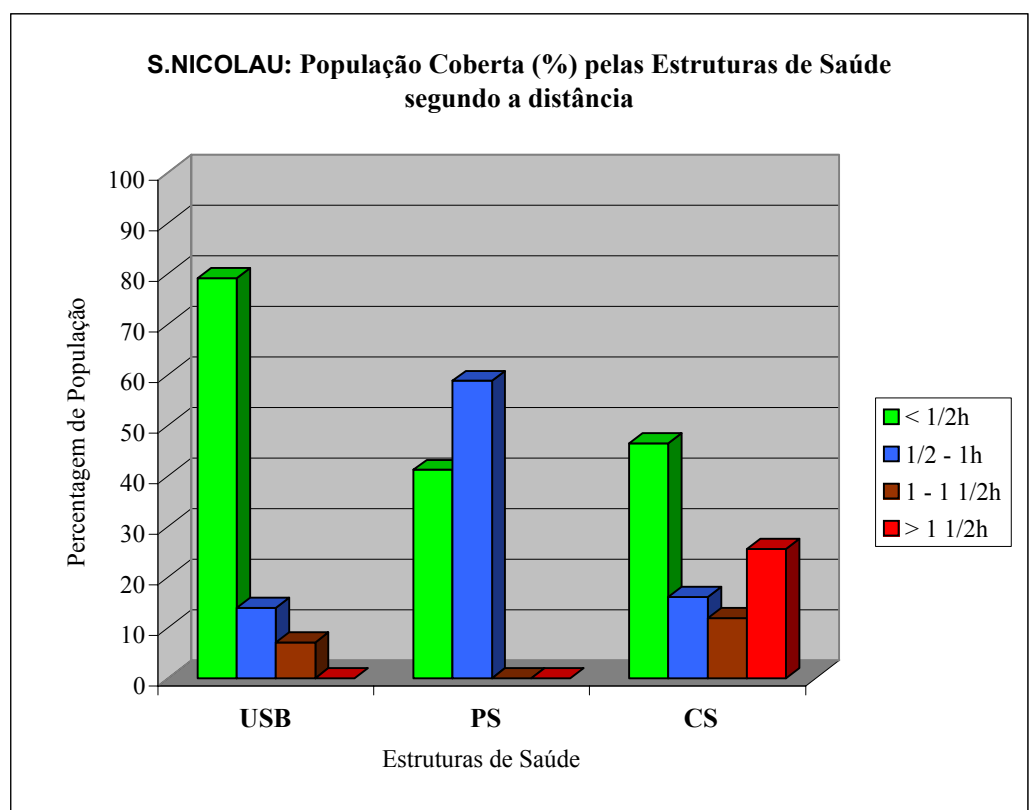
Concelho do Sal		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Palmeiras	444	100	0,0	0,0	0,0
	Pedra de Lume	294	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	738	100	0,0	0,0	0,0
Postos Sanitários						
	Sta. Maria	1.385	98,3	1,7	0,0	0,0
Centro de Saúde						
	Espargos	7.715	95,9	3,8	0,3	0,0



Ministério da Saúde/ Gabinete de Estudos e Planeamento

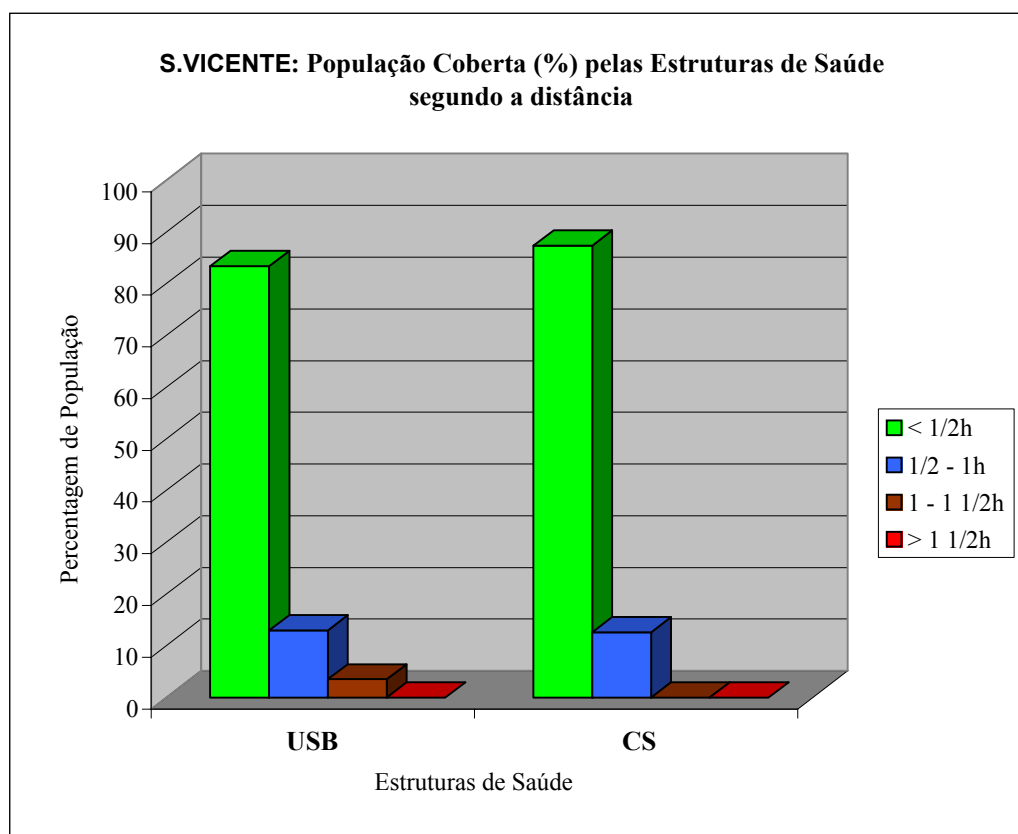
Carta Sanitária de Cabo Verde
S.NICOLAU: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância

