

capa

POLÍTICAS DE SAÚDE EM CABO VERDE NA DÉCADA DE 1980-1990

Experiência de Construção de um
Sistema Nacional de Saúde

*Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ,
Rio de Janeiro, em 1994, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde
Pública, sob a orientação das Prof^{as} Cláudia Travassos Veras e Maria Eliana Labra, com
o patrocínio da Organização Mundial da Saúde e do Governo de Cabo Verde.*

António Pedro da Costa Delgado

**“... e as cabras
nos ensinaram a comer pedras
para não perecermos...”**

Ovídio Martins,
poeta cabo-verdiano

FICHA TÉCNICA

Título

Políticas de Saúde em Cabo Verde na Década de 1980-1990: Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde

Copyright

© António Pedro da Costa Delgado/Universidade de Cabo Verde

Colecção Sociedade

Vol. 2

ISBN

978-989-96130-1-0

Revisão

Manuel Delgado, Clara Seabra

Coordenação Editorial

Gláucia Nogueira

Edições Uni-CV

Praça Dr. António Lerenó, s/n - Caixa Postal 379-C
Praia – Santiago, Cabo Verde
Tel. (+238) 261 99 04; Fax: (+238) 261 26 60
email: edicoes@unicv.edu.cv

Layout, Paginação e Capa

SERVICENTER, Projecto em Harmonia Digital
Palmarejo - A, Praia – Santiago, Cabo Verde
Tel. (+238) 262 84 98, Móvel: (+238) 992 52 57
Email: jorgedores@yahoo.com.br

Ilustração da capa

Flávio Delgado

Tiragem

1.000 exemplares

Impressão

Impresso na Tipografia Santos, Praia, em Junho de 2009

Patrocínio



30 ANOS GARANTINDO MAIS E MELHOR SAÚDE

Ao povo das Ilhas,
pela perseverança
contra as adversidades
que insistem em impedir-lhe
a caminhada

À Inácia
e ao Pedro Jansénio (in memoriam),
meus pais, exemplos desse povo,
pelos princípios e pelo amor

&

À memória do Manuel Delgado,
meu mano, minha referência.

AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos vão para todos aqueles que me ofereceram subsídios de toda espécie para a realização desta dissertação, que me apoiaram e que me incentivaram para a sua publicação.

Em especial dirijo-me à Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, pela vaga que gentilmente me cedeu e pelo livre-trânsito na utilização dos seus diversos departamentos, à Organização Mundial da Saúde, pela bolsa de estudos e ao Governo de Cabo Verde através do Ministério da Saúde, pela oportunidade que me concedeu com a licença para os estudos de pós-graduação.

Aos amigos e colegas Germana, Alice, Arcelinda, Ildo, Pitt, Luiz Eduardo, Pedro do Rosário, Ernesto, Bernardo Assis e Aguiar, meus “informantes privilegiados” que amavelmente responderam ao questionário, pela sua valiosa contribuição ao resultado que apresento.

Às minhas orientadoras Cláudia Travassos, mais do que orientadora uma amiga, pelos inúmeros ensinamentos e incentivos a um trabalho com rigor e Eliana Labra pelo carinho, amizade e as novas luzes que me transmitiu.

Aos meus camaradas amigos Ireneu, “meu ministro” com quem discuti, entre o Rio e Bahia, muitas das ideias iniciais e ao longo do percurso, por força da convergência conceitual e da convivência laboral de vários anos e Aristides que me brindou com um emocionante e profundo/valoroso prefácio, os meus dois grandes incentivadores para a publicação em livro da minha tese.

À minha família que me estimou, estimulou e acarinhou sempre, particularmente aos meus manos Zeca, pela tranquilidade que me deu ao “aguentar as pontas” dos meus assuntos familiares em Cabo Verde enquanto eu me dedicava aos estudos, e à escrita; Manel, pelo trabalho de *rewriter* (talvez um dos últimos que fez), elogios e incitamentos à publicação da minha tese em livro e Flávio pela concepção e ilustração da capa; às minhas cunhadas Clara e Gláucia pelo

carinho com que sobrepesaram o profissionalismo na correcção e composição do texto e por fim (*the last but not the least*) à Lara e à Zé pela companhia, pelo partilhar das minhas alegrias e angústias, pelo lazer que lhes roubei porque “não saía da frente do computador” mas, sobretudo, pelo muito amor.

Asseguro a todos que sem os estímulos recebidos e o esforço colectivo, de certeza, não seria possível elaborar o trabalho que agora apresento.

Que seja útil.

ÍNDICE

Prefácio	21
Nota prévia	27
Introdução	31

PARTE I: O PAÍS E O CONTEXTO DA CONSTRUÇÃO DO SISTEMA SAÚDE

Capítulo 1 - Caracterização Geral de Cabo Verde: um país em construção

1.1. Aspectos geográficos e climáticos	41
1.2. População	46
1.3. Breve histórico da nação cabo-verdiana	50
Período colonial	50
A Primeira República (1975 - 1991)	54
Início da Segunda República (1991...)	57
1.4. Organização política e administrativa do Estado, (1980 - 1990)	60
Divisão territorial	60
Regime político	61
Sistema de Governo	62
Regime de propriedade	63

Capítulo 2 - Desenvolvimento económico-social e planeamento nacional

2.1. Os Planos Nacionais de Desenvolvimento (1981 85 e 1986 90)	69
2.2. Tendências do desenvolvimento económico	73
2.3. Evolução de alguns indicadores económico-sociais	81
Educação	81
Emprego e Rendimentos	83
Água e saneamento básico	85
Habitação	87

PARTE II: A TRAJETÓRIA DO SISTEMA SAÚDE DE CABO VERDE**Capítulo 3 - Sistemas de Saúde: aspectos conceituais**

3.1. Conceituações, componentes e tipologias _____	96
Definições _____	96
Influências estruturantes _____	98
Componentes _____	102
Tipologias _____	106
3.2. Modelos socialistas de sistemas de saúde _____	111
3.3. As estratégias de Saúde para Todos até o ano 2000 _____	114
Implicações da SPT/2000 _____	116

Capítulo 4 - Serviço Nacional de Saúde

4.1. Política Nacional de Saúde _____	125
Estabelecimento dos princípios _____	126
Operacionalização dos princípios _____	129
Princípios políticos _____	129
Princípios técnicos _____	134
4.2. Estrutura do Serviço Nacional de Saúde _____	142
Organização institucional _____	143
Gestão _____	147
Recursos físicos _____	148
Recursos humanos _____	154
Financiamento _____	157

Capítulo 5 - A situação da Saúde: alguns indicadores

5.1. Saúde infantil _____	163
Taxa de mortalidade infantil (TMI) _____	164
Mortalidade de crianças entre 1e 4 anos _____	165
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (TMM5) _____	166
Esperança de vida ao nascer _____	167
Cobertura vacinal _____	168
5.2. Atendimento às gestantes _____	170
Mortalidade materna _____	171
Atenção ao parto _____	171
5.3. Situação nutricional _____	172

Considerações Finais _____	177
-----------------------------------	------------

Referências Bibliográficas _____	185
---	------------

ANEXOS

1. Questionário _____	193
2. Informantes privilegiados _____	198

ÍNDICE DAS TABELAS

Tabela 1 - CABO VERDE: Programa de Investimentos, 1980-1987	45
Tabela 2 - CABO VERDE: População residente, feminina e rural, por concelho (%), 1990	48
Tabela 3 - CABO VERDE: Evolução do Produto Interno Bruto (PIB) por sector de actividades (%) 1980-1990	74
Tabela 4 - CABO VERDE: Evolução da ajuda externa, 1980 -1986	77
Tabela 5 - CABO VERDE: Ajuda externa em relação ao PNB (%), 1980 -1986	77
Tabela 6 - CABO VERDE: Composição da ajuda externa, 1980 -1986	77
Tabela 7 - CABO VERDE: Estrutura e evolução do Programa de Investimentos (%), 1980- 1987	78
Tabela 8 - CABO VERDE: Evolução das remessas de emigrantes, 1980-1990	79
Tabela 9 - CABO VERDE: Educação	82
Tabela 10 - CABO VERDE: Rendimentos anuais por família e por pessoa, segundo área de residência, 1988-1989	84
Tabela 11 - CABO VERDE: Distribuição da população segundo o rendimento médio anual per capita, (%), 1988-1989	85
Tabela 12 - CABO VERDE: População com acesso a água potável, por ilha e por zona rural e urbana (%), 1991	86

Tabela 13 - CABO VERDE: Distribuição das instituições de saúde, por municípios, 1981 e 1990	149
Tabela 14 - CABO VERDE: Evolução das instituições de saúde, 1975-1990	150
Tabela 15 - CABO VERDE: Acesso da população aos serviços de saúde, por ilha (%), 1987	152
Tabela 16 - CABO VERDE: Evolução do nº de profissionais de saúde, 1980 1990	155
Tabela 17 - CABO VERDE: Relação nº de habitantes por médico e por enfermeiro, 1980 -1990	155
Tabela 18 - CABO VERDE: Financiamento do Sector Saúde, 1980 - 1990	157
Tabela 19 - CABO VERDE: Taxa de Mortalidade Infantil, por concelhos (%), 1980/83 -1989	165
Tabela 20 - CABO VERDE: Evolução da taxa de mortalidade proporcional de crianças entre 1-4 anos, por concelhos (%), 1980/83-1991	166
Tabela 21 - CABO VERDE: Percentagem (%) de partos assistidos nas instituições de saúde, 1980/83 -1989	171
Tabela 22 - CABO VERDE: Prevalência da desnutrição, por ilha, 1983-1990	175
Tabela 23 - Indicadores Básicos: Comparação entre os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP), 1984-1990	176

ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 - CABO VERDE: População em 1990, distribuição por concelhos/municípios	47
Gráfico 2 - CABO VERDE: Pirâmide etária, 1990	49
Gráfico 3 - CABO VERDE: Produto Nacional Bruto, per capita, evolução entre 1994 e 1990	73
Gráfico 4 - CABO VERDE: Taxa de mortalidade infantil TMI, tendências da evolução entre 1960 e 1990	164
Gráfico 5 - CABO VERDE: Taxa de mortalidade de menores de 5 anos, tendências da evolução entre 1960 e 1990	167
Gráfico 6 - CABO VERDE: Esperança de vida ao nascer, tendência da evolução entre 1980 e 1990	167
Gráfico 7 - CABO VERDE: Cobertura vacinal em menores de 1 ano, evolução entre 1985 e 1990	169
Gráfico 8 - CABO VERDE: Desnutrição – comparação de resultados de três estudos (1983, 1985 e 1990)	174

ÍNDICE DOS QUADROS

QUADRO 1 - Principais Correntes de Análise da Organização dos Serviços de Saúde	96
QUADRO 2 - Modelo de um Sistema Nacional de Saúde, seus componentes e suas relações com o estado de saúde	104
QUADRO 3 - Um esquema classificatório dos tipos de sistemas de saúde	109
QUADRO 4 - Organograma do Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais (MSTAS) – nível central; 1985-1990	144
QUADRO 5 - Organograma da Direcção-Geral de Saúde, 1984-1990 – nível local; periférico	145

LISTA DE SIGLAS

ANP	Assembleia Nacional Popular
CENDES/OPAS	Centro de Desenvolvimento Sanitário/Organização Pan-Americana de Saúde
CPS	Cuidados Primários de Saúde
CS	Centros de Saúde
DGAS	Direcção-Geral dos Assuntos Sociais
DGE	Direcção-Geral de Estatística
DGF	Direcção-Geral de Farmácia
DGP	Direcção-Geral do Planeamento
DGS	Direcção-Geral de Saúde
EBC	Ensino Básico Complementar
EBE	Ensino Básico Elementar
EMPA	Empresa Pública de Abastecimentos
EMPROFAC	Empresa Estatal de Produtos Farmacêuticos
ESL	Ensino Secundário Liceal
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GCSP	Gabinete de Coordenação de Saúde Pública
GEP	Gabinete de Estudos e Planeamento
HC	Hospitais Centrais
HR	Hospitais Regionais
ISPS	Instituto de Seguros e Previdência Social
MDR	Ministério de Desenvolvimento Rural
MFP	Ministério das Finanças e do Planeamento
MOP	Ministério das Obras Públicas
MPC	Ministério do Plano e da Cooperação
MpD	Movimento para a Democracia
MS	Ministério da Saúde
MSAS	Ministério da Saúde e Assuntos Sociais
MSPS	Ministério da Saúde e Promoção Social
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OUA	Organização de Unidade Africana

PAICV	Partido Africano da Independência de Cabo Verde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PAM	Programa Alimentar Mundial
PAV	Programa Alargado de Vacinações
PEA	População Economicamente Activa
PMA	Países Menos Avançados
PMA	Países Menos Avançados
PMI/PF	Protecção Materna e Infantil/ Planeamento Familiar
PNB	Produto Nacional Bruto
PNB	Produto Nacional Bruto
PND	Planos Nacionais de Desenvolvimento
PS	Postos Sanitários
SIDA	Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPT/2000	Saúde para Todos até o ano 2000
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMM5	Taxa de Mortalidade de Menores de 5 anos
UCID	União Cabo-Verdiana Independente e Democrática
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPICV	União dos Povos das Ilhas de Cabo Verde
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USB	Unidades Sanitárias de Base
USB	Unidades Sanitárias de Base
VAB	Valor Acrescentado Bruto
ZEE	Zona Económica Exclusiva

PREFÁCIO

Foi com o maior gosto que aceitei escrever este prefácio ao livro do Mestre António Pedro Delgado, intitulado *Políticas de Saúde em Cabo Verde na década de 1980-1990 - Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde*.

O livro refere-se a políticas de saúde do Estado pós-colonial cabo-verdiano num momento importante da sua história. Ao longo do texto dá o Autor conta de como é que Cabo Verde, que conquistou a sua independência política em 1975, estruturou o seu sistema nacional de saúde e como é que este sistema foi evoluindo, de um sistema de base estatal para um sistema de saúde, que afinal viria a apelar à iniciativa privada como elemento importante para o país responder, com eficácia e eficiência, às necessidades dos cidadãos no domínio da saúde. Ontem, como hoje, tratava-se de o poder público e a sociedade contribuírem para a realização do direito do cidadão à saúde. Direito a que, nos termos da Constituição da época (artigo 38º), correspondia igualmente o dever do cidadão de promover e defender a própria saúde, num assomo do princípio da unidade de direitos e deveres que o constitucionalismo de matriz socialista cuidava de sublinhar.

O livro é uma peça importante por incidir num período especial da história de Cabo Verde: a década de 1980-1990. Foi na segunda metade desta década que teve início a flexibilização da Constituição económica no sentido da desestatização da economia. O fim da década coincide com a revisão fundamental da constituição para acolher um regime de democracia pluripartidária. A leitura do trabalho permite ao leitor reconstituir aspectos importantes da evolução do sistema de saúde, que se baseava nos seguintes elementos: propriedade estatal das estruturas de saúde, iniciativa pública no domínio da saúde, princípio da gratuidade dos cui-

dados de saúde, enfoque especial nos cuidados primários de saúde e na prevenção e promoção da saúde. Tratou-se de um sistema de saúde que foi em muito tributário das ideias socializantes do Estado pós-colonial de Cabo Verde, surgido de um movimento de libertação nacional influenciado pelo ideário socialista.

O Autor procura caracterizar o país e o projecto de sociedade subjacente ao sistema político então existente, analisa a evolução do sistema e os seus resultados, tendo em conta a política de saúde que então se baseava em princípios como: a universalidade da cobertura de saúde, a gratuidade dos cuidados preventivos e curativos, a descentralização dos recursos e a focalização nos cuidados primários.

O livro divide-se em cinco capítulos e termina com uma parte conclusiva de recomendações. O primeiro capítulo refere-se a uma caracterização geral do país; o segundo trata do desenvolvimento económico e social e do planeamento nacional; o terceiro incide sobre sistemas de saúde: aspectos conceptuais; o capítulo quarto aborda o Serviço Nacional de Saúde, o capítulo quinto a situação da saúde: alguns indicadores.

A tese fundamental do autor é que as políticas de saúde desenvolvidas então foram coerentes com o sistema implantado. Ora, independentemente das querelas sobre a caracterização do regime então vigente, certo é que o Estado pós colonial cabo-verdiano teve desde a independência uma orientação social forte. A sua caracterização como Estado social (de um país pobre é certo), parece não oferecer dúvidas¹. Compreende-se, por isso que António Pedro Delgado tenha concluído que as estratégias dos Cuidados Primários de Saúde e da “Saúde para todos no ano 2000”, “encontraram um campo propício nos países que, como Cabo Verde, ascenderam à independência na sequência de uma luta de libertação preme de objectivos sociais e onde os governos assumiram os princípios socialistas de organização social”.

A. P. Delgado vai mais longe e sustenta, a meu ver bem, que o Sistema Nacional de Saúde implementado até 1990 *“fez parte da utopia do regime político monopartidário de inspiração socialista ..., na busca de justiça social.”*

Segundo o autor, esta política obteve resultados satisfatórios, pois Cabo Verde atingiu pelo seu progresso níveis de saúde que o colocaram entre os primeiros em África. O autor não se limita a afirmar que a estratégia de cuidados

1 Cfr Onésimo Silveira : “Cabo Verde como Estado-Providência”. In *A Semana* de 16 de Janeiro de 2009, p. 10.

primários foi bem sucedida, na medida em que se conseguiram bons resultados, por exemplo, no domínio da mortalidade infantil, mas interroga-se também sobre como fazer para se oferecer cuidados diferenciados de saúde.

Na sua investigação, A. P. Delgado procede a uma análise quantitativa e qualitativa da documentação existente e utiliza ainda o método do questionário para obter informações e opiniões junto de fontes de informação privilegiadas. Estas fontes são essencialmente técnicas, da área da Saúde, particularmente médicas.

O próprio Autor é um actor privilegiado da área da saúde. Trata-se de um **insider**, pois como poucos teve a possibilidade de conhecer o sistema de saúde em várias perspectivas: de médico que trabalhou nas chamadas periferias a Director-Geral da Saúde, foi vasta a sua experiência.

A obra, ora publicada em Cabo Verde, é, sem dúvida nenhuma, de grande interesse para o país, não só porque retrata a ambição e os esforços do país na edificação de um Sistema Nacional de Saúde e os resultados a que então se chegou, mas também por outras razões. O seu valor só pode ser compreendido, se se tiver em conta que, ao tempo em que o Dr. Delgado realizou o estudo, praticamente não havia em Cabo Verde trabalhos científicos de referência sobre o sistema de saúde nacional. O importante estudo do Dr. Henrique Santa Rita Vieira sobre a História da Medicina em Cabo Verde foi publicado em 1989² e apenas dizia respeito ao período colonial. O valioso trabalho do Doutor Ireneu Gomes sobre a Política de Descentralização dos Serviços de Saúde em Cabo Verde, foi publicado em Cabo Verde em 2006.

É por isso que esta obra pode ser considerada como uma pesquisa pioneira e de grande importância para o sector da saúde em particular.

Além disso, é preciso referir que se trata de um trabalho com um forte significado histórico para os estudos de transição política e de transição de políticas de saúde em Cabo Verde. O trabalho, como se disse, descreve uma etapa importante da estruturação do sistema de saúde no Estado pós-colonial, elucida como é que se processou a implantação de um sistema baseado no sector público, possibilita a compreensão da transição deste sistema para um sistema misto em que é reservado um significativo papel à medicina privada.

O trabalho pode constituir também uma fonte de inspiração para a política, mais concretamente para o resgate e o triunfo das políticas públicas (*policies*) relativamente às limitações do “politiquismo” (*politics*).

2 Henrique Santa Rita Vieira: *História da Medicina em Cabo Verde*, Instituto Cabo-verdiano do Livro, Praia, 1989. A segunda edição foi publicada 10 anos depois.

É bem o caminho das decisões de políticas públicas que é indicado, quando o autor se refere aos critérios para a avaliação da conjugação dos diversos elementos do sistema de saúde, organização, gestão, produção de recursos, suporte económico e prestação de serviços. Esses critérios são: a) a capacidade para resolver os problemas específicos de saúde; b) a eficiência social, concebida como melhor ou menor utilização dos recursos e instrumentos; c) a equidade na prestação dos serviços aos diversos grupos sociais; d) os mecanismos de participação dos cidadãos no processo de produção de serviços.

O trabalho apresenta ainda reflexões importantes sobre o processo de desconcentração na área da saúde e questiona, a meu ver bem, o paralelismo que não deve existir sempre entre a divisão administrativa para efeito de desconcentração do poder e a divisão administrativa para efeito da descentralização de poder (entenda-se descentralização territorial) .

Vale a pena citar as palavras certeiras do Autor: *“Do nosso ponto de vista, o município serviu bem como a unidade básica racional para o processo de descentralização, mas a experiência vivida em Cabo Verde nos mostrou que em alguns casos, os critérios para a divisão administrativa não se mostraram funcionais para a organização dos serviços de saúde”* (p. 138).

O trabalho do Mestre António Pedro Delgado ilustra bem o quão importante é a avaliação de políticas públicas, como método para o progresso na área de saúde pública e não só. Com efeito, os trabalhos académicos como este são imprescindíveis para que a sociedade possa aprender com as experiências bem sucedidas e também com os erros, fazendo jus àquele ditado antigo que diz que cada geração caminha sobre o ombro de gerações anteriores.

O livro está escrito numa linguagem clara e acessível não só para o pessoal da saúde, mas também para o grande público.