Concelho de S.Nicolau		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Queimadas	446	44,2	55,8	0,0	0,0
	Juncalinho	461	100	0,0	0,0	0,0
	Ribeira Prata	678	65,8	0,0	34,2	0,0
	Carriçal	218	100	0,0	0,0	0,0
	Morro Braz	255	100	0,0	0,0	0,0
	Preguiça	435	100	0,0	0,0	0,0
	Hortelã	462	55,0	45,0	0,0	0,0
	Covoadas	338	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	3293	79,1	13,9	7,0	0,0
Postos Sanitários						
	Fajã de Baixo	2.829	28,7	71,3	0,0	0,0
	Praia Branca	599	100	0,0	0,0	0,0
	sub-total	3.428	41,2	58,8	0,0	0,0
Centro de Saúde						
	Ribeira Brava	8.669	40,8	21,6	18,1	19,6
	Tarrafal	4.442	57,7	5,3	0,0	37,0
	sub-total	13.111	46,5	16,1	11,9	25,5

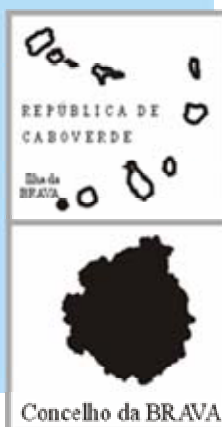


**S.VICENTE: População coberta (%) pelas Estruturas de Saúde
segundo distância**

Concelho de S.Vicente		População coberta	Distância a percorrer			
			< 1/2h	1/2 - 1h	1 - 1 1/2h	> 1 1/2h
Unidades Sanitárias de Base						
	Salamansa	1027	87,0	5,3	7,8	0,0
	S. Pedro	672	100	0,0	0,0	0,0
	Ribeira de Calhau	564	57,3	42,7	0,0	0,0
	sub-total	2263	83,4	13,0	3,5	0,0
Centro de Saúde						
	Fonte Inês	11.749	100	0,0	0,0	0,0
	Monte Sossego	13.466	76,4	23,6	0,0	0,0
	sub-total	25.215	87,4	12,6	0,0	0,0



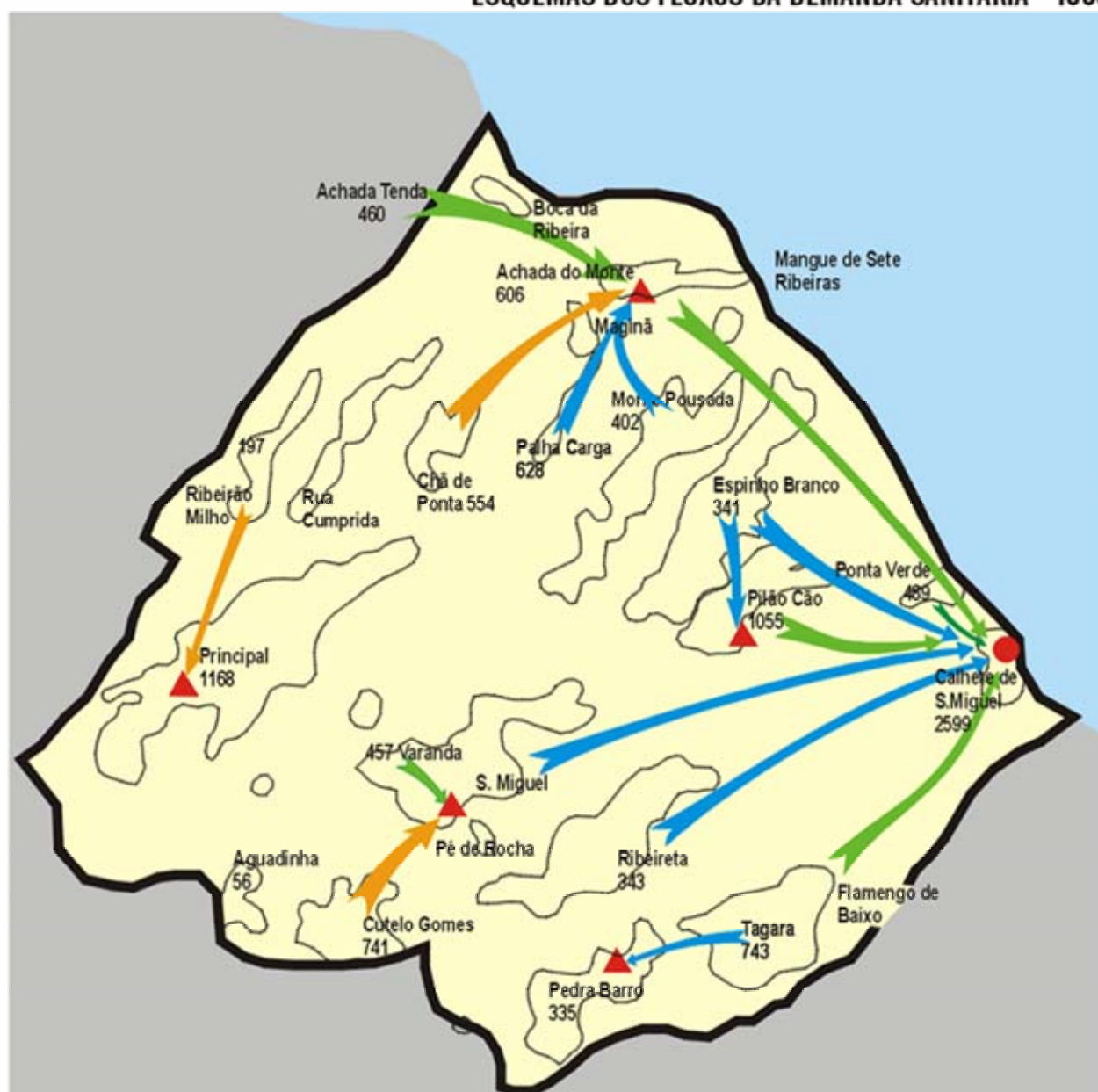
MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DA BRAVA ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998



MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DO TARRAFAL ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998



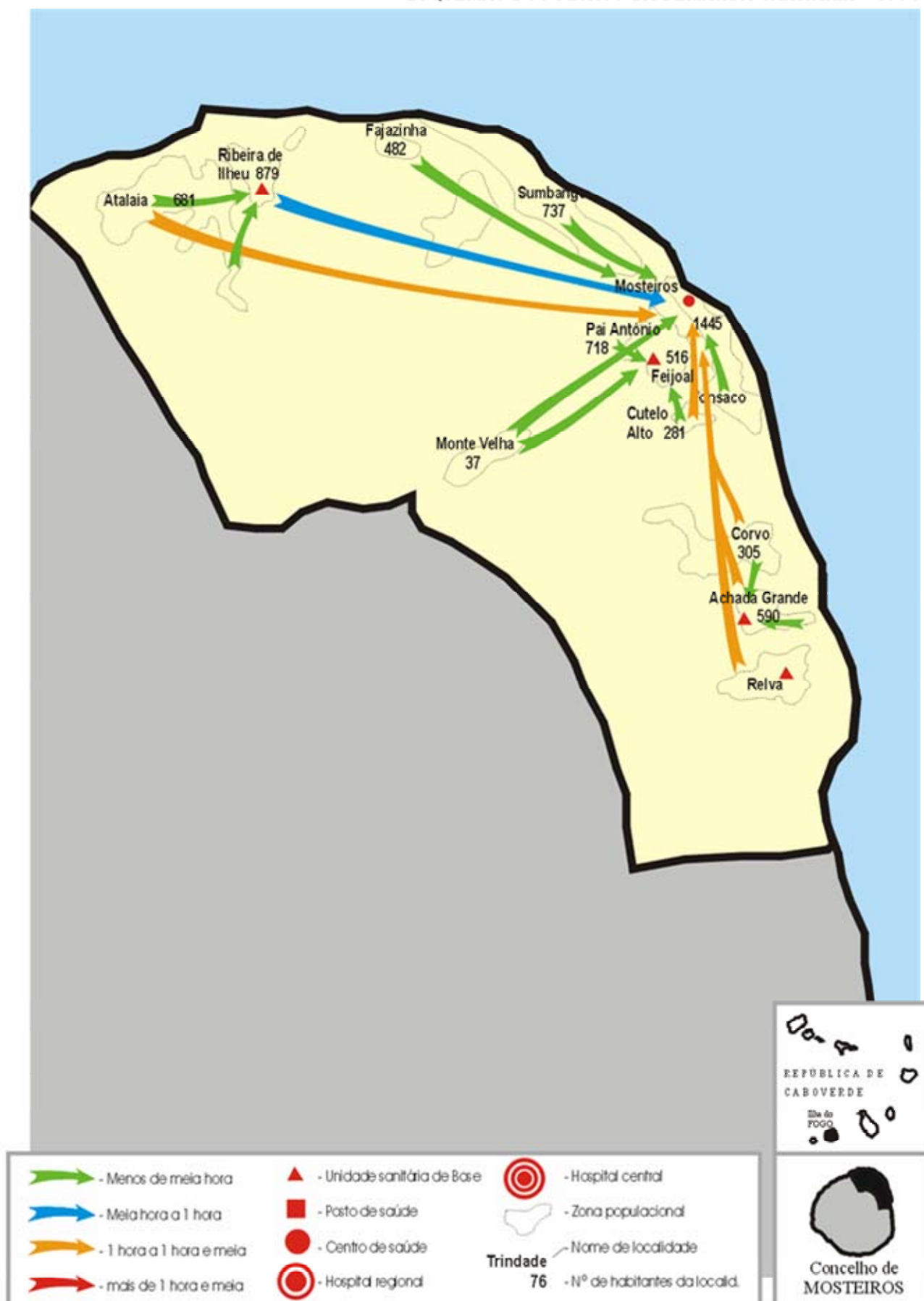
MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DA CALHETA ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998