O leitor está perante uma obra de referência para o estudo do sistema de saúde nacional, quer pelo seu conteúdo, quer pela sua qualidade. Esta qualidade decorre de uma notável avaliação das diversas fontes do trabalho científico, mas também do aparelho conceptual que o pesquisador utiliza e que é fundamental, quer para o entendimento dos sistemas de saúde, quer para o debate sobre políticas públicas relativamente à saúde. Aqui fica uma interpelação ao sistema de ensino superior no país, com vista a colocar no centro da atenção temas importantes relativos a políticas públicas.

Esta obra merece, pois, ser conhecida e reconhecida pelos profissionais de saúde, pela generalidade dos cidadãos e sobretudo por aqueles que

exercem funções de responsabilidade na formulação, decisão, avaliação e controlo de políticas públicas.

Aristides R. Lima

Cidade da Praia, 27 de Fevereiro de 2009

NOTA PRÉVIA

Uma releitura da minha tese de mestrado à luz da actualidade, alguns anos após ter sido elaborada, reafirma a pertinência da matéria tratada e incita-me a publicá-la em livro como o registo de um olhar sobre a evolução do sector da saúde na década de 1980 e um contributo público à discussão das políticas de saúde em Cabo Verde.

As análises sobre o papel fundamental do sistema de saúde no desenvolvimento nacional têm sido escassas não obstante a elaboração de vários documentos oficiais, alguns com a minha colaboração, processo que, embora tenha permitido reflexões e formulações esclarecedoras sobre o sistema de saúde cabo-verdiano, não esgota, contudo, o espaço para dar à estampa a minha pesquisa.

Estarei respondendo ao apelo à publicação vindo de alguns amigos e colegas para partilhar com o público interessado a pesquisa que eu fizera com o intuito de aprofundar os meus conhecimentos, consolidar a minha visão da saúde no meu país e obter o grau de mestre. Mas, em 2008, juntou-se o forte estímulo que constituíram as celebrações do 60º aniversário da criação da Organização Mundial da Saúde e do 30º aniversário da declaração de Alma Ata sobre os Cuidados Primários de Saúde (CPS). Estas celebrações mobilizaram vontades dos países e da organização para resgatar e trazer para a pauta actual das discussões o tema central do papel dos sistemas de saúde na sustentação da organização e prestação dos cuidados de saúde, baseado no reforço dos CPS que, coincidentemente, tinha sido o fundamento da minha dissertação.

A evolução rápida dos conhecimentos na matéria, a incorporação de novas tecnologias e os grandes avanços da ciência, no geral, vêm aumentando a exigência de os sistemas de saúde alcançarem um desempenho crescentemente eficaz, assentes sobre uma organização funcional. Esse desempenho fundamenta-se sobre um equilíbrio entre os componentes dos sistemas para, através

duma liderança esclarecida, assegurar uma governação eficaz que produza os recursos indispensáveis que sustentem a oferta às populações de cuidados de saúde acessíveis, suficientes e de qualidade garantida.

A evolução do sistema de saúde cabo-verdiano, a partir de 1991, carecerá de estudos para analisar e registar o desenvolvimento havido no segundo momento da vida do país. Continuamos convencidos da validade da nossa contribuição. Para o debate sobre os caminhos percorridos nos primórdios da transformação da saúde no Cabo Verde independente e esperamos que a sua publicação neste momento assim possa ser entendida e analisada.

O Autor

INTRODUÇÃO

A República de Cabo Verde surge na cena internacional como nação independente a partir de 5 de Julho de 1975, data em que rompe oficialmente os vínculos com a metrópole colonial portuguesa.

A estreia como país independente foi extremamente deficitária no que diz respeito a recursos humanos, materiais e financeiros, exigindo um esforço enorme por parte daqueles que se lançaram nessa aventura de edificar um país a partir de tais condicionantes. A nação cabo-verdiana, na sua ânsia de querer afirmar-se na cena internacional, envolveu-se totalmente na tarefa de construir uma sociedade capaz de quebrar o círculo de miséria em que vivia e romper com a herança colonial. A edificação do Estado de Cabo Verde nessas condições apresenta peculiaridades que em alguns casos toca a raia da aventura e em outros ressalta o esforço titânico consentido.

Num passado recente, a colónia de Cabo Verde vivenciara uma situação degradante, expressa dramaticamente na morte, nos anos de 1940, de mais de 40 mil pessoas por inanição e no êxodo forçado, em consequência das secas cíclicas e do desinteresse das autoridades portuguesas em promover quaisquer medidas de protecção e fixação dos cabo-verdianos à sua terra.

A agravar o quadro, as condições climáticas que propiciam a desertificação progressiva do solo de Cabo Verde, a pequenez e insularidade do território e a falta de recursos naturais limitaram, de início, os esforços de viabilidade económica e de sustentação de uma política social.

Uma mobilização bem sucedida e a gestão eficaz da ajuda internacional, protagonizada pelas entidades governamentais, permitiu ultrapassar, em parte, a dramática situação inicial, viabilizando a procura de soluções mais estáveis para os problemas nacionais mas não podia colmatar as fissuras profundas decorrentes da fragilidade económica do país.

A gestão financeira criteriosa ao longo da década de 1980, segundo a avaliação do Banco Mundial (1992), resultou num crescimento apreciável da economia, sem contudo criar bases sólidas para um desenvolvimento auto-sustentado. Esse processo foi orientado pelos Planos Nacionais de Desenvolvimento. Entretanto, ao final do período, as mudanças nos esquemas de ajuda externa, com a sua diminuição em termos reais e aumento do percentual de empréstimos em relação às doações, produziram uma estagnação no crescimento económico, com repercussões negativas na manutenção das conquistas sociais.

O quadro político foi dominado, nos primeiros dezasseis anos de vida independente do povo cabo-verdiano, pela prevalência de um regime monopar-

tidário de inspiração socialista, liderado desde Novembro de 1980, pelo Partido Africano da Independência de Cabo Verde – PAICV.

A partir de Fevereiro de 1990, ocorre um segundo marco na história de Cabo Verde. O desencadeamento de um processo de mudança do regime político à procura de novas soluções para os constrangimentos ao desenvolvimento, que se avolumaram no final da década, culminou com eleições pluripartidárias que apearam o PAICV e fizeram o Movimento para a Democracia – MpD – ascender ao poder. A mudança de uma orientação socializante imprimida pelo PAICV, com predomínio do pensamento colectivista, para uma tendência ideológica neo-liberal do MpD, centrada na supremacia do mercado sobre todas as formas de relacionamento humano, acarretou um novo enquadramento das relações entre o Estado e a sociedade, com modificações nas políticas sociais.

A construção do sistema de saúde, com o reduzido número de médicos e outros técnicos e carência de recursos materiais e financeiros, enquadrou-se nessa luta contra as adversidades e constituiu-se num processo de acumulação social – cognitivo, físico e instrumental – ao serviço da promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Foi preciso, nesse processo, ensaiar uma mudança na forma tradicional de prestação de cuidados, cuidar dos aspectos de maior impacto na saúde das populações, introduzir novas tecnologias e mobilizar recursos não disponíveis no país com resultados, felizmente, palpáveis que constituíram uma base sólida do sistema de saúde.

Esse processo também se inseriu num projecto de desenvolvimento social encetado no quadro da reconstrução nacional que preconizou a criação de melhores condições sociais e de qualidade de vida, pela acção desenvolvida pelo Estado. Por outro lado, buscava a socialização dos benefícios que ia conseguindo ou seja, a sua extensão a toda a população, procurando materializar o princípio de justiça social em que se baseou.

Não obstante as falhas e omissões ocorridas no decurso da década, umas próprias de um processo de implantação do SNS em que pesou a inexperience dos seus actores principais, outras resultantes do contexto sociopolítico e económico em que ocorreram, os serviços de saúde deram, na nossa opinião, uma contribuição de valor na melhoria da qualidade de vida do povo cabo-verdiano, ocupando um lugar de destaque na construção do país.

Esta análise, objecto da tese de mestrado, justificou-se, na altura, pela quase total ausência de estudos sobre o SNS cabo-verdiano. Pretendemos, as-

sim, contribuir para o debate sobre as políticas de saúde, apresentando uma sistematização e interpretação da experiência cabo-verdiana dos anos 1980.

Para isso, fixamos como objectivos: (1) descrever o país e analisar os factores principais que condicionaram a construção do sistema nacional de saúde na década de 1980; (2) examinar o sistema e identificar a evolução e interligação entre os seus componentes – princípios, gestão e evolução de recursos humanos, físicos e financeiros; e (3) avaliar os êxitos e os fracassos dos resultados obtidos nesse processo.

Em síntese, dirigimos a pesquisa em duas direcções: (a) para as características do país e para o projecto de sociedade que enquadrou e orientou o sistema de saúde; (b) para a evolução do sistema e seus resultados, para inferir os êxitos e restrições na materialização dessas políticas que reiteravam os seguintes princípios: universalização da cobertura; gratuidade dos cuidados preventivos e curativos; descentralização dos recursos; e ênfase na prevenção.

Como metodologia, adoptamos uma perspectiva predominantemente qualitativa, com base na análise documental, para estudar as políticas de saúde dos governos de então e sua incorporação nas estratégias de desenvolvimento global. A análise quantitativa, embora limitada pela escassez e baixa qualidade das informações disponíveis, ajudou-nos na interpretação das relações entre as políticas económicas e sociais bem como na mensuração, ainda que parcial, das mudanças observadas nas condições de vida e de saúde da população, ao longo do período estudado.

As informações disponíveis limitavam-se aos relatórios do Governo e das agências internacionais. Para complementá-las elaborámos um questionário, dirigido a actores do sistema de saúde, que nos foi de grande utilidade no esquadramento das visões alternativas às fontes oficiais¹. A contribuição de participantes privilegiados constituiu um valioso material de análise e foi incorporada à nossa dissertação para corroborar e aprofundar os nossos pontos de vista.

O nosso estudo foi estruturado em cinco capítulos. Nos dois primeiros, reunidos na parte I, apresentamos o país e o contexto na qual assentamos a análise.

No Capítulo 1 descrevemos as características de Cabo Verde proeminentes na determinação das condições de vida e de saúde: as peculiaridades geográficas; as condições climáticas; os aspectos demográficos; o quadro político

1 O questionário apresentado no Anexo 1 foi remetido a 16 informantes privilegiados, nacionais e cooperantes, escolhidos em função da sua participação directa na implementação do SNS, tanto a nível central quanto periférico. Recebemos mais de 60% das respostas, abarcando, na sua grande maioria, todas as perguntas.

co e a organização político-administrativa do Estado, fazendo, assim, um levantamento do arcabouço institucional do SNS.

No Capítulo 2 abordamos os aspectos económicos decorrentes da orientação imprimida ao desenvolvimento pelo planeamento central, focalizada na organização da capacidade pública de responder às necessidades das populações. Analisamos, também, a evolução de alguns indicadores sociais – relativos à educação, emprego e rendimentos, água e saneamento básico, habitação – para ilustrar o reflexo na situação social do que foi conseguido no domínio económico.

Estruturamos a segunda parte da nossa dissertação em três capítulos, encadeados de forma a retratar, através de uma descrição e análise, o dinamismo que prevaleceu na modulação do sistema de saúde de Cabo Verde.

Assim, no Capítulo 3 abordamos alguns aspectos conceituais dos sistemas de saúde, para fazer ressaltar os marcos referenciais que balizaram a construção do sistema de saúde de Cabo Verde, quais sejam os modelos socialistas de organização dos sistemas de saúde e as estratégias de SPT/2000 baseadas nos cuidados primários.

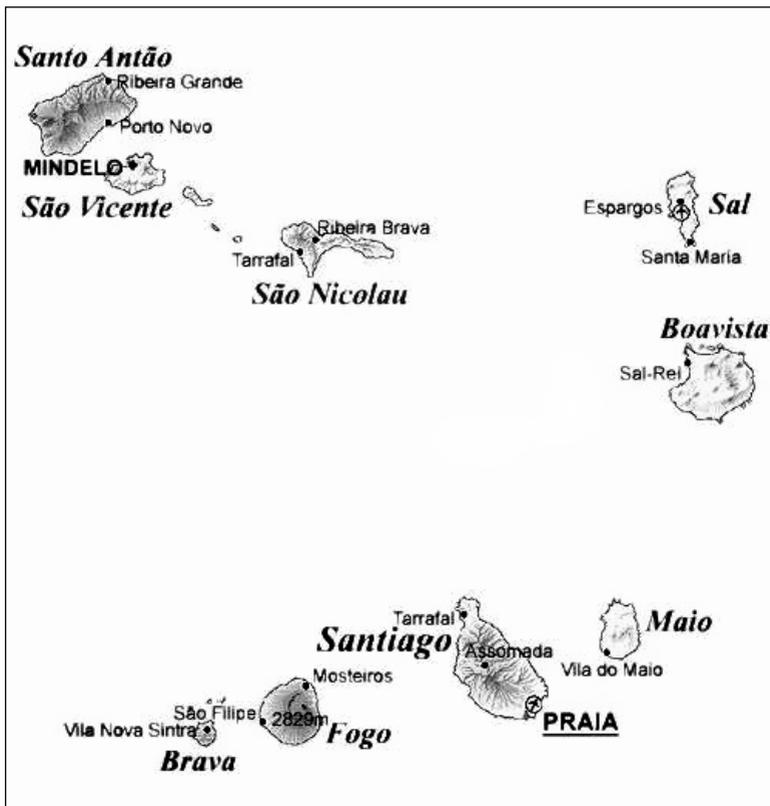
Partindo dessa abordagem, no capítulo 4 identificamos os princípios que nortearam a implantação das políticas de saúde em Cabo Verde, na época, fazendo, ao mesmo tempo, uma análise crítica da operacionalização dos mesmos e da implementação do sistema nacional de saúde, comentando alguns antagonismos e conflitos de interesse que influíram na capacidade de resposta dos serviços de saúde. Descrevemos, ainda, a estruturação dos serviços de saúde, visando mostrar a evolução de cada uma das partes desse conjunto sistémico e comentar as relações institucionais.

Finalmente, seleccionamos alguns indicadores – de mortalidade na infância, esperança de vida, imunizações – com base em dados disponíveis e confiáveis, que apresentamos no Capítulo 5, para ilustrar os avanços conseguidos na situação de saúde face às políticas públicas, procurando distinguir entre os resultados atribuídos às tecnologias apropriadas utilizadas pelos serviços de saúde e às acções de outros sectores da vida social e económica.

Por último discutimos, nas Considerações Finais, a coerência das estratégias definidas frente às condições concretas de Cabo Verde, realçando alguns aspectos que caracterizaram o SNS e alguns desafios a enfrentar para continuar a caminhada da consolidação do Sistema Nacional de Saúde.

PARTE I

O PAÍS E O CONTEXTO DA CONSTRUÇÃO
DO SISTEMA SAÚDE



CAPÍTULO 1

CARACTERIZAÇÃO GERAL DE CABO VERDE:
UM PAÍS EM CONSTRUÇÃO

Neste primeiro capítulo apresentaremos o país, abordando por um lado as características geográficas, climáticas e demográficas e, por outro, os traços políticos e organizacionais que envolveram a construção do SNS de Cabo Verde na década de 1980-1990.

Partimos do pressuposto de que as condições de saúde da população resultam da interação de determinantes ambientais e biológicos e de factores sociais, económicos, culturais e políticos, além do conhecimento e das tecnologias próprias dos serviços de saúde.

1.1 - ASPECTOS GEOGRÁFICOS E CLIMÁTICOS

Cabo Verde é um pequeno arquipélago situado na zona tropical do Atlântico Médio, a 455 km da costa africana frente a Dacar. O arquipélago ocupa uma pequena área de 4.033 km² e é constituído por dez ilhas e oito ilhéus, divididos em dois grupos, de acordo com a sua posição em relação ao vento dominante do nordeste, denominados Barlavento e Sotavento.

O grupo de Barlavento é formado pelas ilhas de Santo Antão, S. Vicente (ilhéu dos Pássaros), Santa Luzia (ilhéus Branco e Raso), S. Nicolau, Sal e Boavista ao passo que o grupo de Sotavento compreende as ilhas de Maio, Santiago (ilhéu de Santa Maria), Fogo e Brava (ilhéus Luís Carneiro, Sapado, Grande e de Cima) (ver mapa).

A maior ilha é a de Santiago, com 991 km², ou seja, 25% da superfície total, seguida da ilha de Santo Antão, que ocupa 779 km². A terceira em tamanho é a da Boavista, com 620 km². A ilha Brava é a menor das ilhas habitadas do país, com 64 km².

As ilhas são relativamente dispersas umas em relação às outras, sendo, por exemplo, a distância entre o porto da Praia (Santiago) e o do Mindelo (S. Vicente) de 160 milhas marítimas (296 km) e a entre Santiago e Fogo de 61 milhas (113 km), o que acarreta, naturalmente, dificuldades em matéria de transporte e comunicações. O transporte de passageiros é feito preferencialmente por via aérea. Embora este meio encareça as deslocações, prevalece sobre as vias marítimas devido à obsolescência da frota e às condições de navegabilidade internas.

Por outro lado, o relevo acidentado e vulcânico de algumas ilhas e um sistema viário deficiente também contribuem para dificultar as comunicações internas, exigindo muito tempo para percorrer pequenas distâncias.

Para além das diversidades naturais, cada uma das ilhas possui traços peculiares do ponto de vista social, cultural e de infra-estruturas, que foram reforçados na pré-Independência pelo fraco intercâmbio entre os ilhéus e o conseqüente isolamento.

A cidade da Praia, situada na ilha de Santiago, é a capital da República de Cabo Verde. Praia experimentou, a partir de 1975, um crescimento acelerado, para abrigar as novas funções e exigências inerentes à transformação da sede do poder colonial na capital de um país.

Fluxos migratórios de quadros técnicos para a cidade da Praia, a fim de fazer funcionar a máquina administrativa, e de populações rurais e dos centros urbanos secundários atraídas pelo rápido crescimento da capital — que oferecia a miragem de emprego e de melhores condições de vida — tiveram como consequência um aumento populacional bem acima da média nacional. O processo migratório resultou em um acréscimo das necessidades de habitação, abastecimento de água potável, saneamento urbano, escolas, serviços de saúde etc.; que ultrapassaram a capacidade de urbanização da cidade, ocasionando um crescimento desordenado com deficiente infra-estrutura urbana.

Já a segunda cidade do país, Mindelo na ilha de S. Vicente, dispõe de infra-estrutura urbana de bom nível, e do melhor porto de Cabo Verde. Conta, também, com uma boa organização comercial e de comunicação, como resultado de uma longa tradição de intercâmbio com o exterior. Na primeira metade deste século, as companhias carboníferas inglesas que operavam a partir do porto exerceram uma influência cultural que foi se entranhando na maneira de ser do são-vicentino.

A ilha do Sal, cujo desenvolvimento tem sido accionado pelo aeroporto internacional que abriga, assiste também a um crescimento de núcleos urbanos a uma velocidade que ultrapassa a capacidade de criação de infra-estruturas.

Tanto Mindelo quanto Sal e Boavista apresentam um problema estrutural de ausência quase completa de recursos hídricos naturais, o que obriga a recorrer à dessalinização da água do mar para o abastecimento, utilizando equipamentos movidos a energia convencional, a custos elevados. A água, nestas circunstâncias, fica bastante cara, tendo o preço de venda ao público de ser subsidiado pelo Estado.

Assim, Cabo Verde, com o seu território esparso, foi definido como um espaço tripolar: uma ilha-capital - Santiago, que é a sede dos poderes político e burocrático e o centro irradiador da ideologia nacionalista e socializante, além de

ter 51% da população e a maior potencialidade agrícola do país; uma ilha-capital económica São Vicente (com Santo Antão representando a sua retaguarda agrícola) onde se localiza a maior parte do parque industrial do país (ainda rudimentar), tradicionalmente com ligações privilegiadas com os continentes europeu e americano, em função das relações comerciais; e uma ilha acolhimento – Sal, abrigando a maior estrutura aeroportuária nacional, que a transforma na porta de entrada e de saída do país, com a economia especializada em actividades terciárias.

A organização espacial tripolar foi assumida nas orientações do II Plano Nacional de Desenvolvimento (1986-90), no equacionamento das variáveis macroeconómicas. O mesmo não aconteceu com as outras ilhas, que foram relegadas a um segundo plano e passaram a desempenhar um papel marginal ou mesmo a formar conjuntos isolados e autômos, como é o caso das ilhas Brava e Fogo. Analisando a repartição das verbas do Programa de Investimentos (PI) pelas ilhas, entre 1980 e 1987, observamos diferenças significativas na média dos investimentos per capita entre S. Vicente, Sal e o restante do País, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 - CABO VERDE: Programa de Investimentos, 1980-1987

ILHAS	Distribuição das despesas do PI / ilhas / ano (em milhões de escudos - ECV)			Despesas do PI / habitante (média em milhares ECV)
	1980	1985	1987	
	1980	1985	1987	1980-87
SANTO ANTÃO	122	406	406	6.9
SVICENTE	284	1312	437	14.2
S. NICOLAU	29	156	113	5.5
SAL	122	444	285	49.9
BOAVISTA	19	25	36	9.9
SANTIAGO	478	1518	1315	7.2
MAIO	14	19	7	4.5
FOGO / BRAVA	84	369	322	5.9
NACIONAL (*)	428	1999	3526	
CABO VERDE	1580	6248	6447	

(*) Contém despesas referentes a programas e projectos de interesse nacional: reforço institucional, estudos e outros.

Fonte: Ministério do Plano e da Cooperação, *Elementos para apreciação da evolução socio-económica em Cabo Verde, Praia, 1989.*

O clima de Cabo Verde é temperado graças à acção moderada do oceano e dos ventos alísios, não obstante as características de aridez e semi-aridez

resultantes da influência do deserto do Sara, do qual o arquipélago marca a extremidade ocidental.