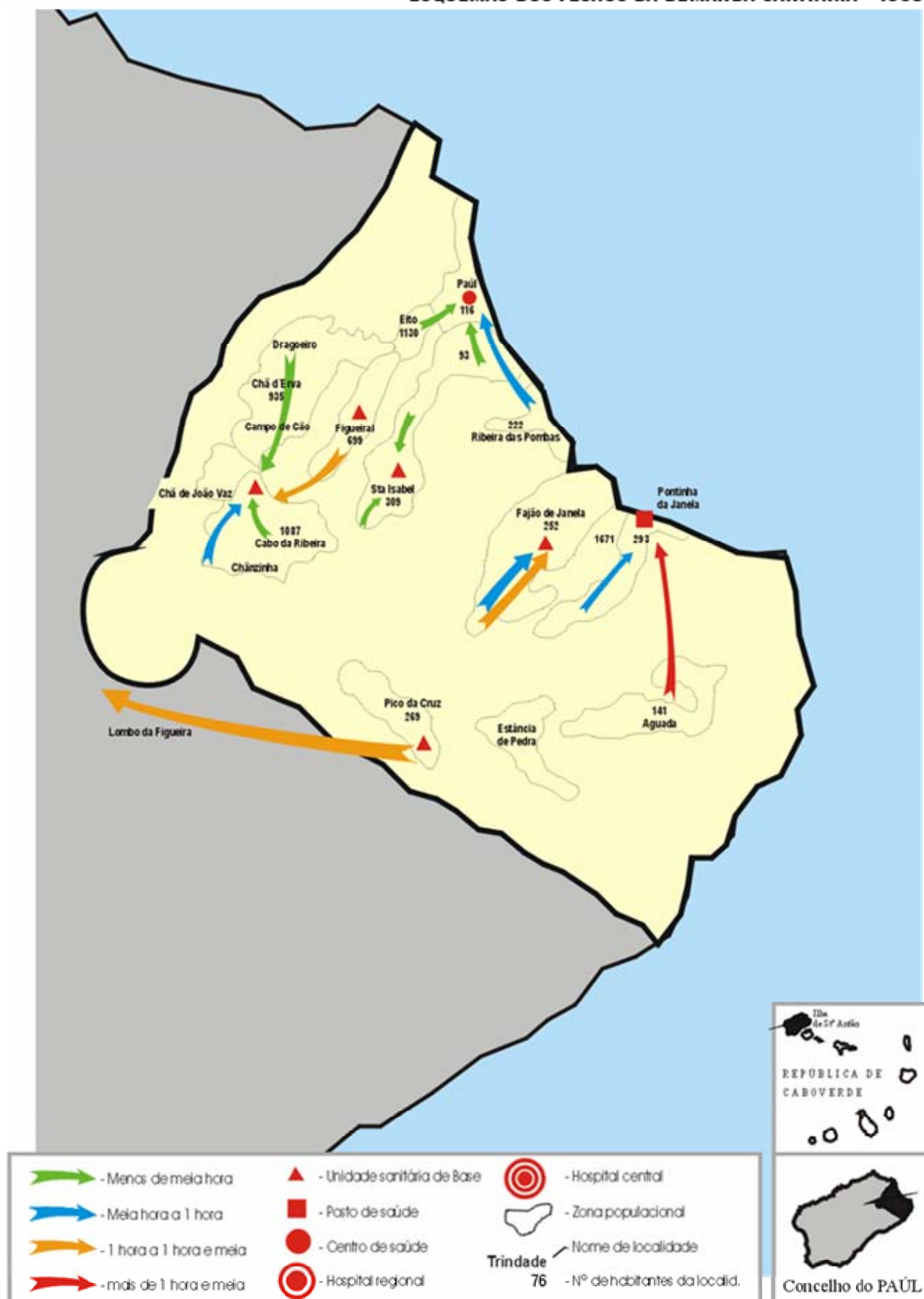
MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DO MAIO ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998

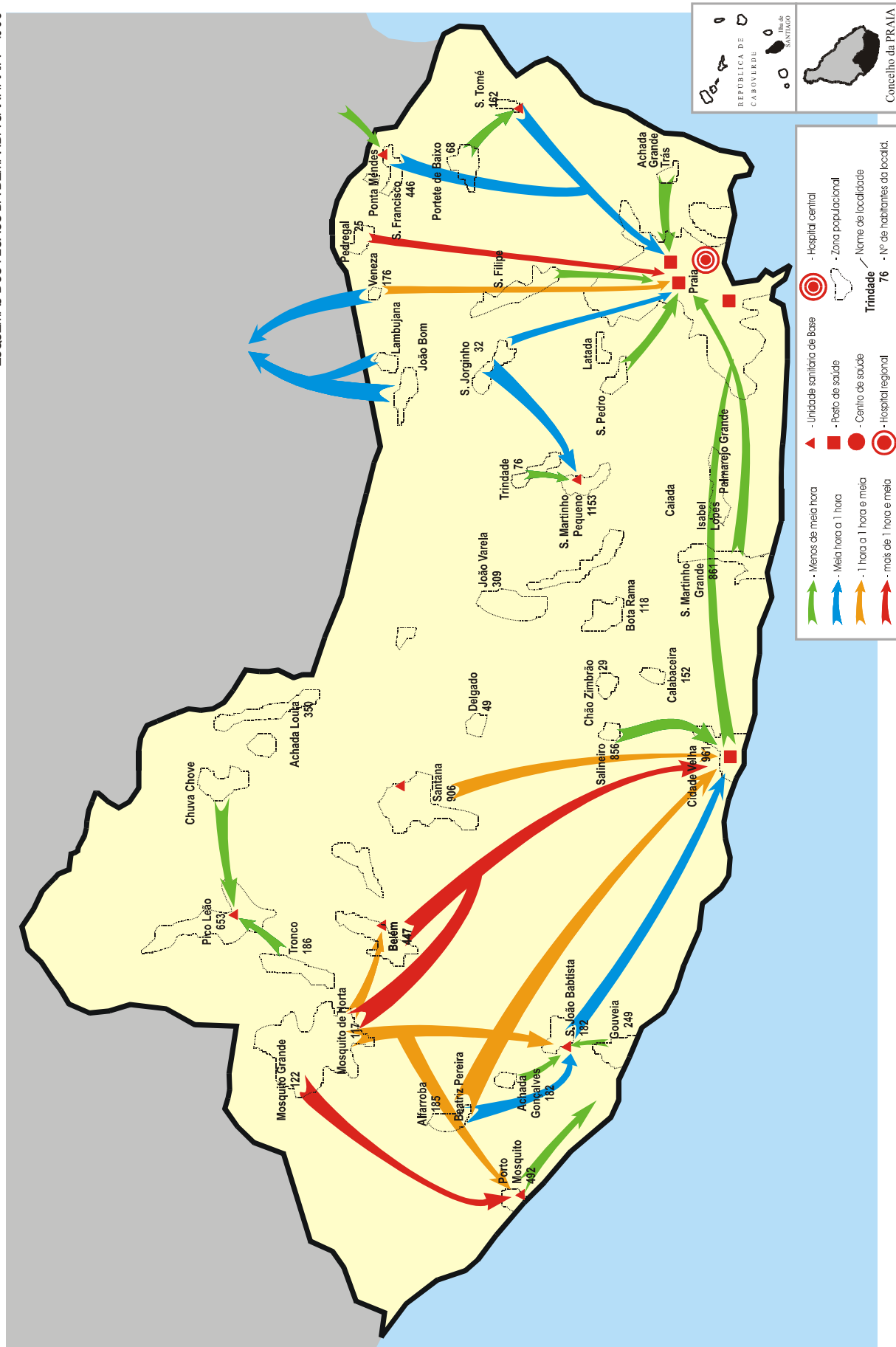


MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DE MOSTEIRO ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998

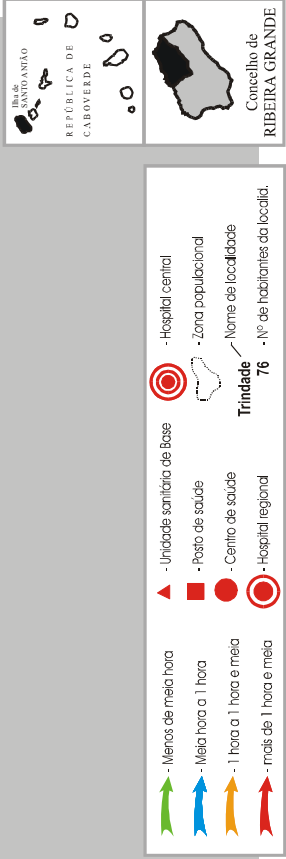


MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DO PAÚL ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998