As oscilações de temperatura variam entre os 18° no período correspondente ao Inverno e os 33° no período mais quente, com fracas amplitudes térmicas diárias. Há duas estações do ano, determinadas pelas precipitações pluviais: a estação húmida – aproximadamente de Julho a Outubro também chamada de “as águas” –, em que se registam precipitações muitas vezes irregularmente espaçadas, mas que podem atingir médias anuais elevadas; e a outra, “as secas”, no restante período do ano, em que predomina o vento proveniente do deserto.

Por outro lado, a irregularidade das precipitações característica do clima subtropical seco dá origem a secas cíclicas e prolongadas com sérias repercussões sobre o abastecimento de água em algumas áreas, mesmo para consumo humano. Essa escassez de água constitui uma das principais causas dos problemas do meio ambiente, tanto urbano como rural e, por arrasto, favorece o aparecimento de alguns problemas de saúde como as doenças diarreicas.

As consequências sobre a vegetação e a agricultura traduzem-se numa insuficiente produção de alimentos para a satisfação das necessidades internas que, em escala, vai afectar a situação nutricional da população.

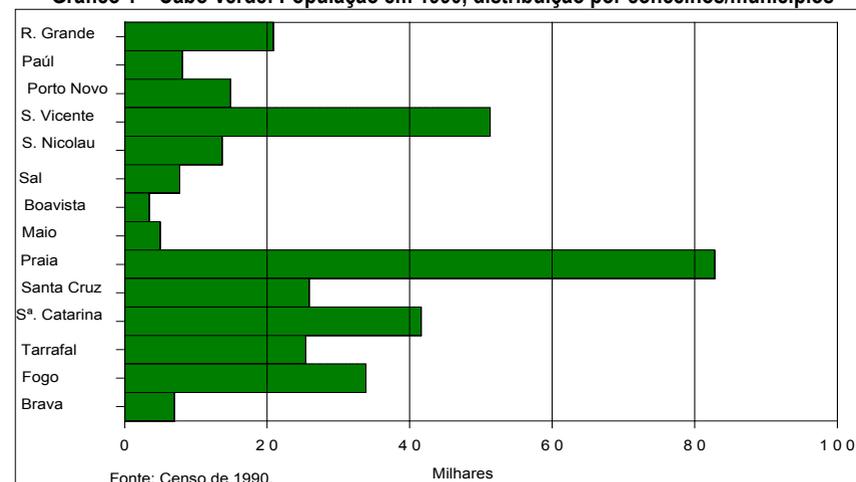
Gera, ademais, um processo de desertificação persistente, não obstante os programas de combate à seca que incluem a reflorestação, com fixação de cerca de 27 milhões de plantas em 16% da área total do país e a construção de mais de 15.000 diques e de 2.500 km de banquetas para retenção da erosão (Ministério das Finanças e do Planeamento-MFP, 1992).

Resumindo, o clima seco e a aridez do solo reflectem-se na produção agrícola escassa e no abastecimento de água, o qual por sua vez influi no estado de saúde da população, ao condicionar, por exemplo, a satisfação interna das necessidades alimentares.

1.2 - POPULAÇÃO

Segundo o Censo de 1990, a população de Cabo Verde era de quase 350.000 habitantes, desigualmente repartida entre as nove ilhas habitadas e entre os catorze municípios (concelhos) que compreendiam o País (Gráfico 1 e Tabela 2).

Gráfico 1 – Cabo Verde: População em 1990, distribuição por concelhos/municípios



Resultados do Censo de 1990 indicam que 89% estão concentrados nas quatro ilhas mais populosas: Santiago – 51%; S. Vicente – 15%; Santo Antão – 13%; e Fogo – 10%. Em consequência, a densidade populacional é assimétrica, variando entre valores extremos de quase 5 habitantes por km² na ilha da Boavista a 226 habitantes por km² na ilha de S. Vicente. Já a ilha de Santiago apresenta uma densidade de 173 habitantes por km², ainda acima da média nacional que o Censo de 1990 calculou em 84,4 habitantes/km².

Essa assimetria tem implicações, por exemplo, na localização dos estabelecimentos de saúde, dentro da política de cobertura universal, provocando a criação de serviços que são subutilizados por grupos populacionais pequenos e dispersos.

A população residente nas áreas rurais representava, em 1990, cerca de 56% da população total, enquanto em 1980, se aproximava de 62%. A sua distribuição varia, igualmente, segundo as ilhas: predomina a população rural naquelas com potencial agrícola como Fogo (83%), Santo Antão (77%), São Nicolau (67%) e Santiago (58%), enquanto nas ilhas essencialmente urbanas – Sal e S. Vicente – a proporção cai para 11% e 8%, respectivamente (Direcção-Geral de Estatística-DGE, 1992).

Os percentuais ainda elevados da população rural colocam problemas de acesso aos serviços de saúde pela distribuição geográfica dos habitantes.

A população feminina do país representa quase 53% do total, à excepção da ilha de Santiago, onde essa proporção é superior a 54% (Tabela 2).

Tabela 2 - CABO VERDE: População residente, feminina e rural, por concelho (%), 1990

ILHA	CONCELHO	POPULAÇÃO RESIDENTE			
		NÚMERO	% DO TOTAL	FEMININA (%)	RURAL (%)
SANTO ANTÃO	Rª Grande	20.851	6,10	49,25	80,55
	Paul	8.121	2,37	48,34	85,70
	Porto Novo	14.873	4,35	49,01	67,28
		43.845	12,83	49,00	77,01
S. VICENTE	S. Vicente	51.277	15,01	51,37	8,13
S. NICOLAU	S. Nicolau	13.665	4,00	51,13	67,37
SAL	Sal	7.715	2,25	49,95	10,30
BOAVISTA	Boa Vista	3.452	1,45	53,86	55,91
SANTIAGO	Praia	82.802	24,24	52,32	25,56
	Santa Cruz	25.892	7,58	53,70	79,52
	Santa Catarina	41.584	12,17	56,47	86,82
	Tarafal	25.413	7,44	57,40	85,74
		175.691	51,44	54,24	57,89
MAIO	Maio	4.969	1,45	53,86	69,38
FOGO	Fogo	33.902	9,92	53,21	83,44
BRAVA	Brava	6.975	2,04	52,16	72,91
CABO VERDE		341.491	100,00	52,80	55,90

Fonte: Direcção-Geral de Estatísticas-DGE, Resultados preliminares do Censo de 1990: 2º Recenseamento Geral da População e Habitação, 1992.

Nos anos 80, a situação demográfica de Cabo Verde foi caracterizada por: incremento da taxa de crescimento da população; estancamento da emigração; baixa tendencial da fecundidade e da mortalidade, particularmente da infantil e da juvenil, e ligeiro aumento da esperança de vida ao nascer. A dinâmica populacional resultante traduziu-se no crescimento da população de 295 mil habitantes, em 1980, para 350 mil, em 1990, ou seja, um aumento de 18,6%.

Não obstante se ter verificado uma ligeira diminuição da taxa bruta de natalidade (TBN)² de 38,4 por mil em 1980 para 36,8 por mil em 1987, e do índice de fecundidade, que passou de 6,3 filhos por mulher em idade fértil em 1980 para 5,3 em 1990, o efeito dessa evolução não se traduziu globalmente na redução do número de nascimentos devido ao aumento considerável do número de mulheres em idade fértil (Ministério do Plano e da Cooperação-MPC, 1989).

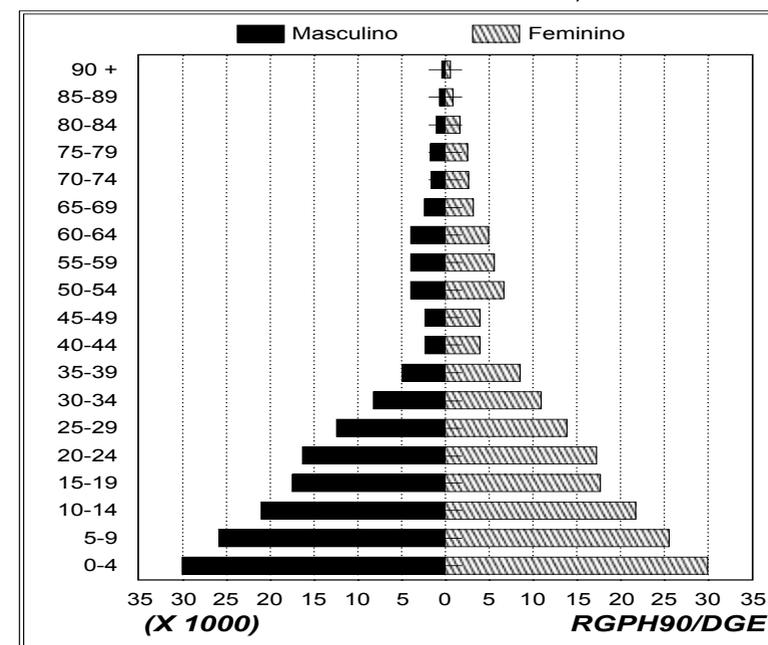
2 Número de nascimentos num ano por 1.000 pessoas.

A alta taxa de natalidade exigiria uma política populacional com a participação dos serviços de saúde através de programas de atendimento à saúde da mulher que intensificassem as actividades de planeamento familiar. Mais adiante nesta dissertação falaremos dos programas feitos nesse domínio.

A taxa média anual de crescimento demográfico foi de 2,7% entre 1980 e 1990, para a qual cada ilha contribui diferentemente: S. Vicente, Sal e Santiago (sobretudo o concelho da Praia) ultrapassaram a média nacional (World Bank, 1992). Este facto é atribuído à atracção que esses pólos de desenvolvimento socioeconómico exerceram sobre a migração interna, provocando um crescimento urbano rápido, estimado em 4,0% ao ano, no período 1980-90 (Direcção-Geral do Planeamento-DGP, 1991).

A emigração, um fenómeno que tem marcado a vida do povo cabo-verdiano e cujas causas históricas abordaremos mais adiante, desempenha um papel muito importante nas características demográficas do país, com efeitos concretos na contenção da taxa de crescimento, ao provocar a diminuição do número de habitantes. No entanto, as políticas restritivas à emigração adoptadas por países acolhedores fazem prever uma diminuição ou anulação desse efeito descompressor.

Gráfico 2 - CABO VERDE: Pirâmide etária, 1990



Fonte: Direcção-Geral de Estatística (1992), Recenseamento Geral da População e Habitação, Praia - Cabo Verde.

Uma característica marcante da estrutura populacional de Cabo Verde é ser invulgarmente jovem, como mostra a pirâmide etária (Gráfico 2). Elaborada a partir dos dados do Censo de 1990, apresenta uma base alargada, com 45% da população concentrada na faixa dos 0-14 anos, enquanto a população entre 15 e 64 anos representa 49% e somente 6% está acima dos 65 anos. Estas percentagens são bem semelhantes às registadas para as mesmas faixas a partir do Censo de 1980 (46%, 48,2% e 5,8%, respectivamente).

O grupo de 0-4 anos representava, em 1990, 17,2% da população contra 16,9% em 1980, o que constitui, sem dúvida um aspecto importante a ter em conta na análise da estrutura da mortalidade e, ainda, na programação dos serviços, particularmente no que diz respeito às consultas de saúde infantil, à cobertura alimentar e aos equipamentos de apoio à primeira infância.

Tal estrutura populacional traduz bem o esforço exigido para a satisfação das necessidades básicas – alimentação, saúde, educação, habitação etc. – de uma população da qual cerca da metade ainda não atingiu a vida activa, e realça a pressão crescente sobre um mercado de trabalho bastante limitado.

1.3 - BREVE HISTÓRICO DA NAÇÃO CABO-VERDIANA

PERÍODO COLONIAL

As ilhas de Cabo Verde foram descobertas em 1460 por navegadores portugueses, que as encontraram desabitadas, começando então um processo de colonização. Nessa época, os recursos económicos dos colonos eram o comércio de escravos, a agricultura e serviços de abastecimento à navegação.

Na história do mundo, Cabo Verde marcou uma posição muito importante, desde a assinatura, em 1494, do Tratado de Tordesilhas, em que Portugal e Espanha dividiram o Globo a partir da localização do arquipélago, ficando o lado oriental para a coroa portuguesa e o ocidental para a Espanha. Dada a excelente situação estratégica na rota do comércio mundial daquela época, as ilhas funcionaram durante longos anos como entreposto de escravos, sobretudo nas rotas para o continente americano e para o Oriente. Daí a mistura heterogénea de grupos humanos, que resultou no povo crioulo cabo-verdiano. O povoamento foi feito em fases sucessivas pelo sistema de capitánias. Com o declínio do tráfico

negreiro da época moderna a economia centrou-se na exploração agrária, não obstante as secas cíclicas que assolavam o território.

No século XIX acentuou-se a regressão económica concomitante aos efeitos das secas cíclicas. As consequências imediatas foram, no dizer de Carreira (1977), “as fomes e mortandades enormes, às quais se juntaram os tremendos efeitos psicológicos e de desarticulação das estruturas socioeconómicas. Famílias foram destroçadas; crianças perderam-se nas achadas e vales e foram recolhidas por desconhecidos sem que voltassem a encontrar os pais; levadas famintas encaminharam-se para as concentrações urbanas de maiores recursos em busca de alimentos, de água, de socorros médicos, conformando um cortejo de misérias físicas e morais que atingiam as populações”.

Para o mesmo autor, esta situação era um verdadeiro drama, porque “os poderes públicos, na maioria das vezes, por uma ou outra razão ou sem razão alguma, eram incapazes de acudir a esses desgraçados” (Carreira, 1977).

As duras secas ocorridas no século XX provocaram mais de 83 mil mortes, mas a década de 1940 foi a mais catastrófica, quando ocorreram mais de 45 mil mortes atribuídas à fome. Só a partir de 1959, devido à implementação de algumas medidas de combate às crises provocadas pela seca, que incluíram melhorias na assistência médica – em parte como resposta às pressões dos movimentos nacionalistas emergentes – cessaram as hecatombes produzidas pela fome. Mas as marcas psicológicas e físicas ficaram e a situação de carência, de “fome oculta”, perdurou, com consequências graves no estado de saúde da população.

Face a uma situação de pobreza permanente, acrescida da ausência de estruturas de base, restou como alternativa a migração, cuja consequência foi o êxodo em massa da população, que fugia da degradação das ilhas. O fenómeno migratório deu-se tanto para o exterior do país como entre as ilhas: (a) em direcção a Santiago, proveniente, sobretudo, do Fogo e da ilha Brava; (b) para S. Vicente e Sal, a partir de Santo Antão e S. Nicolau.

A saída maciça de cabo-verdianos para o exterior revestiu-se de duas características: a emigração forçada e a emigração espontânea (Carreira 1977).

Emigração forçada, pelas condições degradantes e escravocratas em que se processava o recrutamento de grupos de camponeses, acossados pela estiagem, para as roças de S. Tomé e Príncipe, Angola e Moçambique. Este tipo de emigração teve o seu início ainda em 1864, quando uma portaria régia determinou ao governador de Cabo Verde: “Faça transportar para as ilhas de S. Tomé e Príncipe até mil

indivíduos de ambos sexos, empregando para esse fim todos os meios possíveis de persuasão” (Carreira, 1977). Aberto o precedente, seguiram-se várias levas de emigrantes, em função das necessidades de mão-de-obra nas culturas cafeeiras e cacauceiras em S. Tomé e Príncipe e, sobretudo, das consequências das estiagens prolongadas em Cabo Verde. Calcula-se que entre 1900 e 1973 desembarcaram em S. Tomé e Príncipe cerca de 80 mil cabo-verdianos, enquanto que nas outras colónias – Angola, Moçambique e Guiné – o número atingiu 8 mil, no mesmo período.

Mas as roças absorviam tudo que ali chegava. Muitos desses emigrantes faleceram, segundo dados apontados por Carreira (1977). Entre 1900 e 1928, morreram 20% dos que desembarcaram em S. Tomé, ou seja, 1.227 mortes entre os 6.329 cabo-verdianos que ali aportaram. Os que regressavam traziam no corpo a marca de várias doenças tropicais de entre outras que contraíam durante a estada naquelas ilhas do equador. Na alma, a mágoa de não ter conseguido amealhar um pecúlio que justificasse o esforço dispendido e lhes permitisse melhorar as suas condições de vida no país de origem. Mais ainda, essa emigração adquiriu uma conotação mais nociva do ponto de vista social e moral, por ter sido feita, significativamente, à custa de mulheres com filhos menores e adolescentes.

A emigração espontânea ou voluntária, individual, mas ainda forçada pela pressão do nível de vida no país, dirigiu-se, inicialmente, para o continente americano, notadamente para os Estados Unidos da América, onde se radica o maior núcleo da emigração cabo-verdiana, mas também para o Brasil e Argentina e, no continente africano, para o Senegal. Nas décadas de 1960 e 1970, destaca-se uma enorme onda migratória para a Europa que, em consequência das necessidades de desenvolvimento industrial surgidas após as duas grandes guerras, oferecia melhores condições de trabalho e de acolhimento à mão-de-obra barata e desqualificada. Os grandes núcleos de cabo-verdianos que surgiram nos países europeus ocuparam-se, predominantemente, no sector da construção civil e na marinha mercante e, gradualmente, com o aprendizado, em vários outros domínios técnico-profissionais.

O número de cabo-verdianos emigrados e seus descendentes em primeira linha atinge mais de 460 000, sendo bastante superior à população residente. As rotas de emigração mais significativas são para os continentes americano (255 000), europeu (134 000) e africano (78 000) (Andrade, 1991).

Além da saída de quadros administrativos e técnicos para as outras colónias portuguesas de então, onde desempenharam vários papéis na administração, a emigração foi e continua a ser feita à custa, sobretudo, das camadas

sociais menos privilegiadas, que trabalham afincadamente na tentativa de conquistar um pecúlio que lhes permita melhorar as condições de vida tanto individualmente como do agregado familiar que ficou no país.

A emigração surge, portanto, como um factor de descompressão populacional e de elevação do status económico e social. A estreita ligação dos emigrantes cabo-verdianos à terra natal manifesta-se tanto pela mesada que, religiosamente, a maioria mantém à família como pela esperança sempre acalentada, mas muitas vezes adiada, de regresso definitivo ao país. O emigrante adulto, apegado ao tipo de vida em que foi criado, resiste ao choque de culturas no país de imigração mas absorve hábitos, tradições e valores (nem sempre os mais válidos) que, aliados aos que ele guarda zelosamente, o fazem voltar e transmitir à família e à roda dos amigos uma nova visão do mundo e das coisas. Conserva-se, no entanto, agarrado à família – consanguínea ou por aliança – à sua courela e aos amigos, e isto constitui um forte estímulo para participar da vida política, social e económica do país, mesmo tratando-se das segundas gerações.

Não restam dúvidas de que a emigração, uma verdadeira diáspora, é um fenómeno marcante da sociedade cabo-verdiana, constituindo-se em parte integrante da cultura nacional, com influência preponderante sobre todos os aspectos da vida do povo dessas ilhas do Atlântico.

O desprezo e o isolamento a que o povo cabo-verdiano esteve submetido pelo regime salazarista de Portugal, e as consequências dessa opressão, de que acabamos de dar uma ideia, formaram o germe do sentimento nacionalista que se foi desenvolvendo.

Nos anos trinta, a tomada de consciência nacional se reflectiu na criação de uma literatura cabo-verdiana. Os intelectuais cabo-verdianos começaram a dar corpo ao movimento de libertação nacional, cuja expressão formal veio concretizar-se em 1956, com a criação, entre outros, do Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde-PAIGC, por Amílcar Cabral e outros nacionalistas guineenses e cabo-verdianos. O grande sonho concebido e acarinhado por Amílcar Cabral e pela geração que o acompanhou era fazer a união dos povos dos dois países, surgidos a partir da independência de colónias com uma história comum: o mesmo povo originário, com traços culturais e linguísticos semelhantes; uma administração colonial conjunta durante vários anos; um intercâmbio frequente, incluindo a emigração de cabo-verdianos para a Guiné.

Face à intransigência do governo colonial em negociar a auto-determinação desses países, o movimento de libertação de guineenses e cabo-ver-

dianos desencadeou uma luta armada, a partir de 1963, no território da Guiné-Bissau, que pelos êxitos alcançados, viria a contribuir grandemente para a derrocada do regime colonial português, em Abril de 1974. Em Cabo Verde, o PAIGC empenhou-se numa luta política clandestina que não chegou a desembocar em uma guerra, por razões tais como: (a) as condições geográficas difíceis para o desencadeamento da guerrilha que lhe dariam um carácter um tanto suicida; (b) a pouca penetração da organização clandestina do PAIGC no arquipélago, (c) o efectivo controle de todo o território pelas autoridades coloniais; (d) a queda do regime colonial português em 1974.

O prestígio angariado pelo PAIGC deveu-se ao facto de ter sido, na realidade, a única força política organizada a combater o colonialismo português na Guiné e em Cabo Verde. Muitos países e organismos internacionais, notadamente a Organização das Nações Unidas-ONU e a Organização de Unidade Africana-OUA, o reconheceram como sendo o único e legítimo representante dos povos dessas colónias. Na Guiné, a luta, o avanço do PAIGC no terreno e a proclamação da Independência em Setembro de 1973, ainda antes da derrocada do regime colonial português, foram suficientes para legitimá-lo. Assim, esse status atribuído ao PAIGC veio a ter influência marcante na condução do processo de independência em Cabo Verde, para o qual coadjuvaram o ambiente internacional propício à independência nas décadas de 1960-70, a queda da ditadura em Portugal e a ascensão das forças políticas de esquerda ao poder.

A PRIMEIRA REPÚBLICA (1975 - 1991)

A República de Cabo Verde nasce em 5 de Julho de 1975. Dois aspectos marcaram esse facto histórico: (a) negociações entre o governo de Portugal, emergente da revolução de Abril, e o PAIGC, reconhecido internacionalmente como o legítimo representante do povo de Cabo Verde e (b) a formação de uma Assembleia Constituinte pelo voto popular, encarregada de proclamar a Independência, escolher o Presidente da República e o Primeiro-Ministro dentre os deputados eleitos e elaborar a primeira Constituição.

Segundo a lei eleitoral, qualquer grupo de cidadãos tinha capacidade jurídica para apresentar candidatos, mas a única força política que o fez foi o PAIGC, vindo a ser legitimado nas eleições e aclamado pelo povo de Cabo Verde. Obteve vitórias que atingiram os 95% dos votos em dezasseis dos vinte e

quatro círculos eleitorais, sendo o resultado da ilha do Maio onde obteve 76,99% o pior dos sufrágios (Cabo Verde, 1975)³.

Outros movimentos políticos surgidos durante o período que antecedeu a independência (Abril de 1974 a Julho de 1975) não ganharam uma expressão significativa, tendo sido excluídos do processo pela grande adesão popular ao PAIGC, que conglomerava o ideal libertário e trazia a legitimidade conferida pela luta armada. Posteriormente, o banimento de outros partidos foi formalizado por força do artigo 4º da Constituição que instituiu o regime de partido único.

A Constituição foi aprovada em 5 de Setembro de 1980. Em seu preâmbulo, afirma: “Cabo Verde constituiu-se em estado democrático, tendo como objectivo fundamental a defesa dos interesses das massas trabalhadoras e a construção da paz, progresso e felicidade para todos os cabo-verdianos”. No parágrafo 1 do art.º 4º, a Constituição atribui ao PAIGC o papel de força política dirigente da sociedade e do Estado (Assembleia Nacional Popular-ANP, 1980).

Seguindo o exemplo dos países recém-independentes do continente africano, o regime político então implantado foi monopartidário com ideais socializantes, mas contrabalançou as influências ideológica, organizacional e económica dos países do bloco comunista com o estabelecimento de estreitas relações com países do mundo ocidental. Embora tivesse o discurso ideológico baseado em conceitos socialistas, o PAIGC não assumiu essa designação, tendo preferido caracterizar o regime como Estado de Democracia Nacional Revolucionária, talvez para se demarcar tanto das democracias liberais como dos regimes comunistas de então, procurando adoptar um modelo adaptado às condições concretas do país que permitisse preservar a independência política e conjugar os propósitos sociais com o subdesenvolvimento e a dependência económica externa. Contudo, o conteúdo dessa caracterização não chegou a ser claramente definida.

O PAIGC, que já era a força dirigente na Guiné-Bissau desde a retirada das forças portuguesas após Abril de 1974, constituiu-se, assim, em um partido binacional, com uma direcção supranacional única, mas com dois ramos, um para Guiné e outro para Cabo Verde. Em cada um desses países existia um Estado e um Governo autónomos.

O projecto de união entre os dois países não foi muito além do facto - de extrema importância política - que foi a conquista da independência. Não teve sucesso

³ O voto era livre, universal e secreto, tendo exercido esse direito todos os cidadãos maiores de 18 anos, sem discriminação de raça, sexo ou grau de instrução.

para se materializar nos campos social e económico porque foi interrompido a 14 de Novembro de 1980, quando um golpe de estado em Bissau inviabilizou a existência do partido binacional, com a separação dos dois ramos nacionais. Em Cabo Verde, a partir de Janeiro de 1981, foi constituído o Partido Africano da Independência de Cabo Verde-PAICV que se proclamou herdeiro do legado histórico do movimento de Cabral e, enquanto partido único, continuou a dirigir o país até 1991.

O PAICV ensaiou algumas medidas que tentavam renovar a legitimidade do regime e matizar o monopólio político resultante do sistema partidário único. No plano político, promoveu eleições legislativas regulares a cada cinco anos, como previsto na Constituição, com a particularidade de permitir que nas assembleias populares realizadas nos períodos de campanha eleitoral os cidadãos pudessem propor pré-candidatos alternativos ou rejeitar nomes das listas propostas pelo partido no poder. Em 1985, admitiu ainda a inclusão de candidatos independentes, de que resultou a formação de um parlamento de partido único, mas no qual um número significativo de deputados não era filiado no PAICV⁴. Esse sistema permitiu a representação de correntes minoritárias e trouxe uma nova dinâmica ao órgão parlamentar – a Assembleia Nacional Popular – polemizando medidas executivas, ou opondo-se, por vezes, a projectos do Governo, num ensaio de debate parlamentar.

A necessidade de reforma do sistema político já fora sentida na segunda metade da década de 80. Com efeito, o programa do 3º Governo (1986-90) propugnava uma reforma administrativa e um processo gradual e regulado de liberalização da economia. Por sua vez, o III Congresso do PAICV, realizado em Novembro de 1988, incluiu uma ampla reflexão sobre o exercício do poder e sobre as perspectivas de desenvolvimento.

Desse confronto de ideias, os adeptos de uma liberalização mais acelerada e da necessária abertura política não conseguiram o apoio suficiente entre os participantes para fazer aprovar a introdução de reformas mais profundas. Entre as deliberações dessa reunião ressalta-se, no entanto, a adopção de uma nova estratégia de desenvolvimento que incluía: a continuação da reforma agrária em curso; uma reforma do ensino; uma reforma da administração pública; e o aperfeiçoamento do sistema eleitoral com realização de eleições municipais, visando o aumento da competitividade (Lima, 1992).

⁴ Foi através desse processo que o Dr. Carlos Veiga, presidente do Movimento para Democracia-MpD e Primeiro-Ministro até 2001 e outras pessoas entraram para a lista da cidade da Praia, tendo sido eleitos deputados, enquanto outros nomes eram rejeitados.

No plano económico, algumas mudanças se traduziram numa redução do controle estatal e em algum estímulo à iniciativa privada, embora mantendo o dirigismo das instituições públicas. O Governo iniciou uma nova estratégia, ciente de que a aplicação do modelo de economia centralizada à realidade cabo-verdiana tinha esgotado a sua capacidade para ultrapassar os estrangulamentos económicos e para encontrar soluções para as questões sociais. Esta estratégia incluía: um programa de extroversão no sentido de integração económica no mercado internacional; a atribuição de um maior papel ao sector privado; a previsão de estímulos ao sector cooperativo e a afirmação da função reguladora do Estado.

A revisão da Constituição ocorrida em Dezembro de 1988, na decorrência das resoluções do III Congresso, foi de grande importância ao conferir maior flexibilidade ao sector económico e ao aprovar a Lei Eleitoral Municipal, que previa a competição entre o PAICV, grupos de cidadãos e organizações de massas.

Essas decisões vieram marcar o início da fase de transição do sistema monopartidário para o pluripartidarismo, por terem requerido um novo enquadramento político mais em consonância com a nova dinâmica das relações Estado/Sociedade que, rapidamente, tomava corpo em Cabo Verde. No entanto, a hesitação e a lentidão introduzidas no processo pelas teses mais conservadoras levaram o PAICV a perder a oportunidade histórica de conduzir as mudanças económicas e políticas que a situação concreta do país exigia. Ao não assumir por inteiro as mudanças, permitiu que se acumulassem dúvidas a respeito das suas reais intenções e perdeu o controle da situação política, vindo a pagar um preço alto pelo seu erro nas eleições de 1991.

INÍCIO DA SEGUNDA REPÚBLICA (1991...)

A partir de Fevereiro de 1990 a direcção do PAICV decidiu propor à sociedade uma mudança do sistema político, no sentido do pluralismo partidário, e iniciar um processo de abertura política. Para isso várias leis importantes foram aprovadas, tais como: (a) a Lei das Associações Políticas (ANP, 1990); (b) a Lei sobre Direito de Reunião e de Manifestação (ANP, 1990 a); (c) a Lei de Revisão Constitucional (ANP, 1990 b). Esta última promoveu, notadamente, a eliminação do artigo 4º, que atribuía ao PAICV o papel de força dirigente da Sociedade e do Estado e a instituição de uma democracia pluralista, ao eliminar a barreira à legalização de partidos políticos e à sua participação nas eleições legislativas previstas para o final desse ano.

A Lei de Revisão Constitucional instituiu, também, um sistema misto de governo, semi-presidencialista ou parlamentar-presidencial, com novos poderes atribuídos ao Presidente da República, que incluíam: a dissolução da Assembleia Nacional Popular; o exercício do direito de veto político; nomear o Primeiro-Ministro e demitir o Governo, dentro de certos condicionamentos (cap. II, Artigos 63º-70º).

Da grande movimentação política que animou a vida do país entraram em cena mais três partidos políticos e várias associações cívicas que se constituíram num movimento oposicionista ao partido no poder: a União Cabo-Verdiana Independente e Democrática-UCID, que já se encontrava organizada, principalmente no exterior, no seio da emigração cabo-verdiana na Europa e Estados Unidos, e de tendência democrata-cristão; a União dos Povos das Ilhas de Cabo Verde-UPICV, de esquerda (maoísta) que, tendo ficado praticamente inactiva durante o período de partido único após a sua eliminação da cena política, reapareceu com fraquíssima expressão; o Movimento para a Democracia-MpD, uma formação que se constituiu após a abertura política, em grande parte encabeçada por dissidentes do PAIGC de orientação ideológica trotskista, os quais, em 1979, haviam sido expulsos na sequência de lutas internas pelo controle do partido e, também, por dissidentes do PAICV. Congregava, ainda, parte da intelectualidade cabo-verdiana e uma grande parte da população ávida de mudança e descontente com os erros político-administrativos do regime de partido único.

No processo eleitoral, todos os partidos – excepto UPICV, que se manteve sem alianças e sem participação directa nesse processo – e as associações cívicas se congregaram em volta das ideias do MpD, sintetizadas no slogan eleitoral “Mudança e Competência”, bipolarizando a vida político-partidária cabo-verdiana. Do pleito eleitoral de Janeiro de 1991 saiu vencedor o MpD, que obteve a maioria qualificada de 2/3 dos deputados à Assembleia Nacional Popular e assumiu o governo.

Em Fevereiro do mesmo ano, Cabo Verde vivenciou a primeira eleição directa do Presidente da República. Foi disputada por dois candidatos: Aristides Pereira, Presidente em exercício que se recandidatava a um quarto mandato – o primeiro disputado em eleições directas – apoiado pelo PAICV, e António Mascarenhas Monteiro – Juiz Presidente do Supremo Tribunal de Justiça durante os últimos dez anos até pouco depois da anunciada abertura política – candidato do MpD. Mascarenhas Monteiro saiu vencedor e com esse pleito eleitoral se completou a substituição, pelo voto, dos órgãos de representação da soberania popular. Deu-se início, então, a um novo período, que se convencionou chamar de Segunda República.

Esse segundo marco da história recente de Cabo Verde coincidiu com o declínio e queda dos regimes do Leste europeu, que também tinham adoptado o monopartidarismo. As mudanças políticas que ocorreram em Cabo Verde focalizaram, sobretudo, a “desideologização” de aspectos de conotação comunista vinculados ao seu modelo de desenvolvimento. Essa tônica dominou as campanhas eleitorais e constituiu a bandeira do novo governo, no período imediato ao acto eleitoral, em particular, a exploração emocional contra as relações privilegiadas de amizade do governo do PAICV com países socialistas e a acusação do regime político anterior como sendo o causador de todos os “males” do país. Para contrapor-se ao PAICV, o MpD usou como estratégia um discurso baseado em palavras de ordem como “competência” e “mãos limpas”, dando a imagem de que encarnava a própria democracia, e que era a panaceia milagrosa para salvar o país.

Ao chegar ao poder o MpD adoptou o lema, em todos os domínios, de ser frontalmente diferente do PAICV. Essa obsessão e a partidarização de actividades técnico-administrativas terão desviado o governo do MpD do objectivo de provocar mudanças concretas na organização da sociedade, com reflexos no desenvolvimento socioeconómico.

A excessiva preocupação em desmontar o aparelho burocrático do Estado montado pelos governos anteriores, dispensando quadros técnicos e produzindo alterações na estrutura organizativa por questões políticas, foi motivada pelo pretenso combate aos “incompetentes” e “corruptos” do PAICV, substituindo-os por pessoas vinculadas ao MpD, apresentadas por eles como de “comprovada competência” e “limpos”.

Em contraposição à política económica do PAICV, incluindo a sua reorientação para a inserção no mercado internacional nos últimos anos do regime, o MpD defendeu um neo-liberalismo de contornos pouco definidos, mas exacerbado. O investimento externo, tantas vezes apresentado durante as campanhas eleitorais como o que faltava para realizar o milagre económico, continuou aguardando as condições internas favoráveis para se instalar.

Entre 1991-93 o MpD produziu farta legislação em contraposição à parcimónia seguida pelo PAICV nesse domínio, embora não tenha sido o suficiente para equacionar todos os problemas cruciais.

A grande intolerância partidária por parte do MpD terá acrescentado mais um factor de instabilidade ao frágil equilíbrio socioeconómico que Cabo Verde vivenciara até os finais da década de 80.

Os resultados do governo do MpD têm-se mostrado medíocres e contraditórios, na visão de alguns analistas⁵. No sector saúde, por exemplo, o discurso político inicial foi todo no sentido de apresentar grandes incongruências dos governos anteriores nas orientações políticas para o sector, enquanto que as estratégias contidas no programa do primeiro governo da 2ª República eram, felizmente, a continuação da política anterior. Já em um aspecto de grande impacto político e corporativo, que é o exercício privado da medicina – decididamente um dos problemas latentes do regime anterior, mas que tinha sido objecto de medidas liberalizadoras no final dos anos 80 – observou-se um descaso na instituição das medidas reguladoras. Esse descaso terá propiciado o surgimento anárquico desse segmento, pela inexistência de critérios para definir os requisitos básicos para o exercício dessa actividade, nomeadamente no tocante às qualificações profissionais e às instalações.

1.4 - ORGANIZAÇÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA DO ESTADO (1980 - 1990)

DIVISÃO TERRITORIAL

Com a independência, Cabo Verde tornou-se um Estado unitário e manteve a divisão político-administrativa do território em 14 municípios – designados concelhos – do período colonial⁶. A insularidade do país constitui o factor predominante nessa configuração e tem obstaculizado toda tentativa de conglomerar ilhas próximas em regiões administrativas. Cada uma das ilhas constituiu um município, à excepção das ilhas de Santo Antão e de Santiago que possuem três e quatro concelhos, respectivamente.

Até 1991, data após a qual passou a haver eleições municipais, cada município era dirigido por um representante nomeado pelo Governo dentre os seus quadros, em função da competência técnica e/ou da confiança política,

⁵ Segundo Querido (1994): As tão badaladas competências primam pela ausência, a corrupção instala-se, o esbanjamento atinge níveis espantosos e todos os indicadores de que se dispõe apontam para uma rápida degradação económica e social do País.

⁶ Em 2005 Cabo Verde passou a dispor de 22 municípios (os últimos cinco geridos por comissões instaladoras até as eleições autárquicas de 2008) em resultado da divisão de alguns concelhos. A ilha de Santiago, que tinha seis concelhos, passou a ter nove; Fogo passou de dois para três e o município de S. Nicolau foi dividido em dois. As outras ilhas mantiveram o número de municípios.

designado Delegado do Governo, hierarquicamente dependente do Ministério de Administração Local e Urbanismo. Dentre as suas funções, destacava-se a de presidir o Conselho Deliberativo, órgão legislativo municipal constituído por cidadãos do município, com presumível representatividade no seio da população e escolhidos pelas instâncias governamentais e partidárias. Outra função formalmente atribuída ao Delegado do Governo era a de coordenar e integrar as acções de desenvolvimento com os representantes dos diversos ministérios no concelho.

REGIME POLÍTICO

A Constituição de 1980 estatua que “a República de Cabo Verde é um Estado de Democracia Nacional Revolucionária, fundado na unidade nacional e com efectiva participação popular no desempenho, controle e direcção das actividades públicas e orientado para a construção de uma sociedade liberta da exploração do homem pelo homem” (art. 3º) (Assembleia Nacional Popular-ANP, 1980).

Não obstante opiniões discordantes, baseadas sobretudo nos conceitos de “partido único” e de “aparelho do Estado”, eram identificáveis no regime instituído no país, segundo Lima (1992), elementos que caracterizam uma democracia: elementos estruturais pela existência de órgãos representativos eleitos por sufrágio universal, do princípio de descentralização territorial, da existência de um partido mediador⁷ entre a sociedade e o Estado; elementos substanciais traduzidos no princípio da soberania popular, na participação efectiva nos assuntos do Estado e na liberdade de imprensa⁸; e elementos jurídicos que se consubstanciaram no reconhecimento e na garantia de direitos e liberdades fundamentais do cidadão e na independência dos juizes.

Ainda, para Lima (1992), “a democracia nacional revolucionária parece assumir uma funcionalização clara em relação à Nação e uma orientação social precisa. Como democracia nacional, ela orienta-se para a consolidação da Nação. Como democracia revolucionária pretende-se que ela contribua para edificar uma sociedade livre da exploração, particularmente na medi-

⁷ Embora seja discutível falar-se de função mediadora no caso de partido único, essa função existiu, de facto, em Cabo Verde.

⁸ A Constituição conferia ao Estado a titularidade dos principais órgãos de informação, mas ao lado desse monopólio estatal sempre funcionou a imprensa escrita tendo, a partir de meados da década de 80, o jornal *Terra Nova*, da propriedade dos padres Capuchinhos, passado a corporificar a “dissensão” política em relação ao PAICV e ao seu grupo dirigente.

da em que camadas antes mais desfavorecidas participem efectivamente no exercício do poder”.

Na caracterização do regime político não teria sido alheio o facto de o PAICV, apesar da forte ideologização presente na sua retórica, ter adoptado uma conduta pragmática no sentido que lhe atribui Giovanni Sartori (1982) e que foi traduzida, internamente, na procura do diálogo social e político, tentando integrar as várias camadas sociais, incluindo a elite cultural, no processo político. No quadro de uma política externa de não-alinhamento, os governos do PAICV desenvolveram uma política de abertura e diálogo com todos os povos, notadamente com os que lhe ofereceram ajuda e cooperação.

Por outro lado não se deu a sobreposição total do Partido ao Estado, tendo permitido certa autonomia dos órgãos do Estado em relação ao controle partidário.

SISTEMA DE GOVERNO

Não há unanimidade entre os estudiosos que se debruçaram sobre o sistema de governo cabo-verdiano, sobretudo, ao pretenderem classificá-lo à luz das teorias construídas a partir de realidades europeias. Pelas características apontadas antes, concordamos com Lima (1992) ao considerar o sistema de governo instituído em Cabo Verde entre 1975 e 1990 de parlamentarismo de partido único.

O Título III (art.º 45º a 88º) da Constituição de 1980 definiu como órgãos do poder do Estado: a Assembleia Nacional Popular; o Presidente da República; o Governo; os Tribunais; e os órgãos de Poder Local.

A Assembleia Nacional Popular-ANP, definida como “o órgão supremo do poder do Estado” (art.º 46º), detinha os poderes legislativos e constitucionais e a capacidade de eleger o Presidente da República e designar o Primeiro-Ministro, sob proposição do próprio Presidente da República. Era constituída por deputados eleitos por voto secreto e directo por um mandato com uma duração de cinco anos para cada legislatura.

O Presidente da República era o Chefe do Estado e o Comandante Supremo das Forças Armadas dotado de um mandato que coincidia com a duração da legislatura.

O Governo foi definido na Constituição de 1980 como “o órgão executivo e administrativo supremo da República” (art.º 72º a 80º). Constituído pelo Primeiro-Ministro, Ministros e Secretários de Estado, era politicamente responsável perante a ANP e o Presidente da República.

Os Ministros e Secretários de Estado são nomeados pelo Presidente da República, sob proposta do Primeiro-ministro, enquanto Chefe do Governo. As deliberações executivas do Governo são tomadas em Conselho de Ministros, cuja presidência era facultada por lei ao Presidente da República, sempre que assim entendesse.

Por lei, a administração da Justiça é confiada, exclusivamente, aos tribunais, e o poder local se organizava, essencialmente, através dos órgãos de administração local, hierarquicamente dependentes do Ministério da Administração Local e Urbanismo.

REGIME DE PROPRIEDADE

Coexistem na República de Cabo Verde três sectores de propriedade, definidos na Constituição de 1980 (art.º 11º): “A propriedade do Estado, património de todo o povo, constituindo o sector dominante da economia; a propriedade cooperativa, organizada sobre a base de livre consentimento, incidindo sobre a terra e a exploração agrícola, sobre a produção de bens de consumo, o artesanato e outras actividades fixadas por lei, e a propriedade privada, relativa a bens distintos do Estado”.

Entre 1975 e 1990 constituíam a propriedade do Estado: o subsolo; as águas; as riquezas minerais; as principais fontes de energia; os meios de base da produção industrial; os meios de informação e de comunicação, os bancos; os seguros, as infra-estruturas e os meios fundamentais de transporte. Além disso, o Estado controlava o comércio externo (Nations Unies, 1981).

A organização dos serviços de saúde seguiu a divisão político-administrativa do país, mas nem sempre se mostrou positiva para o desenvolvimento do sistema a nível local, como veremos adiante.