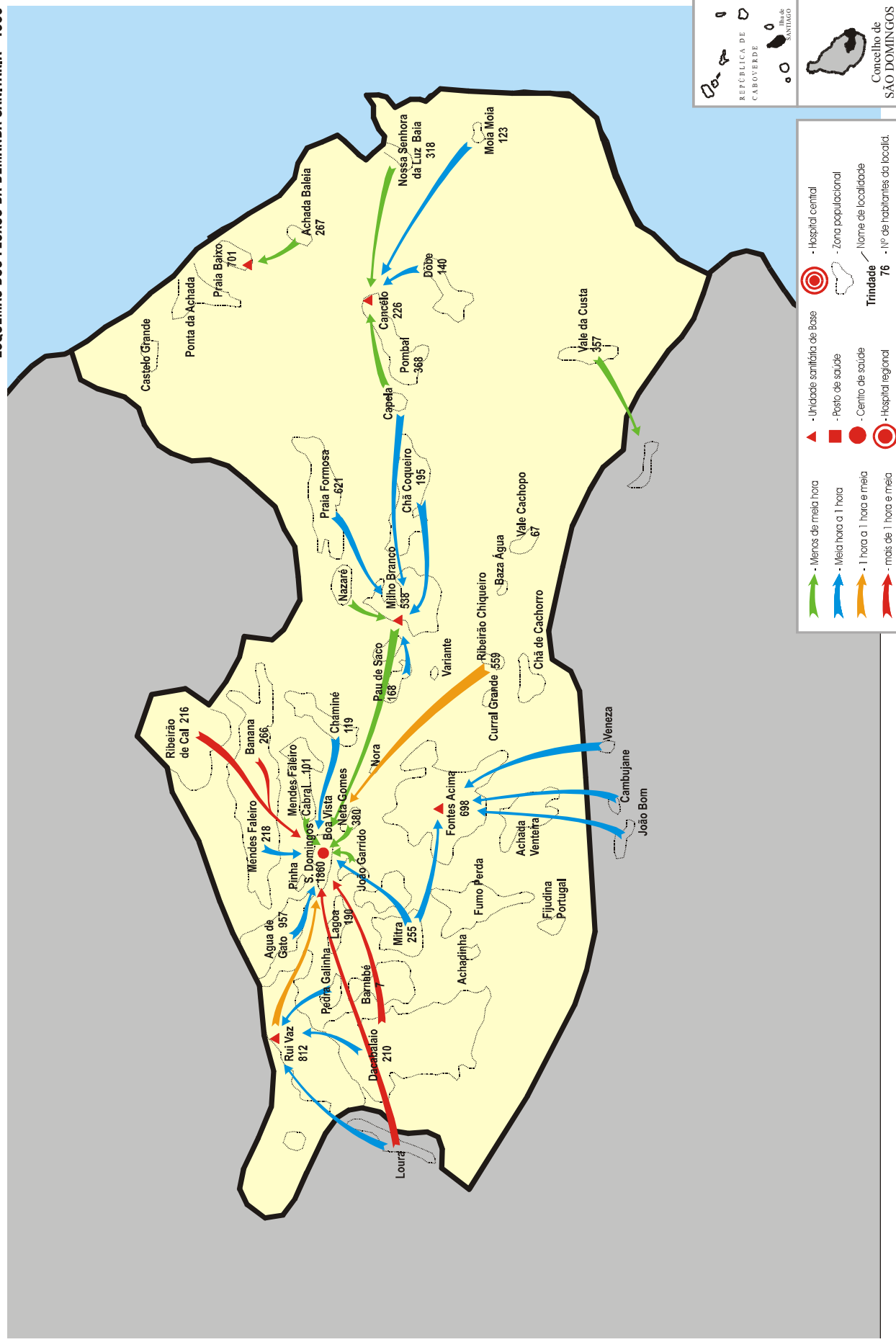




ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998

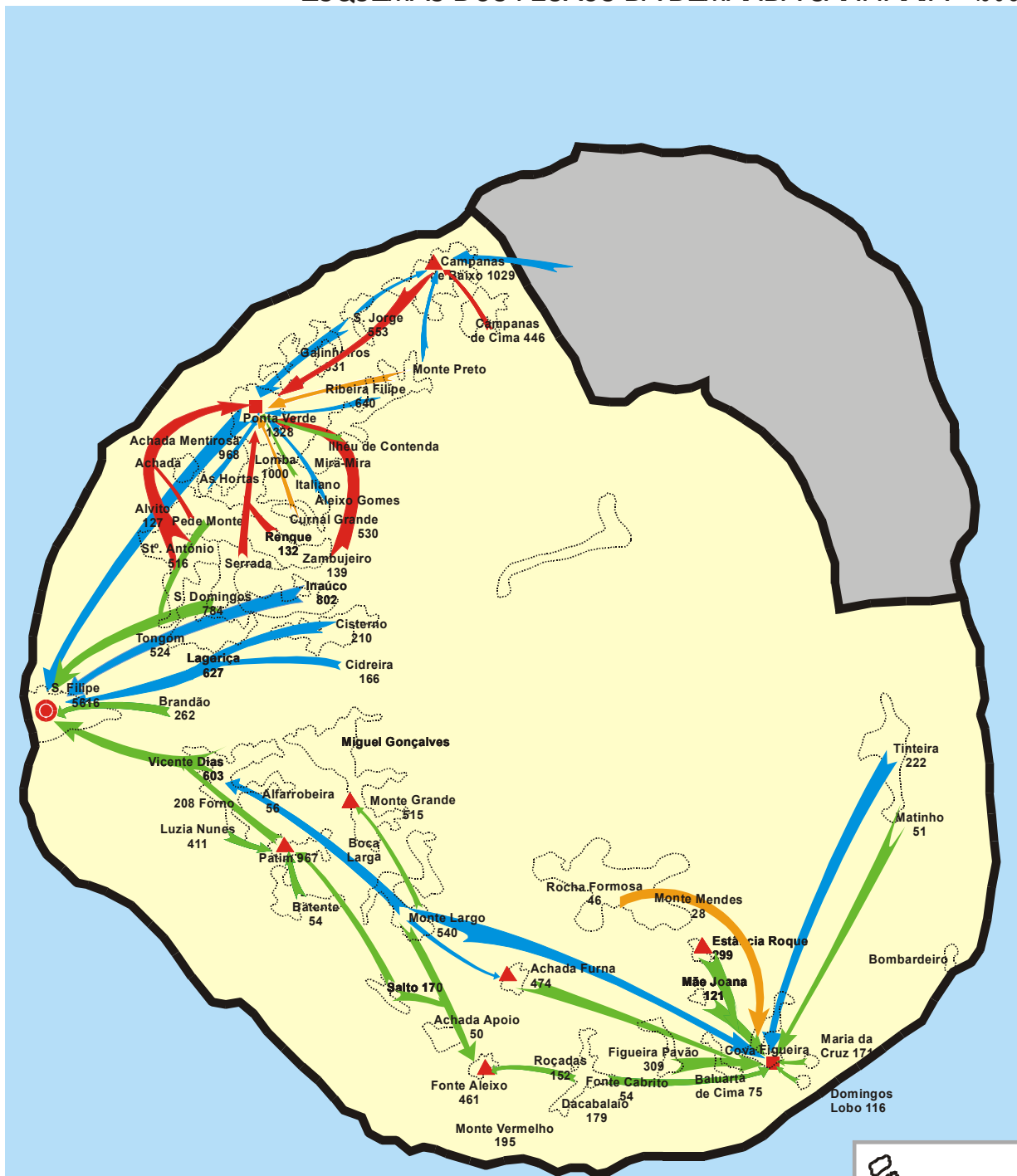


**MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DE S. DOMINGOS
ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998**