Em resumo, diremos que os seguintes factores constituíram constrangimentos estruturais ao desenvolvimento socioeconómico de Cabo Verde e à construção do sistema de saúde: (a) a descontinuidade territorial, devido à divisão natural do país em dez pequenas ilhas (nove habitadas), com graves consequências sobre os custos de unificação do país; (b) o clima subtropical seco, com ciclos prolongados de seca e chuvas irregulares provocando a desertificação acelerada e a degradação da produção agrícola no país; e (c) a concentração demográfica sobre as três ilhas de maiores dimensões.

No entanto, a descontinuidade territorial terá constituído um factor natural favorecedor da descentralização das actividades de saúde, permitindo a organização local dos serviços com base nas necessidades de saúde da população de cada ilha ou município.

Os períodos apontados da história de Cabo Verde – época colonial; Primeira República (1975-90) e Segunda República (1991 ...) – além das características gerais que afectaram as condições de vida em cada época, apresentam aspectos que marcaram a organização dos serviços de saúde e a repercussão destas no estado de saúde da população cabo-verdiana.

O período colonial foi marcado por uma organização essencialmente assistencial, baseada na prestação de cuidados hospitalares nas cidades. As populações rurais eram, fundamentalmente, atendidas por enfermeiros colocados em postos sanitários. As actividades de saúde pública eram executadas através de campanhas dirigidas a problemas específicos.

Na Primeira República, os cuidados de saúde foram dominados pelo discurso dos cuidados primários e pela estatização dos serviços de saúde e universalização da cobertura. O incremento apreciável nas actividades de saúde pública e as melhorias na oferta de serviços curativos contribuiu para o aumento relativo do bem-estar da população cabo-verdiana.

A Segunda República iniciou-se marcada pelo discurso liberal que, no sector da saúde, foi ao encontro da aspiração dos profissionais no sentido do exercício privado da medicina. As orientações dos CPS permaneceram no discurso do novo governo e a orientar a prática dos serviços de saúde.

Assinalamos que a pesada herança burocrática do regime colonial, o esforço organizacional exigido de cada sector do Estado que começava a se formar e a estrutura centralizada proveniente da inspiração socialista favoreceram o aparecimento de uma forte sectorialização que dificultou intervenções conjuntas no campo da saúde.

Existiu, ainda, uma contradição entre o reconhecimento da propriedade privada e a proibição de exercício privado da medicina que, como referiremos mais adiante, veio perturbar o funcionamento do sistema de saúde, sobretudo porque faltou ao Estado a capacidade para negociar as restrições a essa actividade com os actores principais.

Esses aspectos constituíram o contexto em que se deu a implantação e desenvolvimento do sistema de saúde de Cabo Verde no pós-independência.

CAPÍTULO 2

DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO-SOCIAL
E PLANEAMENTO NACIONAL

Na vigência da Primeira República, as autoridades cabo-verdianas acreditaram na possibilidade de satisfazer as necessidades da população através da administração racional, centralizada no Estado. Esse pensamento foi ditado pelos ideais da luta de libertação e modelado pelos constrangimentos ao desenvolvimento económico e social, discutidos no capítulo anterior.

Os Planos Nacionais de Desenvolvimento (PND I e II) foram mecanismos de gestão indispensáveis para coordenar as políticas nacionais e a aplicação eficaz e eficiente da ajuda externa aos objectivos do desenvolvimento possível, como um meio para melhorar as condições de vida da população cabo-verdiana.

Cabo Verde conseguiu, além de um desempenho económico considerado bom pelo Banco Mundial, como veremos na próxima secção, algumas conquistas sociais, em particular as concernentes ao nível de saúde da população, que o colocaram entre os países com os melhores indicadores sanitários na região africana, segundo a OMS. Noutros domínios, principalmente na escolarização e alfabetização de adultos, no abastecimento de água potável e no saneamento básico, também se conseguiram avanços, ainda que modestos, mas que impactaram positivamente na saúde pública.

Para ilustrar essa conjugação de esforços, faremos neste capítulo uma breve descrição da elaboração dos I e II PND, apenas como embasamento para a apresentação de alguns indicadores do desenvolvimento económico e social alcançado entre 1980 e 1990.

Esta análise apresenta limitações perante a escassez de dados confiáveis e acessíveis que, no entanto, nos permitem traduzir os traços mais gerais da construção e evolução de Cabo Verde na pós-independência.

2.1 - OS PLANOS NACIONAIS DE DESENVOLVIMENTO (1981-85 e 1986-90)

O planeamento estatal em Cabo Verde tinha a responsabilidade de alocar os recursos de que dispunha o país, em função dos objectivos do desenvolvimento socioeconómico da colectividade. O processo defrontou-se com obstáculos técnicos resultantes da falta de dados disponíveis e das muitas incertezas próprias de um contexto de construção de uma nova nação.

Também sofreu influências das controvérsias sobre a natureza política do plano, resultantes do confronto entre, de um lado, a concepção que prevalecia

no campo socialista de um planeamento centralizado e imperativo em oposição ao mercado e, de outro, a ideologia liberal em matéria de desenvolvimento, em particular a tese de “menos Estado”.

Embora dentro de uma visão de planeamento centralizado, o processo foi sofrendo adaptações graduais, notadamente a reorientação da economia para o mercado externo, no final da década de 80, como veremos na secção seguinte. Para isso, não terá sido alheia a constatação do malogro das experiências de planeamento nos países socialistas e do terceiro mundo, principalmente na África, onde os planos foram progressivamente abandonados ou substituídos ou complementados por programas de ajuste estrutural impostos pelas instituições financeiras internacionais como condição para aceder a novos créditos.

No primeiro quinquénio após a independência (1975-80), o Governo de Cabo Verde teve que fazer face aos inúmeros problemas decorrentes da constituição do Estado, para o que se propôs: definir as tarefas centrais para lançar as bases da infra-estrutura económica; resolver as necessidades imediatas da população e criar a materialidade institucional do Estado, de acordo com as funções que este deveria desempenhar.

Nesse período foram elaborados planos anuais de acção e não um plano quinquenal, devido à escassez de recursos humanos qualificados e à falta de um sistema de informação, elemento indispensável à planificação.

Com a elaboração do I Plano Nacional de Desenvolvimento (1982-85), deu-se início ao planeamento a médio prazo. Esse processo revestiu-se de um carácter centralizado e normalizador e absorveu as orientações políticas do regime, que podem ser resumidas nos seguintes pontos: (a) satisfação crescente das necessidades fundamentais da população; (b) melhoria constante das condições de vida graças, em particular, ao desenvolvimento da produção e ao aumento do nível cultural e técnico; (c) manutenção e reforço da independência nacional e construção do Estado (DGP, 1989).

As actividades de planeamento foram conduzidas por um departamento estatal coordenador, de onde emanavam as directrizes doutrinárias e metodológicas para elaboração dos planos sectoriais. Esse departamento, na dependência directa do Primeiro-Ministro, ganhou importância entre o 2º governo (1981-85) e o 3º (1986-1990), tendo passado de Secretaria de Estado de Cooperação e Planeamento para Ministério do Plano e Cooperação.

A ligação directa do planeamento à Chefia do Governo realça a estratégia de centralização e o papel atribuído ao Plano na coordenação do processo

de desenvolvimento interno, incluindo a gestão da cooperação internacional. A junção em um mesmo departamento governamental das áreas de planificação e de cooperação atesta, por sua vez, o esforço de mobilização e incorporação da ajuda externa ao desenvolvimento nacional e também a importância crucial dos projectos na obtenção de financiamento externo para programas de investimento, o que põe em relevo a forte dependência económica do exterior.

Para garantir o planeamento sectorial foram criados os Gabinetes de Estudos e Planeamento, GEP, na estrutura de cada ministério, directamente dependentes do ministro, mas em estreita ligação técnica com o departamento central de planeamento.

Os métodos utilizados no processo de formulação dos PND evoluíram de um Plano para o seguinte, em grande parte devido a avanços verificados nos aspectos técnicos e a uma melhor incorporação das orientações políticas, processo que resultou no aperfeiçoamento da participação local na sua elaboração e na melhor integração das necessidades locais:

a) O I PND foi elaborado em nível central, numa primeira fase pelos órgãos ministeriais de planeamento, GEP, e, numa segunda fase, pelo departamento governamental responsável pelo planeamento. Nessa época, a participação dos órgãos locais foi reduzida;

b) Durante a elaboração do II PND (1985), a participação dos órgãos locais já foi maior, em um trabalho conjunto com equipas sectoriais encarregadas de fazer os diagnósticos e formular as propostas para o plano, mostrando assim os progressos no esforço de dotar a acção governamental de maior racionalidade político-técnica.

Os princípios que orientaram a elaboração do I e II PND foram: (a) existência de três horizontes temporais – curto, médio e longo prazo; (b) base sectorial a partir de um quadro de financiamentos; (c) procura simultânea de vários grandes objectivos, como a satisfação das necessidades fundamentais e a manutenção dos equilíbrios globais; (d) natureza imperativa, exigindo dos organismos públicos a concordância de acção com os Planos e a prestação de contas das actividades desenvolvidas; (e) flexibilidade, frente às incertezas e às evoluções que afectaram as condições de elaboração e de execução do Plano e (f) participação e descentralização

as mais amplas possíveis, tendo em conta os constrangimentos existentes (MPC, 1989).

c) Durante a elaboração do III PND, cuja preparação se iniciou em 1990, esses princípios foram reforçados com um processo descentralizado, mais dinâmico e participativo, com a intervenção de camadas da sociedade e agentes económicos na elaboração dos planos regionais - por ilhas, reunindo os concelhos/municípios (nos casos com mais de um) ou, ainda, agrupando ilhas, como no caso de Fogo e Brava.

Os PND surgiram, portanto, como uma estratégia na orientação do desenvolvimento nacional, para atingir o objectivo maior da satisfação das necessidades da população. Para isso, tiveram em conta, por um lado, as limitações naturais do país e as numerosas carências e, por outro, a necessidade de coordenar a organização de projectos de desenvolvimento que pudessem mobilizar a ajuda externa e a adopção de critérios para uma gestão criteriosa desta ajuda.

As características de que se revestiu o processo de planeamento – centralizado, imperativo e normalizador, mas com flexibilidade na sua execução – aliadas à existência de uma boa concentração de poder e um razoável consenso social, garantiram o cumprimento das directrizes e normas dos I e II PND e propiciaram a incorporação de componentes estratégicos importantes para adaptar esse processo às particularidades locais, às condições naturais, (insularidade e diferenças entre as ilhas), e à imperiosa necessidade de mobilizar e assegurar financiamentos externos.

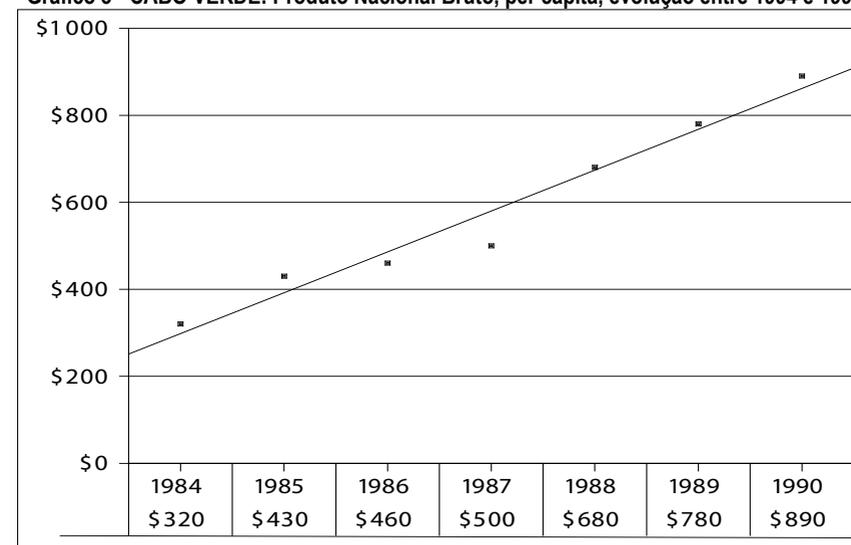
Evidentemente, à época, em Cabo Verde – quando imperou o pragmatismo da programação das metas e recursos para atingir em bom tempo os objectivos fixados – foi utilizado o instrumental de planeamento disponível e testado nas aplicações de metodologias tipo CENDES/OPAS (1965). As elaborações críticas de Testa (Giovannella, 1992), Matus e Uribe (Uribe, 1992), por exemplo, são posteriores e próprias de situações de poder compartilhado, típicas das democracias liberais do capitalismo ocidental.

O planeamento em saúde se deu na esteira desse processo nacional, do qual ele mesmo fazia parte. No capítulo 4, ao descrevermos o Serviço Nacional de Saúde, abordaremos as implicações desse processo de planeamento na formulação e execução das políticas de saúde.

2.2 - TENDÊNCIAS DO DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO

Cabo Verde fazia parte do grupo de Países Menos Avançados (PMA) do mundo, ao lado de mais quarenta países de economia débil. No entanto, o desempenho económico sofreu uma evolução favorável na década de 80, exemplificada pela evolução do seu Produto Nacional Bruto-PNB por habitante: de 320 dólares americanos estimados em 1984, foi calculado em 890 dólares americanos para 1990 (UNICEF, 1992).

Gráfico 3 - CABO VERDE: Produto Nacional Bruto, per capita, evolução entre 1984 e 1990



Fonte: UNICEF, *Situação Mundial da Infância, 1987 a 1992*.

Os principais obstáculos naturais ao desenvolvimento económico são apontados: a ausência quase total de recursos naturais; a exposição a ciclos prolongados de seca e o facto de possuir um mercado interno pequeno. A agravar o quadro, a insularidade resultante da dispersão natural do território em ilhas torna as comunicações internas difíceis e de alto custo.

A opção do governo em promover o desenvolvimento económico a partir de uma economia virtualmente inexistente, logo após a Independência, foi adoptar a via de planificação central e orientada para o mercado interno, preferindo

desempenhar o papel de empresário na agricultura, indústria e serviços, mais do que contar com o sector privado. O governo procurou assistência internacional e os recursos obtidos foram aplicados, preferencialmente, na criação de empresas públicas em sectores chaves.

A economia cabo-verdiana, tradicionalmente, tem sido baseada em serviços, provindo outros recursos da agricultura, da exploração marinha e de uma indústria de transformação incipiente.

A contribuição dos sectores primário, secundário e terciário para a formação do PIB, ao longo da década de 1980, pode ser constatada na Tabela 3, que mostra ter havido pouca alteração na sua estrutura.

Tabela 3 - CABO VERDE: Evolução do Produto Interno Bruto (PIB) por sector de actividades (%) 1980-1990

	1980	1985	1990
PRIMÁRIO	20,4%	16,7%	19,1%
SECUNDÁRIO	16,9%	18,8%	18,5%
TERCIÁRIO	62,7%	64,5%	62,4%

A preços constantes de 1980.

Fonte: DGP, *Análise da evolução económica recente, 1990, citado por UNICEF, 1993.*

Nos anos 80, o sector de serviços – de onde se destaca o abastecimento ao tráfego marítimo e aéreo internacional decorrente da situação estratégica do arquipélago – teve um peso crescente na repartição do PIB, com uma proporção média de 62%. Em termos de dinâmica sectorial, o comércio, os transportes e os serviços públicos foram responsáveis por 47% do Valor Acrescentado Bruto-VAB9 (World Bank, 1992).

A agricultura, numa superfície arável que cobre apenas um décimo do território, sofre frequentemente as consequências das prolongadas secas, sendo que a mais recente teve início em 1978. As quedas esparsas de chuvas que entremeiam esses ciclos de seca, mas que nem sempre atingem o conjunto das ilhas, ocasionam uma produção agrícola bem inferior às necessidades do país. Nos anos 80, a participação do sector primário na formação do PIB passou de 20,4% em 1980 para 19,1% em 1990 (Tabela 2), reflectindo o fraco potencial agrícola do país e a escassez em recursos hídricos.

O sector extractivo continua predominantemente artesanal, como por

9 O Valor Acrescentado Bruto (VAB) de um ramo é a diferença entre o valor da sua produção e do consumo médio. Corresponde ao valor realmente criado no processo produtivo.

exemplo a pesca, a despeito das medidas tomadas pelo governo (extensão da zona económica exclusiva (ZEE) para 200 milhas marítimas e a criação de uma empresa estatal para apoiar os pescadores, com crédito para financiamento de motores de popa para os barcos e desenvolvimento de circuitos de comercialização do pescado. Os investimentos feitos não foram adequados à necessidade de desenvolvimento deste sector que, potencialmente, contrabalançaria os efeitos económicos maléficos da seca. A taxa de exploração não tem conseguido ultrapassar os 20% do potencial de produção previsto, traduzindo o baixo nível dos recursos, apesar de ter representado 43% do valor total da exportação em 1990 (MFP, 1992).

O sector industrial, constituído maioritariamente por unidades de pequena dimensão – manufactura ligeira, conserva de peixe e produção artesanal – e dependente do exterior para o fornecimento de matéria-prima, desempenha um papel limitado no contexto económico do país, quer em termos de contribuição para a formação do PIB, quer pelos empregos criados, ou ainda no que se refere à exportação de bens e serviços. Entre 1980 e 1990, a média da contribuição do sector para o PIB situou-se em 6%. Em 1990, cobriu apenas 11,6% da exportação – traduzindo a orientação económica para o mercado interno – e absorveu somente 4% do emprego total no mesmo ano (MFP, 1992).

O turismo, não obstante as potencialidades de Cabo Verde, está longe de atingir o nível desejado, pelas limitações relacionadas com as infra-estruturas básicas – transportes aéreos, marítimos e terrestres – com fraca capacidade instalada, bem como a baixa qualidade hoteleira, além de problemas institucionais, que ocasionaram uma evolução muito lenta nos níveis de oferta de serviços de hotelaria. Em 1990, o turismo contribuiu apenas com 1,3% do PIB, apesar de ter crescido em relação à década anterior (MFP, 1992).

Os diversos sectores contribuíram, embora com pesos diferentes, para que o PIB crescesse 1,75 vezes entre 1980 e 1990, quando passou de mais de 145 milhões de dólares para mais de 253 milhões. A taxa anual de crescimento de 6% em média registou uma redução drástica para 0,5%, entre 1989-90, ligada à desaceleração do processo de desenvolvimento económico (DGP, 1991 a).

O comércio externo de Cabo Verde vem sendo caracterizado por: (a) uma modesta exportação de mercadorias, com uma base muito pequena em valor e em diversidade de exportáveis. A pesca e a banana constituem mais de 70% das exportações. Quanto aos produtos manufacturados, estes raramente têm ultrapassado 10% do total dos produtos exportados; (b) uma alta exportação de serviços, tradicionalmente mais substanciais, pela venda de serviços (non-factor services) para o transporte marítimo internacional e, mais recentemente, para o tráfico aéreo; (c) uma

elevada importação de mercadorias, que torna a economia cabo-verdiana altamente dependente da importação de alimentos, capital e bens intermediários.

A balança de pagamentos de Cabo Verde apresenta um desequilíbrio, caracterizado por um défice no comércio de bens de consumo e um superávit nas contas dos serviços. As exportações cobriram apenas 3% a 8% das importações, no período 1986-90, para o caso dos bens. Agregando a venda de serviços, esta taxa de cobertura se eleva para 30% (MFP, 1992).

A ajuda externa proveniente de países e organizações internacionais, quer através de doações ou de empréstimos em condições favoráveis, tem contribuído bastante para equilibrar a situação económica. O país tem beneficiado das seguintes modalidades:

- ◆ Ajuda financeira à balança de pagamentos, sem cláusulas restritivas à afectação da mesma por parte dos parceiros bilaterais;
- ◆ Ajuda a projectos, para a aquisição de materiais e equipamentos indispensáveis à sua realização;
- ◆ Ajuda alimentar;
- ◆ Assistência técnica (autónoma ou ligada a projectos) que representou, em média, 30% da ajuda recebida durante o período do II PND;
- ◆ Apoio para formação, em bolsas de estudos, recebidas de doadores bilaterais.

Uma análise da evolução dessa ajuda entre 1980 e 1986 feita pela Ministério do Plano e Cooperação (1989) mostra as seguintes características:

- ◆ Crescimento de quase três vezes no período, a preços correntes e uma duplicação da ajuda per capita;
- ◆ Alteração tendencial, em proporções variáveis, da composição da ajuda global: os donativos atingiam 94% do total em 1980 e essa percentagem baixou ao longo do período para se situar em 87% em 1986, com uma diminuição acentuada (63%) em 1982 (Tabela 4);

Tabela 4 - CABO VERDE: Evolução da ajuda externa, 1980-1986

	Ajuda externa a preços correntes - (milhares \$US)			Ajuda per capita (US\$)
	Total	Donativos (%)	Empréstimos (%)	
1980	40.353	94,3	5,7	136,1
1981	40.829	64,0	36,0	132,8
1982	64.483	63,0	37,0	205,4
1983	52.532	71,2	28,8	164,4
1984	59.070	83,0	17,0	181,5
1985	64.540	82,8	17,2	194,4
1986	89.023	86,9	13,1	262,7

Fonte: Ministério do Plano e da Cooperação - MPC, Elementos para apreciação da evolução socioeconómica em Cabo Verde, 1989.

- ◆ Com relação ao PNB, os empréstimos e donativos que representavam 28,4%, em 1980, alcançaram 46,7% em 1986, como se pode observar na Tabela 5.

Tabela 5 - CABO VERDE: Ajuda externa em relação ao PNB (%), 1980-1986

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Ajuda/PNB	28,4%	28,9%	45,7%	38,9%	47,0%	47,2%	46,7%

Fonte: MPC, Elementos para apreciação da evolução socioeconómica em Cabo Verde, 1989.

- ◆ Estrutura dominada pelo peso dos equipamentos e diversos, em média 59%, tendo sido observado um aumento do peso relativo da assistência técnica e bolsa de estudo (multiplicação por 10), em detrimento da ajuda alimentar (Tabela 6).

Tabela 6 - CABO VERDE: Composição da ajuda externa, 1980-1986

	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
Ajuda alimentar (*)	33%	20%	16%	13%	17%	17%	20%
Assistência técnica / bolsas de estudo	11%	20%	25%	23%	18%	23%	26%
Equipamentos diversos	56%	60%	59%	64%	64%	60%	53%

(*) Ajuda alimentar engloba a ajuda ao Fundo de Desenvolvimento Nacional - FDN, às instituições humanitárias e organismos não-governamentais nacionais.

Fonte: MPC, Elementos para apreciação da evolução socioeconómica em Cabo Verde, 1989.

Mas, no decurso do período 1986-1990, a evolução da ajuda externa foi globalmente negativa, a preços constantes (-10% ao ano), com diminuições atingindo, em proporções semelhantes, tanto os donativos como os empréstimos. A ajuda alimentar diminuiu em termos reais, durante o período 1986-1990, numa proporção média de 6% ao ano (UNICEF, 1993).

A ajuda externa foi canalizada para o financiamento do Programa de Investimentos, enquanto o Orçamento Geral do Estado financiou, sobretudo, o aparelho administrativo. A estrutura do Programa de Investimentos e sua distribuição pelos sectores produtivo, de apoio e sociais, entre 1980 e 1987 mostra que a ajuda externa beneficiou os sectores sociais numa percentagem crescente, em detrimento dos sectores produtivo e de apoio. Segundo a UNICEF (1993) esse valor para os sectores sociais atingiu 50% da ajuda total em 1989 e 1990 (Tabela 7).

Tabela 7 - CABO VERDE: Estrutura e evolução do Programa de Investimentos (%), 1980-1987

	1980	1985	1987
SECTOR PRODUTIVO	51,3	39,1	39,0
SECTOR DE APOIO	42,1	48,4	40,5
SECTORES SOCIAIS	6,6	12,5	20,5
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Fonte: MPC, *Elementos para apreciação da evolução socioeconómica em Cabo Verde, Praia, 1989.*

A ajuda internacional em alimentos, que chegou a representar cerca de 70% do total de importações de géneros alimentícios, desempenhou um papel essencial no equilíbrio nutricional da população cabo-verdiana. Cabo Verde adoptou uma prática inovadora na gestão desta ajuda que, após um sentimento inicial de desconfiança, veio a merecer o apoio dos doadores, que a recomendaram a outros países assistidos. Em vez de uma distribuição gratuita à população carente, como previsto, passou a comercializá-la através de uma empresa estatal, a Empresa Pública de Abastecimentos-EMPA, sob o argumento de que essa distribuição gratuita iria estimular a letargia dos camponeses desmoralizados por anos seguidos de seca e pelo descaso da administração colonial. O montante resultante dessa venda, colectado no Fundo Nacional de Desenvolvimento, serviu para pagar a mão-de-obra de programas de emergência destinados a criar empregos para a força de trabalho agrícola desempregada por causa da seca. Em 1977, a população empregada por esta via representava 38,8% da população rural economicamente activa, segundo Hodges, (1987/88).

Por outro lado, a ajuda fornecida pelo Programa Alimentar Mundial-PAM foi distribuída gratuitamente no quadro dos programas de cantinas escolares e

de assistência aos grupos vulneráveis, permitindo melhorar o estado nutricional de crianças, do nascimento aos cinco anos, mulheres grávidas e aleitantes de risco, velhos, doentes e famílias sem recursos ou temporariamente incapacitados. O programa das cantinas escolares beneficiava, em 1990, mais de 70 mil crianças que frequentavam as escolas do ensino básico, num processo gradualmente alargado a todo o país.

O volume global da ajuda externa a Cabo Verde traduz a alta dependência económica do exterior e põe a descoberto a grande vulnerabilidade do país.

As remessas de dinheiro para os familiares por cabo-verdianos emigrados, sobretudo a partir de países europeus e dos EUA, constituíram uma importante fonte de entrada de divisas e a principal fonte de financiamento da habitação própria na década de 80. Essas transferências têm contribuído para o equilíbrio da balança de pagamentos: após terem coberto, em 1980, mais da metade do défice comercial do país, compensavam apenas 30% desse défice em 1987, não obstante ter havido um aumento sensível do montante global, em moeda corrente (SEDES, sd).

Dados publicados pela UNICEF (1993) indicam, para a década de 80, um crescimento do volume das transferências dos emigrantes, principalmente a partir de 1985, não obstante ter havido um decréscimo regular da sua contribuição para o PIB, em relação a outras fontes. As remessas que representavam 27% do PIB, em 1980, passaram para 11,1%, em 1988 (Tabela 8).

Tabela 8 - CABO VERDE: Evolução das remessas de emigrantes, 1980-1990

ANO	MILHÕES ECV	MILHÕES DES	% DO PIB
1980	1609,6	30,9	27,2
1981	1538,7	26,7	22,0
1982	1505,7	23,3	17,6
1983	1472,5	19,1	14,9
1984	1599,1	18,4	13,6
1985	1667,9	18,0	12,4
1986	1911,7	20,4	12,4
1987	2011,9	21,5	11,1
1988	2274,9	23,5	11,1
1989	2794,4	28,9	Nd
1990	3135,0		

ECV = Escudos de Cabo Verde DES = Direito Especial de Saque do FMI

Fonte: DGP, *Contribuição ao estudo das perspectivas de desenvolvimento de longo prazo, 1991.*

Segundo o relatório do Banco Mundial (1992), não obstante os inúmeros obstáculos ao seu desenvolvimento, Cabo Verde teve um bom desempenho económico nos anos 80, conseguindo um crescimento real do PIB de 6% ao ano, entre 1980-88. Esse crescimento originou-se, predominantemente, de um alto nível de investimentos, em particular em investimentos públicos, e serviços prestados sobretudo ao mercado interno. Até 1988, a gestão macroeconómica foi prudente: a balança de pagamentos era superavitária e as reservas externas mantinham um alto nível, atingindo 9,4 meses do valor de importações, nesse ano. A política monetária cautelosa resultou em uma inflação moderada, de 4,5% em 1987 (World Bank, 1992).

No entanto, entre 1989-91 houve uma deterioração no desempenho económico. A taxa de crescimento caiu para 3,7% ao ano, mas manteve-se positiva em termos per capita – cerca de 1% em média. Verificou-se um declínio nos investimentos, sobretudo investimentos públicos, porque os maiores projectos terminaram e outros foram adiados ou cancelados. A demanda de serviços ao tráfego marítimo e aéreo internacional caiu. A inflação sofreu uma aceleração, alcançando os 10,6% em 1990, devido a: aumento do financiamento interno do défice orçamentário e empréstimos do sector público ao sistema bancário; pequena produção agrícola e inflação importada (as importações representaram, em média, 49% do PIB entre 1986-90).

A balança global de pagamentos foi negativa em 1989/1990, como resultado do aumento das importações e das obrigações do serviço da dívida, da baixa disponibilidade de recursos externos devida a redução da afluência da ajuda e à estagnação das exportações de bens e de serviços. O défice foi financiado, parcialmente, pela redução nas reservas externas, que caíram, entre 1988 e 1990, de 9,4 meses para 7,2 meses de importações e, parcialmente, pela acumulação de atrasados da dívida externa em cerca de 4 milhões de dólares, em 1990. Estimativas para 1991 apontavam um modesto superávit na balança de pagamentos. (W B, 1992)

Os bons resultados registados no desempenho da economia cabo-verdiana ao longo desse período, no nosso ponto de vista, adiaram a colocação da questão de saber se a via escolhida para o desenvolvimento da economia, orientada para dentro, era a forma mais eficiente de usar os escassos recursos disponíveis ou mobilizáveis, e empurrou a procura de soluções alternativas para os últimos anos da década, quando a crise do sistema político e económico já estava instalada.

A repercussão dessa situação económica sobre a esfera social vem marcando a vida quotidiana do cabo-verdiano. A maioria está na faixa da pobreza, com grandes dificuldades de sobrevivência, destacando-se ainda a existência de bolsões de miséria fazendo face às situações mais graves. De outro lado, cresce uma faixa representada por indivíduos que progressivamente se afastam da renda média em direcção a padrões mais elevados embora modestos, aumentando a desigualdade social no país.

Não obstante estes aspectos dos condicionantes naturais e a precariedade da economia do país, certos indicadores da situação sócio-sanitária apontam melhorias na qualidade de vida do cabo-verdiano das quais daremos um panorama mais adiante. Mas são, ainda, melhorias insuficientes para Cabo Verde deixar de pertencer ao grupo dos PMA.

2.3 - EVOLUÇÃO DE ALGUNS INDICADORES ECONÓMICO-SOCIAIS

Para avaliar os efeitos das políticas públicas sobre as condições de vida da população, escolhemos alguns indicadores dentro das limitadas informações disponíveis: educação; emprego e rendimentos; a saúde ambiental e habitação, para criar um quadro elucidativo da inter-relação dessas políticas e da sua contribuição para o nível de saúde.

EDUCAÇÃO

A política de ensino em Cabo Verde definida para a década de 80 visava: (a) universalizar o ensino básico elementar, tornando-o obrigatório; (b) desenvolver outros níveis de ensino; (c) assegurar a formação superior de recursos humanos no exterior; e (d) reduzir o analfabetismo.

Para isso, o Governo incrementou um sistema educativo gratuito formado por 4 níveis: Ensino Básico Elementar-EBE, com uma duração de 4 anos (idades entre 7-10 anos); Ensino Básico Complementar-EBC, com duração de 2 anos (entre 11 e 12 anos); Ensino Secundário Geral-ESG e Ensino Secundário Técnico-EST, com duração de 3 anos (para as idades entre 13-15 anos) e, finalmente, o Ensino Secundário Complementar-ESC, com duração de 2 anos para a faixa entre 16-17 anos de idade.

Segundo dados do Ministério do Plano e da Cooperação (1989), entre 1980 e 1988 houve um aumento global do efectivo de alunos estimado em quase 13%. Esse aumento foi à custa do EBC (89%) – como resultado do alargamento deste nível a outras regiões além dos centros urbanos – e do Ensino Secundário Liceal /ESL (ESG + ESC), que registou um aumento de matrículas no período da ordem dos 152%, como resultado de maiores possibilidades de frequência do nível liceal, agora facultada a todas as camadas sociais (Tabela 9 a).

A elevada taxa bruta de escolarização¹⁰ do EBE verificada no período, que ultrapassou largamente os 100%, significa que a procura desse nível ultrapassou o volume dos efectivos do grupo-alvo, pela entrada tardia de crianças no sistema de ensino, pelo elevado índice de repetências e, ainda, pelo crescente acesso de alunos com idade inferior a sete anos.

A análise da evolução da taxa de escolarização, por ilhas, indica que entre 1980 e 1988, houve um decréscimo para as ilhas de Boavista, Fogo, Maio, Santiago Rural e Brava; uma estagnação nas ilhas de S. Vicente e Concelho da Praia e um aumento nas ilhas de S. Nicolau, Sal e Santo Antão. Contudo, em todas essas localidades, essa taxa permaneceu elevada, apontando, por um lado, para a grande demanda dos serviços de educação e, por outro, para a incapacidade de o sistema responder a todas as solicitações (Tabela 9 b).

Tabela 9 - CABO VERDE: EDUCAÇÃO
a) Evolução dos efectivos de alunos 1980-1988

	EBE	EBC	ESL	EST	EB	ES	TOTAL
1980	52208	5900	2261	699	58108	2960	61068
1985	47744	8942	4128	790	56864	4918	61604
1988	51412	11177	5700	532	62589	6232	68621
Varição em % 1988-80	-1,5	89,4	152,1	-23,9	7,7	110,5	12,7

b) Evolução da Taxa Bruta de Escolarização, por ilhas, entre 1980 e 1988 (%)

	SA	SV	SN	SL	BV	ST*	PR**	MA	FG	BR
1980	130	138	139	136	141	157	120	158	143	150
1988	140	138	150	159	139	111	126	131	125	126

Fonte: GEP/Ministério de Educação, citado por MPC, 1989.

Legenda: SA = Santo Antão; SV = S. Vicente; SN = S. Nicolau; SL = Sal; BV = Boavista; ST* = Santiago Rural; PR**=Concelho da Praia; MA= Maio; FG= Fogo; BR = Brava.

¹⁰ Taxa bruta de escolarização é o percentual de crianças matriculadas em algum nível escolar – quer pertençam ou não ao grupo etário correspondente àquele nível – em relação ao número total de crianças no grupo etário correspondente àquele nível. (UNICEF, 1992).

Dos índices apontados acima se pode deduzir ter havido avanços quantitativos mas, persistirem problemas na qualidade. Com efeito, o rápido aumento da procura produziu uma pressão sobre o sistema educativo, que defronta ainda com carências marcadas em recursos de toda espécie e, por isso, superior à sua capacidade. A baixa qualidade de ensino se manifesta, notadamente no EBE, pela elevada taxa de alunos que abandonaram o ciclo básico sem o concluir e pelo fenómeno de repetência.

Por outro lado, uma grande atenção foi dedicada à alfabetização de adultos (com idade acima de 15 anos, inclusive) e os resultados evidenciaram uma diminuição sensível do analfabetismo entre 1980 e 1990. Apesar disso, o problema persiste: de um percentual médio de 52,5% (63,7% entre as mulheres e de 38,5% entre os homens), no início da década (Giraldes, 1985), passou-se para 37,2% (53,0% para as mulheres e 25,2% para os homens), segundo dados do censo de 1990 (DGE, 1992).

Não obstante o enorme esforço no alargamento da rede educacional e de extensão da cobertura, os resultados são ainda modestos. Constatou-se, em 1990, que 55% do total da população possuía somente o nível básico de instrução e apenas 8% conseguiu um nível secundário ou pós-secundário (DGE, 1992). De uma forma indirecta, estes valores medem o baixo nível educacional que ainda persiste, mais acentuado entre a população feminina, com reflexos importantes no nível de saúde geral e, particularmente, no que diz respeito à atenção às crianças durante os primeiros anos de vida e aos cuidados na prevenção e promoção da saúde.

EMPREGO E RENDIMENTOS

Segundo dados do Censo de 1990, a população activa foi estimada em 53% da população residente de 10 e mais anos ou seja, 36% da população total, dos quais 63% homens e 37% mulheres (DGE, 1991).

Tradicionalmente, a burocracia estatal tem sido a maior entidade empregadora do país. A maior parte dos funcionários públicos encontra-se na ilha de Santiago (65%), destacando-se a cidade da Praia, que albergava 45% de todos os agentes da função pública.

Por outro lado, o Estado empregava cerca de 23 mil trabalhadores nas Frentes de Alta Intensidade de Mão-de-Obra (FAIMO), número que permaneceu quase invariável durante a década de 80. A remuneração para os trabalhadores das FAIMO é baixíssima, de cerca de 150\$00 por dia (+ US\$2). Não existe uma

política de salário mínimo em Cabo Verde mas, na prática, os trabalhadores sem qualificação e sem contrato temporário recebem um salário diário semelhante ao das FAIMO (UNICEF, 1993).

A situação socioeconómica caracterizava-se, em 1980, por uma elevada taxa de desemprego: 27%. Em 1990, a taxa se mantinha semelhante, com apenas um ligeiro decréscimo para 25,4%, indicando que esse fenómeno continuou a constituir um sério problema social em Cabo Verde, com maior incidência entre a população mais jovem, embora sem diferenças entre o meio urbano e o rural.

Em relação ao nível de salários, os resultados do Inquérito sobre Rendimentos das Famílias, realizado entre 1988 e 1989 pela Direcção-Geral de Emprego, apontaram valores médios anuais, em nível nacional, de 203.000\$00 (Escudos Cabo-verdianos-ECV) por família e 38.000\$00 per capita, correspondendo a US\$2.560 e US\$480, respectivamente.

Considerada a estratificação de renda por zona urbana e rural, notou-se uma diferença significativa. Efectivamente, os rendimentos médios anuais por família e per capita nas áreas rurais eram, respectivamente US\$1.943 e US\$366 enquanto que nos centros urbanos eram sensivelmente o dobro, de US\$3.584 e US\$669, o que traduzia o impacto da urbanização sobre o nível de renda (Tabela 10).

Tabela 10 - CABO VERDE: Rendimentos anuais por família e por pessoa, segundo área de residência, 1988-1989

Área de residência	Rendimentos por família		Rendimentos por pessoa	
	(milhares escudos)	\$US	(milhares escudos)	\$US
urbana	284	3.584	53	669
semi-urbana	282	3.558	53	669
rural	154	1.943	29	366
CABO VERDE	203	2.560	38	480

Fonte: Inquérito sobre o rendimento das famílias, DGE, 1988-1989, citado pela UNICEF, 1993.

Em termos da distribuição do rendimento por grupo social, 40% da população tinha renda média anual per capita inferior a 36.000ECV (US\$ 454), enquanto 1,4% da população tem renda média anual superior a 50.000ECV (US\$ 630) (Tabela 11).

Tabela 11 - CABO VERDE: Distribuição da população segundo o rendimento médio anual per capita (%), 1988-1989

Rendimento anual per capita (mil escudos)	POPULAÇÃO	
	%	% acumulada
< 36	40,4	40,4
36-40	36,3	76,7
41-45	7,8	84,5
46-50	14,1	96,6
> 50	1,4	100,0

Fonte: Inquérito sobre o rendimento das famílias, DGE, 1988-1989, citado por UNICEF, 1993.

Sobressai desses dados que o nível de rendimento é extremamente baixo para a população em geral, da qual quase 50% auferem valores irrisórios. Também não existe um desnível acentuado entre os grupos situados nos extremos, se comparados a outros países, o que é atribuído aos valores modestos auferidos pela pequena percentagem dos que dispõem de rendimentos mais altos.

A desigualdade de renda no país pode ser avaliada pelos seguintes dados: 10% das famílias com mais baixa renda dispõem de apenas 2% do total da renda, enquanto 10% da faixa superior dispõem de 29% (UNICEF, 1993).

Por outro lado, a distribuição de renda por ilhas apontava a população rural como aquela com os mais baixos níveis de renda per capita. Os percentuais de residentes no conjunto das ilhas predominantemente agrícolas que tinham uma renda anual inferior a 36.000ECV eram os seguintes: ilha Brava – 98,3% famílias; Santo Antão – 95%; São Nicolau – 60,2%; Fogo – 36,8% e Santiago – 31%.

ÁGUA E SANEAMENTO BÁSICO

O clima árido em Cabo Verde é um forte condicionante dos problemas de abastecimento de água. Em 1980, menos de 10% da população tinha acesso à água canalizada e cerca de 40% tinha acesso precário ao abastecimento de água, devido às grandes distâncias entre o ponto de distribuição e a moradia, e também à inexistência de controlo de qualidade (The Economist Intelligence Unit, 1993). Durante a década de 80 esses percentuais evoluíram para, respectivamente, 16% (DGE, 1992) e 52%, como se depreende na Tabela 12.

Tabela 12 - CABO VERDE: População com acesso a água potável, por ilha e por zona rural e urbana (%), 1991

Ilhas	% da Pop. Total	% da Rural	% da Urbana
Santo Antão	62,7	51,8	99,0
São Vicente	71,9	41,0	74,6
São Nicolau	65,7	61,5	91,5
Sal	98,8	91,9	99,6
Boavista	71,4	50,5	97,9
Maio	98,4	97,9	99,6
Santiago	38,6	17,4	67,8
Fogo	46,4	40,2	77,3
Brava	74,9	74,6	76,6
CABO VERDE	51,9	33,7	74,9

Fonte: INGRH, 1993, citado por UNICEF, 1993.

No entanto, havia problemas que atenuavam essas melhorias:

- ◆ apenas um terço da população vivendo nas regiões rurais tinha acesso à água potável, sendo a situação particularmente grave na ilha Santiago;
- ◆ nas zonas rurais, a média disponível era de apenas 12,5 litros de água por dia, per capita, disponibilidade agravada pela questão do acesso: 35% da população vivia a mais de um km do ponto de distribuição e outros 25% a mais de dois km;
- ◆ nas áreas urbanas, apenas 32% da população tinha ligação domiciliar, com uma capitação média de 34 litros por dia, enquanto a restante se abastecia principalmente por fontanário e por caminhão-tanque, com uma capitação média diária de 20 litros;
- ◆ o controlo da qualidade da água era feito praticamente só nas cidades da Praia e Mindelo.

Em relação ao saneamento básico, dados do Censo de 1990 revelam que apenas 24% da população tinha acesso a algum meio sanitário de evacuação de excreta. Nas zonas rurais essa percentagem era bem mais baixa, atingindo somente 9,7% da população, o que agravava as condições deficientes de vida.

A escassez, o elevado preço da água e os costumes das populações contribuíam para que elas usassem quantidades pequenas de água e não seguissem hábitos de higiene adequados, limitando a melhoria da situação sanitária. Além disso, o limitado controlo de qualidade, bem como o inadequado transporte, armazenamento e manuseamento, são factores que perpetuam a transmissão de doenças por via hídrica.

As crianças, em especial as mais novas, são as principais vítimas da insuficiente quantidade ou da má qualidade da água, bem como do precário sistema de evacuação de dejectos humanos. Este quadro reflectia-se na elevada incidência de doenças diarreicas entre as crianças menores de cinco anos, que era a principal causa de mortalidade infantil.

HABITAÇÃO

Os objectivos das políticas de habitação e urbanismo foram definidos, em 1980, de acordo com duas prioridades seguintes:

- ◆ assegurar à população um certo número de condições essenciais no domínio da habitação e encontrar soluções para as necessidades mais prementes;
- ◆ melhorar as condições sanitárias do meio ambiente.