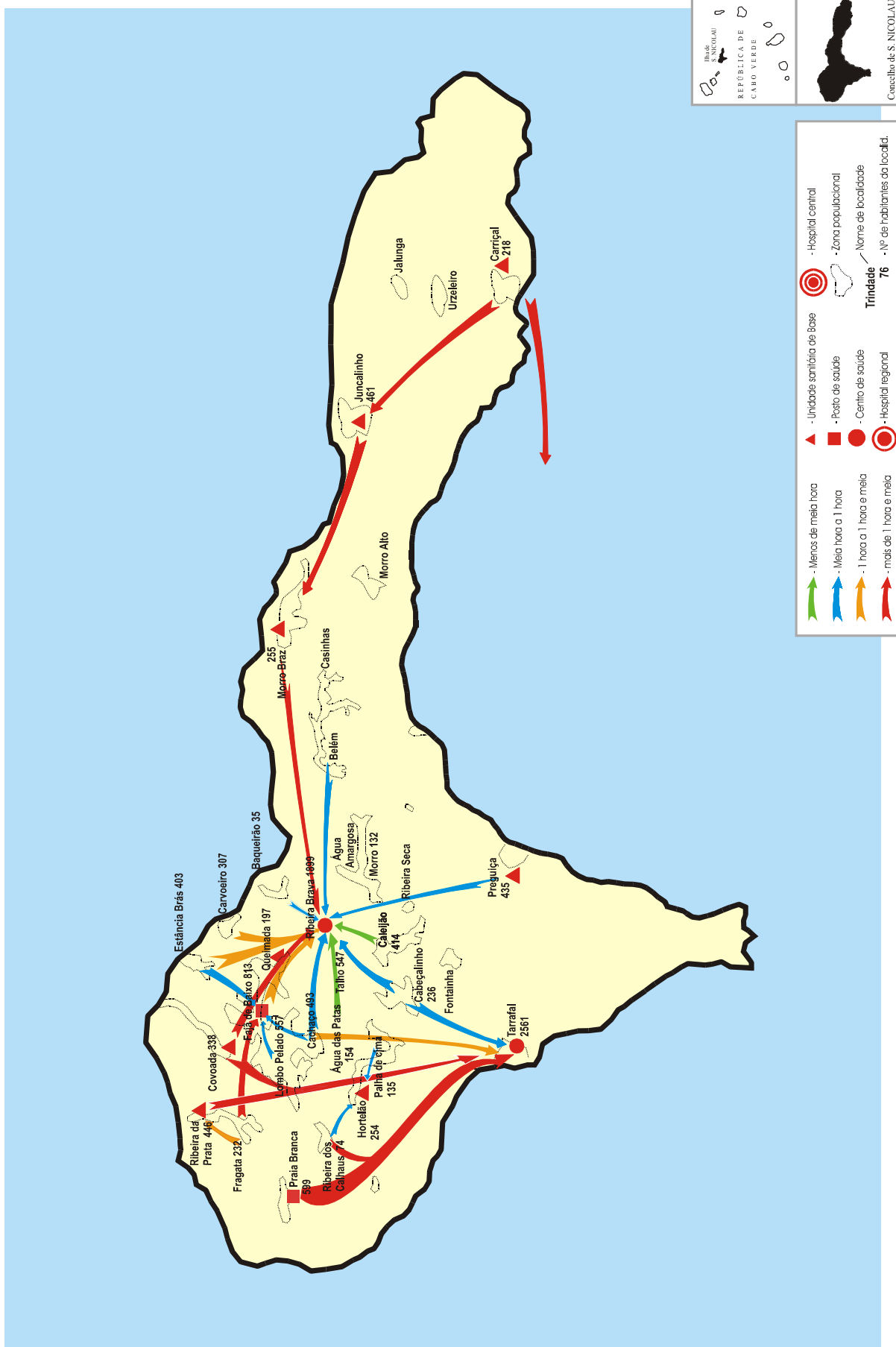


MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DE SÃO FILIPE

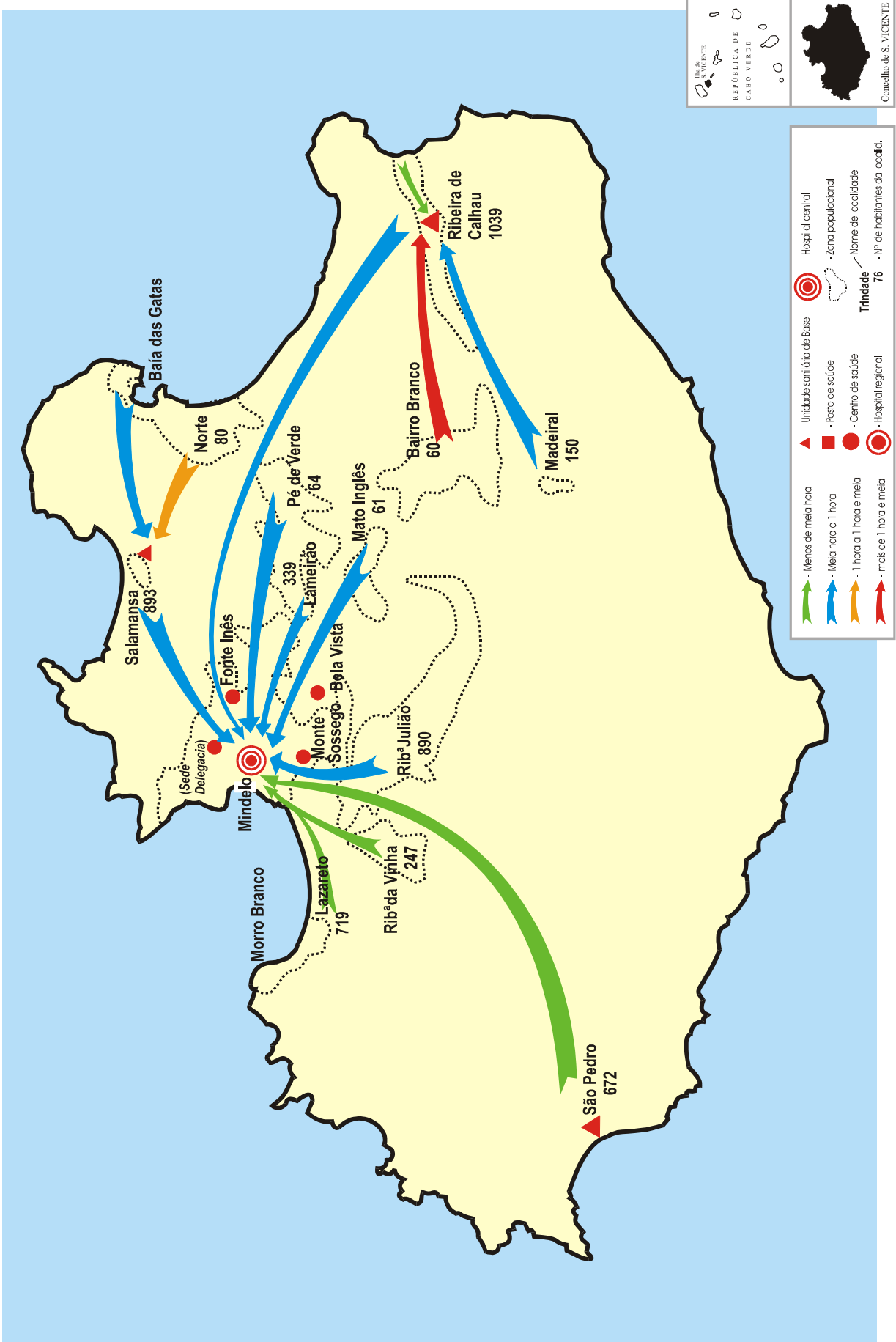
ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998



MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DE SÃO NICOLAU
ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998



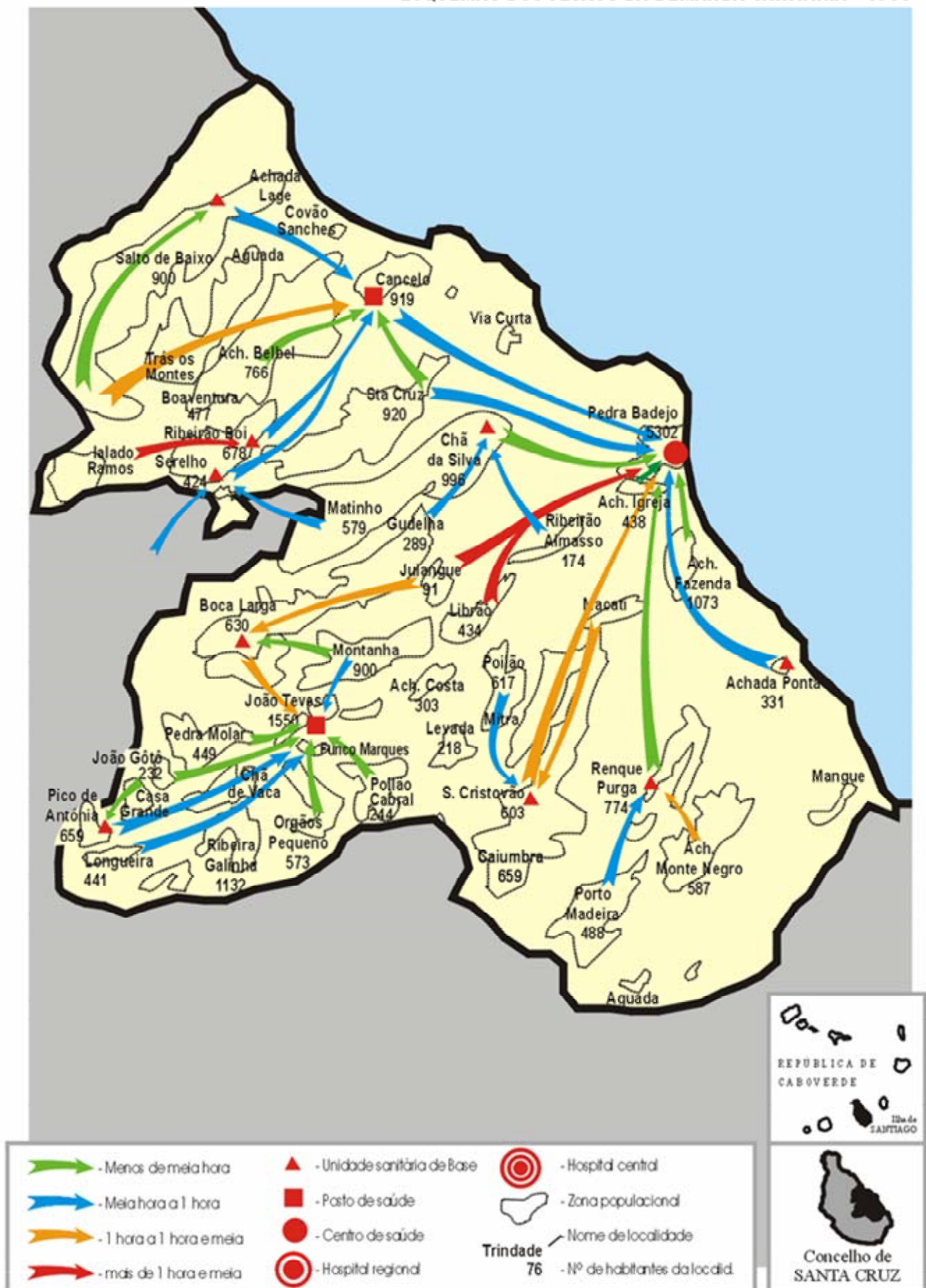
MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DE SÃO VICENTE
ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998



MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DO SAL ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998



MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DE Stª CRUZ ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998



MAPA DA COBERTURA SANITÁRIA - CONCELHO DA BOA VISTA ESQUEMAS DOS FLUXOS DA DEMANDA SANITÁRIA - 1998