No entanto, as acções empreendidas nesse sentido traduziram-se na construção de moradias para os funcionários nas cidades e de habitações sociais noutras ilhas, que foram insuficientes para contrapor-se ao problema habitacional nacional. O sector imobiliário privado teve um incremento, sobretudo nas zonas urbanas, o que veio resolver parte do problema habitacional mas, concomitantemente, ocasionou um movimento especulativo que encareceu os alugueres.

Segundo os dados do censo de 1990, 85% da população habita casas tradicionais, nem sempre com as condições mínimas, como depreendemos ao cruzarmos esse dado com os de saneamento básico e de abastecimento de água apontados acima. Apenas 25% das famílias na cidade da Praia e 10% no Mindelo, habitam apartamentos ou vivendas modernas.

A percentagem de famílias que usava a iluminação eléctrica – 25% do total – é outro dado importante sobre a qualidade da habitação, sobretudo se atentarmos ao facto de que apenas 3% da população rural usufruía desse bem, contra 51% da população urbana. Esta constatação reforça a noção da precariedade das condições de moradia que a maior parte da população cabo-verdiana tinha ainda que enfrentar.

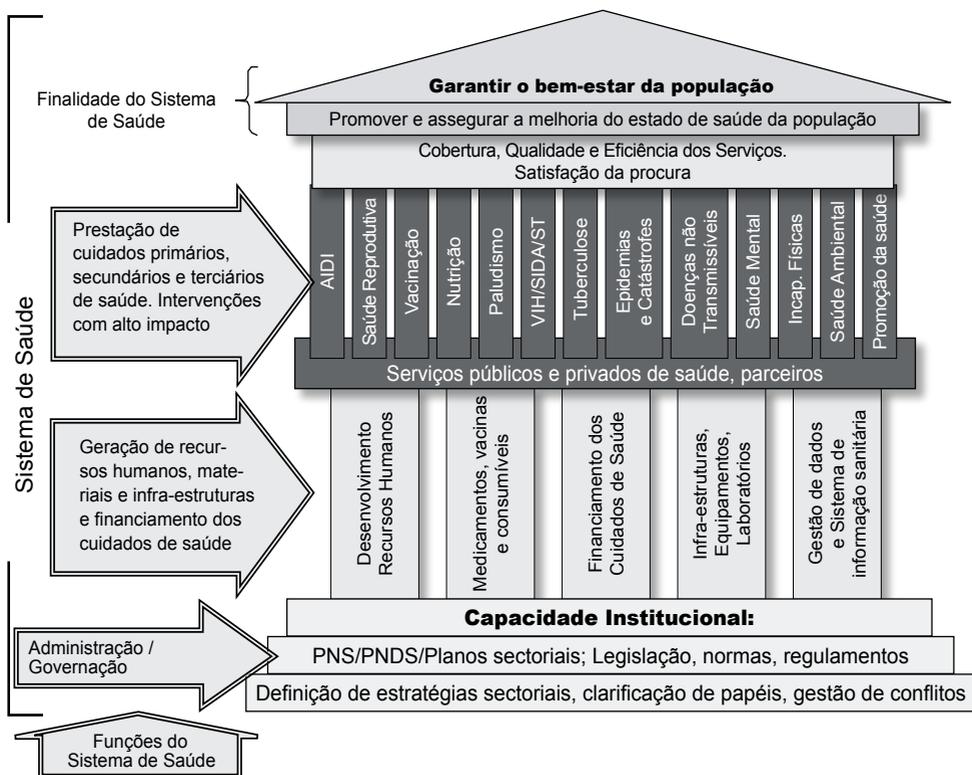
Em resumo, a aplicação de políticas públicas em Cabo Verde nos anos 80, nos âmbitos que acabamos de analisar, resultou em uma evolução favorável dos indicadores económicos e sociais, com melhorias na situação geral. Contudo, essa evolução não foi suficiente para alterar significativamente as condições de vida da população cabo-verdiana e garantir a elevação da sua situação de saúde para um padrão aceitável e irreversível. Atente-se que o ponto de partida é extremamente deficitário e, naturalmente, persistiram estrangimentos.

A par de uma população activa elevada, persistiu um alto nível de desemprego, que atingia mais da quarta parte da População Economicamente Activa-PEA, sobretudo entre os jovens à procura do primeiro emprego. Por outro lado, o nível global de renda se situava em valores modestos, pesando a favor a inexistência de uma diferença acentuada entre os mais e os menos favorecidos. Isto significa que a grande maioria da população continuou sem ter rendimentos ou disponibilidades financeiras para conseguir melhorar as condições de vida, exigindo, para isso, a ajuda efectiva do Estado.

A repercussão dessa situação sobre a saúde foi que, no final da década de 80, o padrão de mortalidade e morbilidade continuava reflectindo as precárias condições de vida de uma parte importante da população, resultantes, entre outros, do nível de escolaridade ainda baixo, da estagnação da situação económica, da manutenção do nível de desemprego em um patamar preocupante e das condições do meio ambiente ainda deficientes.

PARTE II

A TRAJECTÓRIA DO SISTEMA
DE SAÚDE DE CABO VERDE



CAPÍTULO 3

SISTEMAS DE SAÚDE: ASPECTOS CONCEITUAIS

Neste capítulo, estabelecemos um marco referencial para embasar o estudo das políticas de saúde em Cabo Verde. Em primeiro lugar, serão discutidos alguns conceitos referentes aos sistemas de saúde – definição, estruturação, componentes, critérios de análise e tipologia – visando uma possível caracterização geral dos mesmos. Em segundo lugar, focalizaremos os modelos socialistas de organização do sistema de saúde e os elementos próprios que os caracterizaram, tendo em conta a influência particular que exerceram sobre o sistema de saúde cabo-verdiano, entre 1980 e 1990.

Por último, abordaremos as estratégias de Saúde para Todos até o ano 2000 (SPT/2000) e de Cuidados Primários de Saúde (CPS) propostas em 1977 pela Organização Mundial da Saúde-OMS em Alma Ata, que exerceram uma enorme influência na reorientação das actividades sanitárias em diversos países em desenvolvimento. Como essas orientações foram seguidas em Cabo Verde e influenciaram a formulação das políticas de saúde, neste capítulo realçaremos alguns dos aspectos tidos como mais relevantes na caracterização dessas estratégias.

Pretendemos estabelecer com a presente análise alguma relação entre a construção do sistema nacional de saúde cabo-verdiano e processo semelhante que teria ocorrido, notadamente, nos países socialistas e em vias de desenvolvimento. Isto justifica uma breve referência às diversas correntes de análise que vêm sendo utilizadas em estudos de sistemas de saúde. Em Conill et alii (1991), é estabelecida uma classificação dos trabalhos desenvolvidos nesse campo em três principais correntes de análise da organização dos serviços de saúde, a saber: (a) orientação funcionalista; (b) abordagem materialista-histórica e (c) novas correntes de análise.

Registamos no Quadro 1 os elementos apontados por esses autores para cada uma das correntes e os critérios para o estabelecimento dessa classificação, que não são excludentes mas, se complementam na análise dos sistemas de saúde.

QUADRO 1: Principais Correntes de Análise da Organização dos Serviços de Saúde

Correntes	Visão da Sociedade	Bases Filosóficas	Conceitos importantes	Implicações para a Organização dos Serviços
Funcionalismo	Sociedade como totalidade. Sistemas abertos que tendem à organização e à estabilização.	Idealismo Racionalismo	Identificação das partes, relações, fluxos, funcionamento (concepção sistémica)	Mudanças dependem de reordenamento administrativo, mecanismos reguladores, mudanças de comportamento.
Materialismo Histórico	Mundo material determina vida política, ideológica e cultural. Contradição no desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção.	Dialéctica	Formação social, historicidade, determinações infra e supra-estruturais.	Mudanças nos serviços dependem das mudanças no modo de produção. Mudança da relação Estado/Sociedade, Forças Sociais – Hegemonia e Contra-hegemonia
Novas Correntes (Holismo, principalmente)	Ausência de determinismo entre as instâncias, importância da esfera político-ideológica e cultural.	Fenomenologia	A verdade é sempre relativa e social. Conceito de cura baseado em valores e símbolos.	Maior independência face aos serviços, aparelhos burocráticos, desprofissionalização (autonomia vs heteronomia)

FONTE: Conill, E. et alii, 1991

3.1 - CONCEITUAÇÕES, COMPONENTES E TIPOLOGIAS

DEFINIÇÕES

Segundo Roemer (1991), um sistema seria “um conjunto de partes interrelacionadas e interdependentes destinadas a atingir um conjunto de objetivos”. A análise de sistema consistirá, pois, “na separação das partes para um novo estudo que, usualmente, consiste no exame das influências de um ou mais componentes no desempenho do sistema”.

O que é, então, um sistema de saúde?

Segundo Kleinman (1981), a expressão “sistema de saúde deve ser entendida mais como um conceito do que propriamente uma entidade”. Seria apenas um artefacto de classificação usado para facilitar a comparação da organização do complexo processo de produção de saúde entre os diversos países, não obstante os riscos das esquematizações.

Efectivamente, não há no mundo dois sistemas que sejam perfeitamente iguais. Todos possuem características singulares que reflectem a história da respectiva nação, aí compreendidas, entre outros factores, as ideologias veiculadas por actores fundamentais organizados e o nível de desenvolvimento socio-económico, que dão um perfil individualizado a cada um, assim como o perfil de morbi-mortalidade.

Mas, por outro lado, todos os serviços de saúde recebem e incorporam influências universais tais como: o enfoque científico da doença e da medicina; a aceleração do avanço tecnológico e a crescente especialização e sub-especialização no campo médico. Também apresentam similaridades provenientes da natureza universal do processo de produção de saúde e do facto de compartilharem a necessidade de satisfazer, com recursos limitados, uma demanda virtualmente insaciável por cuidados de saúde (Labra e Buss, 1994).

Podemos, portanto, definir o sistema de saúde como um complexo de actividades que busca ter como resultado a alteração do estado de saúde da população a que é destinado.

Mais ainda, como aponta Kleinman (1991), constitui um sistema cultural especial, que inclui: padrões de crença acerca das causas das doenças; normas quanto à escolha e avaliação do tratamento; *status* legitimado socialmente; relações de poder; interacções e instituições governadas pelas regras culturais próprias de cada sociedade ou nação. Pacientes e profissionais são os componentes básicos de tais sistemas.

Do ponto de vista antropológico, o sistema de saúde seria um protótipo criado pelo pesquisador ao tentar compreender como, num cenário particular, o actor social reage perante os cuidados de saúde: suas crenças em relação à doença; suas decisões sobre como responder a episódios específicos de doença; suas expectativas e avaliações de cuidados particulares. Este modelo deriva, portanto, de como as pessoas percebem, rotulam, explicam e tratam a doença e, ao mesmo tempo, é a condição para a representação da doença no cenário social e cultural local (Kleinman, 1981).

Já uma visão holística dos sistemas de saúde parte de princípio de que, praticamente, todos os aspectos da vida em sociedade se repercutem na saúde de uma forma dinâmica: o nível de renda, o grau de escolaridade, as condições de habitação, a nutrição, a disponibilidade de água potável e de saneamento ambiental, os sistemas de transporte e comunicações, aos quais se deve acrescentar o papel da família e da medicina tradicional nos cuidados de saúde, na medida

em que todos contribuem para a qualidade de vida dos indivíduos. Nesse sentido, e levado a esse extremo, o sistema de saúde coincide, praticamente, com a organização da sociedade.

Na asserção de Field (1989), o sistema de saúde é uma convenção para diferenciar ou identificar a totalidade das organizações formais, dos compromissos, do pessoal, das instituições, dos recursos económicos, dos esforços de investigação que uma sociedade, vista como um sistema social, dispensa à doença, à mortalidade precoce, à incapacidade, à prevenção, à reabilitação e a outros problema relacionados à saúde.

Outra forma de considerar o sistema sanitário é limitar o seu escopo às funções do governo de um país, restringindo-o à descrição da estrutura e das funções do ministério da saúde. Nesse enfoque reducionista, fica confinado à descrição de alguns dos seus componentes, confundindo-se com o sector que tradicionalmente presta cuidados de saúde e eliminando assim, as referências ao papel dos outros sectores no nível de saúde.

Não obstante a variedade de interpretações que deriva de como o investigador dirige o foco de interesse ao analisar um sistema nacional de saúde, poderemos dizer, com Veras, (1992) que os sistemas de saúde

“...englobam os elementos sociais, biológico e ambientais que vão definir o padrão das necessidades de saúde dos grupos de população em sociedades concretas, e gerar demandas aos serviços de saúde cujas práticas produzem efeitos (positivos e negativos) sobre o estado de saúde destes grupos. Os serviços de saúde, por outro lado, são também produto da luta de interesses na sociedade expressa na política de saúde que delinea as relações público/privado, as formas de financiamento e de pagamento, influenciando a organização e a distribuição da oferta de serviços”.

INFLUÊNCIAS ESTRUTURANTES

Além dos aspectos culturais, os factores que modulam o sistema de saúde podem ser separados entre os factores determinantes de saúde-doença, denominados aqui como factores “externos”, e os “factores internos”, que se referem às características de financiamento, de gerência e organização das práticas em saúde.

Entre os determinantes de saúde-doença sobressaem os factores sociais e económicos, com destaque para as desigualdades de renda; os de-

terminantes histórico-políticos; o meio ambiente e os componentes genéticos e hábitos ligados ao estilo e história de vida dos indivíduos e grupos sociais em cada cultura.

O nível de desenvolvimento económico de um país é um factor determinante fundamental na configuração do sistema de saúde.

Os países pobres, com os seus típicos problemas de saúde – doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e doenças evitáveis pela vacinação, geralmente agravadas pela desnutrição – e de oferta de serviços com baixa cobertura das acções básicas, desenvolvem sistemas de saúde diferentes dos países industrializados. Estes conseguiram controlar esses problemas mas enfrentam outros associados ao desenvolvimento – doenças crónicas, acidentes, desajustes psicossociais, contaminação ambiental, entre outros.

O desenvolvimento económico também vai definir os limites dos recursos financeiros para o sector saúde. Pode-se prever, por exemplo, que uma actividade custosa como a formação de médicos tenha a sua capacidade afectada pelo subdesenvolvimento, o que restringe o número e competência de profissionais disponíveis no mercado de trabalho.

O grau de industrialização tem, por sua vez, múltiplas influências no padrão dos cuidados de saúde, pois são mais urbanizados, têm melhores sistemas de transporte e de comunicação e um bom nível de educação superior. Essas condições podem afectar tanto a demanda como a oferta de cuidados de saúde. Nos países pobres, sobretudo se o crescimento populacional é rápido, a concentração urbana produz os seus próprios problemas, atingindo dimensões críticas. Como consequência de desastres naturais, guerras e oportunidades de emprego, é comum observar-se a criação de áreas peri-urbanas onde grandes populações sobrevivem em condições degradantes.

O estágio de desenvolvimento económico de um país também determina o grau de dependência do exterior para o suprimento de equipamentos médicos e medicamentos e para a formação de pessoal. Os países subdesenvolvidos geralmente têm que importar a altos custos esses produtos e serviços, agravando o seu desequilíbrio económico.

Por sua vez, as investigações científicas, que poderiam propiciar a reformulação da prática dos serviços de saúde, requerem altos investimentos na formação dos pesquisadores e na formulação de questões para

pesquisas relevantes para os países pobres. Estes recursos não estão disponíveis nos países receptores e constituem um factor de dependência dos progressos forâneos.

No que concerne ao financiamento, os países desenvolvidos apresentam um Produto Nacional Bruto (PNB) elevado e destinam uma proporção considerável – mais de 5% – à saúde, enquanto os menos desenvolvidos, predominantemente agrícolas, não conseguem alocar mais do que 5%. O PNB *per capita* só nos dá uma imagem global do nível do bem-estar humano, mas não informa sobre as desigualdades na distribuição de renda em cada país. Outra consideração importante é o percentual do orçamento do sector saúde que deveria ser aplicado à promoção, prevenção e tratamento das doenças mais comuns, cujo perfil é distinto nos países pobres e ricos.

Entretanto, a efectividade das políticas sociais depende tanto do valor total dos recursos mobilizados quanto da sua distribuição, para o qual as políticas sociais são o instrumento fundamental.

A história nacional e o sistema político têm igualmente importância crucial na modulação dos sistemas de saúde. Nos eventos políticos do passado poderá ser encontrada a explicação para a persistência de muitas das características estruturais dos actuais sistemas nacionais.

Por exemplo, a ideologia liberal que cimentou a revolução americana de 1776 se traduziu, no século XX, em um modelo de assistência médica com predominância do sector privado e uma fraca intervenção do Estado. Os ideais seculares da Revolução Francesa (1779) foram fundamentais no controle dos hospitais públicos franceses pelos governos locais. Na Alemanha conservadora, Otto Bismarck criou o “Fundo de Saúde dos Trabalhadores” (1883), que foi o embrião do seguro saúde e do Welfare State (Roemer, 1991). Como vemos, a perspectiva histórica é imprescindível para apreender a forma como se deu a distribuição do poder entre o Estado e a sociedade e, por conseguinte, a organização dos sistemas de saúde.

A influência do colonialismo na organização dos serviços de saúde em África ou na Ásia é, também, elucidativa. Num primeiro momento o objectivo do poder colonial foi proteger as forças expedicionárias, e as incipientes estruturas de saúde se desenvolveram nos locais onde essas forças se concentravam, geralmente nos centros urbanos próximos à costa. Posteriormente, razões económicas ligadas à exploração dos recursos naturais e à necessidade de garantir mão-de-obra nativa passaram a requerer um mínimo

de actividades de saúde pública. Além disso, as autoridades coloniais não atraíram muitos médicos e enfermeiros da Europa, suprimindo essa carência com o treino de pessoal local auxiliar. Em consequência, com a independência, esses novos países herdaram serviços de saúde organizados puramente na base dos interesses coloniais, com carência marcada de profissionais e pessoal treinado, facto que influenciou sobremaneira a reorganização desse sistema no período pós-independência.

Após a II Guerra Mundial, os países da Europa do Leste adoptaram o modelo socialista de sistema de saúde, desenvolvido pela ex-URSS nos anos 1930. A influência exercida pelo bloco socialista sobre o processo de independência e a reorganização imediata do sistema social de muitos dos países africanos levou também à adopção de políticas de saúde semelhantes.

O objectivo *declarado* por grande parte dos governos participantes da Alma-Ata tem sido o de assegurar um certo nível de atenção médica a todos os cidadãos, por razões que vão desde o idealismo de melhorar o bem-estar individual, passando pela busca de legitimidade através do apoio popular, até razões pragmáticas ligadas ao aumento da produtividade da força de trabalho. Mas o nível considerado próprio e equitativo em que esses serviços são oferecidos aos indivíduos varia, não somente segundo a capacidade económica. Também os interesses políticos dominantes condicionam a prioridade na alocação de recursos ao sector saúde em comparação a outros sectores como o da defesa. De certo as decisões que afectam a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde são, em primeira instância, políticas.

Quanto aos factores ligados ao meio ambiente, aponta-se os geográficos, os climáticos, os demográficos, os desastres naturais – fomes, secas, enchentes, epidemias – o excesso de população, o nível de desenvolvimento agrícola, a poluição industrial, os fenómenos de urbanização, entre outros, todos muito importantes no caso de Cabo Verde, como visto.

O perfil epidemiológico local, sua variação entre os grupos sociais e seus determinantes específicos também podem influir na constituição e o conteúdo dos serviços de saúde, embora a natureza conservadora destes torne difícil adaptações às mudanças nesse perfil.

Do ponto vista antropológico, de acordo com Kleinman (1981), a estrutura interna dos sistemas de saúde englobaria três sectores: popular; tradicional e profissional. Estes sectores interagem em proporções diferentes, consoante o momento, contribuindo cada um com a sua visão própria sobre o processo saúde-doença.

O sector popular pode ser pensado como uma matriz contendo muitos níveis – individual, familiar, social, crenças e actividades da comunidade –, uma arena leiga e não-profissional, onde a doença é inicialmente percebida e definida e onde são iniciados os cuidados de saúde.

O sector tradicional – na maior parte dos países não é institucionalizado ou burocratizado – é formado por uma mistura de muitos componentes, alguns ligados ao sector profissional, mas a maioria ligada ao sector popular. Em algumas sociedades, onde a prática tradicional se perpetuou por séculos – tipo medicina oriental – e/ou existem carências pronunciadas nos serviços oficiais, este sector se constituiu em componente importante das práticas terapêuticas.

O sector profissional compreende a organização institucionalizada das profissões formalmente treinadas. No mundo de hoje, o sector oficial, consubstanciado na medicina científica moderna, ganhou preponderância sobre o tradicional e influenciou a configuração dos sistemas de saúde.

Aprofundaremos neste estudo, o sector profissional, por ser este o âmbito da formulação e implementação das políticas públicas, na área de saúde, em Cabo Verde. As práticas tradicionais tiveram pouco desenvolvimento enquanto as ligadas ao sector popular – a medicina herbanária, o curandeirismo etc. – foram objecto de descaso, o que, junto às formas de percepção da doença em nível individual e familiar, repercutiu na adesão e no impacto dos programas. Apenas a actuação das parteiras tradicionais foi estimulada, como veremos adiante.

COMPONENTES

Se, de um lado, a análise de qualquer sistema de saúde precisa ser abrangente, por outro, também, precisamos impor limites ao escopo de análise, limites esses que serão definidos pelo objectivo principal para o qual o sistema está orientado, qual seja a promoção da saúde ou a sua recuperação quando a doença ou incapacidade se instalaram ou aumentar a produtividade pela manutenção da saúde dos trabalhadores.

Não obstante algumas ambiguidades na formulação desses objectivos, quando se procura estabelecer o que deve ser incluído nos limites do sistema de saúde há coincidência entre vários autores na descrição dos elementos que conformam, de uma forma geral, os sistemas de saúde.

Para Heidenheimer, Heclo & Adams (1975), o sistema de saúde é “o mecanismo da sociedade que transforma recursos generalizados ou **inputs em outputs especializados**, sob a forma de serviços de saúde, visando atender os problemas de saúde da sociedade”. Esses autores consideram que o sistema de saúde possui um **mandato** regulado pelo sistema político, que usualmente garante, de acordo com a legislação, um quase-monopólio no desempenho dos serviços de saúde. Os **inputs** dos sistemas de saúde incluem aqueles ligados ao **conhecimento** e à **tecnologia**, os quais, especialmente na medicina do século XX, se tornaram extremamente poderosos; os médicos e os outros trabalhadores da área são seleccionados, treinados e empregados dentro do sistema e constituem um componente crucial. Finalmente, os **recursos económicos** são necessários para apoiar a actividade do pessoal, hospitais, clínicas, medicamentos e equipamentos na produção de serviços de saúde.

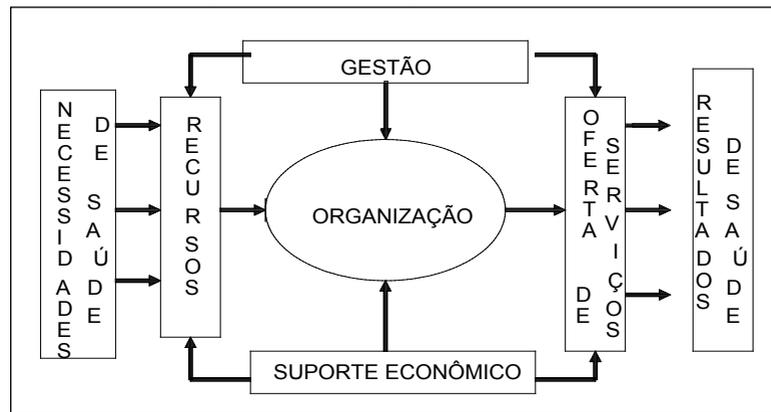
A Organização Pan-americana de Saúde conceituou sistema de saúde como *um modo de articulação* entre elementos, que incluem: (a) uma estrutura organizativa; (b) a capacidade acumulada de produção; (c) a tecnologia; (d) um conjunto de programas; (e) um estilo de relações entre a produção de serviços e a população servida; (f) um conjunto de regras definidoras das formas de prestação de serviços e (g) um critério político de direcção e combinação de todos os elementos antes assinalados e uma certa capacidade de adaptação à alteração situacional. A articulação entre esses elementos precisos permite tipificar, avaliar ou reformular o desenho de cada sistema de saúde (OPAS 1987).

Mais recentemente, Roemer (1991), na caracterização dos sistemas de saúde, destacou cinco maiores grupos de actividades interligadas: (a) organização; (b) gestão; (c) produção de recursos; (c) suporte económico e (d) prestação de serviços que, esquematicamente, situou entre as necessidades de saúde das populações e os resultados por eles produzidos no estado de saúde da mesma (Quadro 2).

Com base no modelo de Roemer vamos caracterizar, a seguir, cada uma das actividades principais de um sistema de saúde.

Organização: um arranjo sistemático dos vários recursos, com níveis de responsabilidades definidos e canais especiais de comunicação e de autoridade, direccionado para a promoção e a protecção da saúde das populações, constitui um dos mais importantes componentes dos sistemas nacionais. É-lhe inerente a existência de critérios políticos de direcção e a combinação dos diversos elementos do sistema.

Quadro 2: Modelo de um Sistema Nacional de Saúde, seus componentes e suas relações com o estado de saúde



Fonte: Roemer, M., 1991.

A responsabilidade por este componente cabe a várias entidades prestadoras de serviços, em grau diferente, consoante o sistema concreto, dividida entre: (a) as governamentais – Ministérios de Saúde, Previdência Social; (b) agências voluntárias; (c) associações profissionais e (d) sector privado.

A coordenação funcional e operacional entre estes agentes é importante para se evitar a dualidade institucional, além do que esquemas paralelos de prestação de serviço (por ex. saúde pública e previdência social) podem gerar desigualdades no consumo de serviços de saúde entre os grupos sociais; separação entre serviços preventivos e curativos; duplicação desnecessária de instalações e, às vezes, a subutilização de recursos, notadamente equipamentos altamente custosos.

Gestão: relaciona-se com os mecanismos de administração e planeamento, com os conjuntos de regras que definem as vias e as formas de prestação de serviços e com um estilo de relação entre a produção de serviços e a população servida. É o mecanismo que visa, por um lado, o estabelecimento de prioridades, a consignação de recursos e a execução das actividades, como resposta das instituições às necessidades insatisfeitas da população e, por outro, a racionalização dos gastos para garantir não somente a eficiência e eficácia, mas também a equidade na utilização dos recursos.

Produção de recursos: dividida entre a produção de bens para a saúde – materiais que se destinam de forma directa à cura e prevenção das doen-

ças e correcção de incapacidades: construções, equipamentos e insumos – e à produção de serviços – actos executados por pessoal qualificado com a mesma finalidade – consultas médicas, intervenções, cuidados de enfermagem, fisioterapia, imunização, processo de aquisição de conhecimentos. Tem a ver com a capacidade acumulada de produção e com a tecnologia e está na dependência do nível de riqueza do país, mas o factor determinante maior é, sem dúvida, a prioridade que é concedida ao sistema de saúde pelo poder político.

Suporte económico diz respeito à co-participação das várias fontes de financiamento e tem a ver com a forma como é feita a distribuição do financiamento disponível pelos vários níveis de prestação de cuidados.

A percentagem do PNB devotada à saúde é um indicador socioeconómico e o seu valor indicará a posição da saúde entre os objectivos de desenvolvimento nacional, ao dar uma ideia da prioridade e dos recursos que os governos estão dispostos a dedicar à concretização de seus objectivos de saúde. No entanto, como já foi apontado anteriormente, por si só, não traduz o grau de equidade na repartição de recursos financeiros entre os grupos sociais e regiões. A luta entre os diferentes grupos de interesse pelos recursos disponíveis, organizados à volta da produção de bens e serviços de saúde constitui um poderoso factor determinante das políticas de saúde que pode vir a distorcer a orientação dos sistemas de saúde, reduzindo a equidade e limitando a sua efectividade.

Os investimentos de capitais em saúde nem sempre guardam relação directa com os problemas da população em geral, sobretudo os que afectam os grupos mais vulneráveis, geralmente aqueles socialmente menos favorecidos.

Prestação de Serviços: comporta um conjunto de programas de produção destinado ao melhoramento da saúde humana – promoção de saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação – e a sua organização por níveis de prestação. Este componente, produto final da conjugação dos outros, constitui a meta maior dos sistemas de saúde e o seu nível traduz, por conseguinte, o modo particular de organização em uma dada sociedade para produzir e distribuir serviços e acções de saúde, através de redes de instituições e unidades produtoras desses mesmos serviços.

Os resultados dessas acções conjugadas devem ser avaliados em função dos seguintes elementos que traduzem a coerência interna do sistema: (a) capacidade de resolver os problemas específicos de saúde; (b) a eficiência social, expressa na melhor utilização dos recursos e instrumentos; (c) a equidade na prestação dos serviços aos diversos grupos sociais, com distintos perfis epi-

demiológicos e (d) mecanismos de participação popular no processo de produção de serviços, em conexão com as necessidades de saúde da população.

Em resumo, os sistemas de saúde ou **modelos assistenciais** são produto de arranjos possíveis entre os componentes internos discutidos anteriormente, conseguidos em cada espaço-população como respostas à situação concreta de saúde, sob influência dos determinantes que resultam do complexo processo de desenvolvimento socioeconómico e da evolução histórico-política.

TIPOLOGIAS

Com a elaboração de tipologias busca-se agrupar sistemas de saúde, mas, dada a grande diversidade existente entre os sistemas nacionais, corre-se o risco de simplificar. Como dissemos anteriormente, os sistemas de saúde são únicos, reflectindo as características próprias de cada país, embora incorporem características universais. Assim é que se explica que existam na literatura internacional diversos esquemas classificatórios baseados em diferentes critérios, como requisito chave para o estudo comparado dos sistemas mundiais.

Uma forma de estabelecer-se uma tipologia é através da conjugação de duas características fundamentais: o **nível económico alcançado** por cada país e as **relações sociopolíticas** desenvolvidas em função do valor atribuído pela sociedade à saúde.

Segundo critérios adoptados por Roemer (1991) para classificar os países segundo o nível económico e as influências sobre as políticas de saúde, são identificados quatro conjuntos com características comuns relativas ao sistema de saúde:

- **Países ricos e industrializados**, com PNB superior a US\$ 5.000 *per capita*, geralmente possuem uma classe média alargada, que beneficia da existência de seguros ligados ao trabalho, e uma grande maioria da população desfrutando um nível de vida confortável. Com algumas excepções, devidas mais a aspectos políticos que económicos, esses países mobilizam sua riqueza para suportar modernos serviços de saúde para a grande maioria da população. A tecnologia médica é largamente disponível, embora seja necessário algum grau de racionamento;

- **Países moderadamente desenvolvidos ou transicionais**, com rendimento *per capita* entre US\$ 500 e US\$ 5.000, em que a população dos centros

urbanos principais atingiram um bom nível de vida, enquanto a maior parte da população rural é ainda bastante pobre. Os sistemas de saúde mostraram uma substancial expansão dos recursos de saúde nas décadas recentes, beneficiando as populações urbanas mas não as rurais;

- **Países muito pobres**, com um PNB inferior a US\$ 500 *per capita*, que dependem de uma agricultura de subsistência que apenas garante a produção interna, sem possibilidades de exportação para angariar divisas. A grande maioria da população nesses países tem um nível de vida extremamente baixo e tem acesso limitado, ou não tem acesso, a serviços de saúde modernos, porque os existentes são, geralmente, muito deficientes.

- **Países produtores de petróleo**, com um PNB *per capita* entre US\$ 5.000 e US\$ 10.000, em que a classe superior tem um nível de vida tipicamente muito alto, enquanto as classes baixas têm um nível moderado. Os serviços de saúde são dotados de recursos físicos notáveis.

A classificação dos países segundo a dimensão política é bem mais difícil por ser menos mensurável e mais abrangente, envolvendo a relação de forças entre o sector estatal e o sector privado ou seus pesos relativos.

Segundo Roemer (1991), para contornar essas dificuldades, pode-se restringir o âmbito dos critérios às políticas que caracterizam os sistemas de saúde em si, e que focalizam os seguintes aspectos: (a) em que medida o sistema de saúde é controlado, organizado e gerido pelo Estado, em contraposição aos princípios liberais do mercado privado e (b) em que extensão, iniciativas organizadas por outros agentes – sindicatos, organizações religiosas ou, muitas vezes, profissionais de saúde – modificaram o processo de oferta e procura de cuidados de saúde. Ou seja, nas relações sociopolíticas toma destaque o peso da intervenção estatal na regulação do mercado de cuidados de saúde.

Para Lee e Mills (1985), independentemente do tipo de sistema de saúde, todos os países apresentam um virtual envolvimento governamental na busca de estabelecer prioridades e influenciar a distribuição de recursos. Mas a fronteira entre a prestação pública e privada de serviços de saúde varia em função da dinâmica política e da repartição da renda em cada país. Os pólos extremos de total “livre empresa”, com mínima intervenção e sem financiamento governamental, por um lado, e de total “medicina socializada”, sem sector privado e monopólio estatal, por outro, é pouco comum. A organização dos sistemas de saúde nos Estados Unidos da América e nos países socialistas aproximou-se, respectivamente, desses pólos sem, no entanto, atingir o tipo ideal.

Frenk e Donabedian (1987) apontam dois critérios importantes na delimitação entre o público e o privado: (1) a forma como o Estado intervém e controla a produção de serviços de saúde (2) critérios de elegibilidade que estabelecem a relação entre os consumidores dos serviços de saúde e o Estado.

O Estado pode optar entre produzir a totalidade ou parte dos serviços, criando e mantendo, para isso, uma rede própria de instituições e unidades produtoras, ou financiar os serviços prestados pelo sector privado, estimulando o desenvolvimento deste.

A forma como exerce o controle é importante, se através de uma única agência (p. ex. Ministério da Saúde) ou se dispersa por várias (Ministério da Saúde, Segurança Social, Forças Armadas etc.) promovendo, na última hipótese, a separação entre vários esquemas de prestação de serviços, entre cuidados preventivos e curativos e entre clientelas.

Já quanto aos consumidores, o seu papel varia em função de como o direito à saúde é visto por cada sociedade: se incorporado ao conceito de cidadania, como parte do princípio de justiça social, que busca uma cobertura universal; se como um direito adquirido enquanto contribuinte de um seguro social, na base do princípio meritocrático e do princípio da solidariedade; ou algo oferecido no quadro de uma assistência social, uma acção pública residual, compensatória e discriminadora dos grupos sociais com incapacidade de suprir as suas necessidades no mercado, traduzindo aquilo que Teixeira (1993) chamou de “cidadania invertida”.

Entre os possíveis tipos de sistemas de saúde resultantes do cruzamento dessas características à volta da intervenção estatal, Roemer (1989) definiu quatro grandes grupos – que terão certamente inúmeras variantes, em função das condições concretas de cada país e das mudanças constantes no perfil organizacional ocasionado pelo seu dinamismo:

- **Empresarial:** a maior parte da oferta de serviços de saúde opera através do mercado privado, e o papel do Estado é relativamente fraco, limitando-se a regular os aspectos fundamentais.

- **Orientado para o Welfare:** os cuidados de saúde para a maioria da população são da responsabilidade pública; as regras do mercado são bastante fortes no que respeita ao financiamento e provisão de serviços de saúde; existência de um sector privado ainda forte que absorve bastante pagamento por parte do Estado.

- **Universal e integrado:** a intervenção governamental no mercado é extensa; o financiamento e a provisão de serviços são altamente organizados;

a oferta de serviços a toda a população como um direito social, limitado apenas pelos recursos disponíveis.

- **Socialista com planeamento central:** sistema de saúde completamente fora da dinâmica do mercado; Estado com monopólio na propriedade, oferta, administração e regulação de todos os serviços; sector privado inexistente ou inexpressivo.

Field (1989) estabelece uma classificação também baseada no critério de intervenção estatal e considera cinco tipos (Quadro 3): emergente; pluralístico; seguro social/segurança social; serviço nacional de saúde e socialista, cujas características coincidem, na sua essência, com as apontadas por Roemer.

QUADRO 3: Um esquema classificatório dos tipos de sistemas de saúde

SISTEMA DE SAÚDE	EMERGENTE	PLURALISTICO	SEGURO SOCIAL /SEGURIDADE SOCIAL	SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	SOCIALISTA
Definição geral	A saúde como item de consumo pessoal	A saúde como bem de consumo, ou serviço	A saúde como bem de consumo garantido ao segurado	A saúde como bem de consumo ou serviço, prestado pelo Estado	A saúde como serviço público do Estado
Posição do Médico	Empresário por conta própria e membro de organizações médicas	Idem	Idem	Idem	Funcionário público e membro de organizações médicas
Papel das Associações Profissionais	Poderoso	Muito forte	Forte	Fraco	Inexistente ou muito fraco
Propriedade das instalações	Privada	Privada e pública	Privada e pública	Pública essencialmente	Inteiramente pública
Forma de pagamento	Directo	Directo e indirecto	Essencialmente indirecto	Indirecto	Indirecto
Intervenção estatal	Mínima	Residual/ Indirecta	Central/Indirecta	Central/Directa	Total
Países típicos		Suíça / EUA	Canadá França Japão Nova Zelândia Espanha Jugoslávia	Escócia Grã-Bretanha	ex-URSS

Fonte: Field, 1989.

Segundo Terris (1980), uma classificação largamente usada é a que agrupa os sistemas de saúde mundiais em três sistemas básicos: a assistência

pública; o seguro doença e o serviço nacional de saúde. Em 1980 cada um desses sistemas apresentava as seguintes características:

- **Assistência pública:** sistema predominante em 108 países situados na Ásia, na África e na América Latina, com 49% da população mundial; a grande maioria da população era atendida mediante um sistema de assistência pública para indigentes, compreendendo hospitais e dispensários governamentais; o financiamento era pelo tesouro público; os médicos, por causa dos salários baixos, buscavam um complemento no exercício da medicina privada; coabitavam com programas de segurança social e com o sector privado, cada um cobrindo uma pequena franja da população.

- **Seguro doença:** por convenção chamado seguro-saúde, predominava em 23 países industrializados, de economia capitalista, os quais possuíam 18% da população mundial; existia, na maior parte dos países, uma combinação de seguros privados e oficiais que davam uma cobertura à população assalariada e a seus dependentes, embora pudessem ser excluídos certos grupos profissionais de alguns deles; o financiamento era através das quotizações dos empregados e dos empregadores e, em grande parte, suportado pelo orçamento geral do Estado; quase todos os programas de seguro-saúde estabelecidos nos países industrializados baseavam-se no exercício privado da medicina, com pagamento do acto médico.

- **Serviço Nacional de Saúde:** era o sistema predominante em 14 países de regime socialista, em vias de industrialização, comportando 33% da população mundial; ao contrário dos sistemas de assistência pública e da maior parte dos sistemas de seguro doença, os sistemas nacionais de saúde cobriam a totalidade da população de cada país; eram financiados pelo tesouro público; a prestação dos cuidados de saúde era gratuita e os serviços estavam a cargo de médicos e outros profissionais assalariados que trabalhavam nos hospitais e dispensários oficiais.

- **Formas intermediárias:** os sistemas de saúde do Reino Unido e da Suécia foram considerados pelo autor como intermediários entre os sistemas de seguro doença e de serviço nacional de saúde.

Para a análise que vimos fazendo interessa aprofundar o tipo socialista (Roemer, 1989 e Field, 1989) ou serviço nacional de saúde (Terris, 1980), por apresentarem maiores semelhanças com o Sistema Nacional de Saúde cabo-verdiano desenvolvido na década de 1980.

3.2 - MODELOS SOCIALISTAS DE SISTEMAS DE SAÚDE

O sistema de saúde da ex-URSS é um exemplo pioneiro e paradigmático enquanto modelo de prestação de cuidados de saúde. É o mais antigo exemplo de um serviço nacional de saúde estatal e universal, que oferece serviços à população sem encargos directos. Fez parte da construção da sociedade socialista, do projecto histórico do comunismo, que teve como eixo o planeamento central. Além disso, influenciou e apoiou a implantação dos sistemas de saúde nos países da Europa Oriental e de outros países que aderiram à orientação socialista como Cuba, China, Coreia do Norte e, particularmente na África, os países recém-independentes do regime colonial português, que influenciou particularmente em sua forma organizativa.

Como dissemos anteriormente citando Field (1988), todas as sociedades tentam, em menor ou maior grau, elevar a saúde das suas populações, por razões que vão desde desejos idealistas de melhorar o bem-estar individual até razões pragmáticas ligadas ao aumento da produtividade. Muitas das características dos programas de promoção da saúde, das instituições e das técnicas são similares em todos os países, devido à natureza universal do processo de produção de saúde. Contudo, o sistema de saúde de cada nação possui características únicas, determinadas por factores políticos, económicos, sociais, ideológicos e organizacionais próprios.

Nessa ordem de ideias, os sistemas socialistas mantiveram também certas características universais devidas à natureza das suas funções dentro do processo de produção de saúde: (a) relação de interdependência com os outros sectores; (b) dependência do avanço tecnológico mundial no domínio da saúde; (c) limitada influência dos gestores dos sistemas de saúde sobre todo o processo de produção de saúde e (e) condicionamento das actividades do sistema de saúde pelo seu orçamento, porque, mesmo variando as fontes de financiamento consoante as nações, nenhuma sociedade outorga meios ilimitados ao sistema de saúde.

Leichter (1979) e Davis (1989), baseados na análise da experiência soviética, apontaram seis principais princípios que consideraram próprios da estratégia e da organização do modelo socialista de sistema de saúde:

- 1) O **carácter estatal dos serviços de saúde** constituía a base fundamental da política de saúde socialista, considerando a prestação

dos cuidados de saúde uma responsabilidade do Estado e uma função do governo. O corolário implícito nesse princípio é que a prática de medicina privada era imprópria numa sociedade socialista (embora algumas práticas privadas tenham persistido na ex-URSS).

Além do precedente histórico da organização dos serviços de saúde vinda da Rússia Czarista, com um desenvolvimento do sector sob controle estatal e a prestação de cuidados largamente feita por instituições nacionais e locais, as origens do carácter estatal dos serviços de saúde se embasaram nos princípios ideológicos da responsabilidade do Estado socialista em eliminar os sofrimentos e em promover o nível de vida das classes exploradas. Ainda outra razão foi de natureza prática, ligada à produtividade – o rápido e contínuo desenvolvimento da nação requeria uma população saudável. Considerou-se que a melhor forma de conseguir isso era através da direcção e o controle estatal do sistema médico-sanitário.

2) Serviços de saúde gratuitos e universalmente disponíveis e acessíveis, princípio embasado na ideologia socialista, segundo a qual todos os cidadãos têm direito a tratamento igual, sem distinção alguma, independentemente da capacidade de pagamento.

3) Administração centralizada e unificada do sistema de saúde como, talvez, a característica mais saliente do sistema socialista. A concentração de autoridade em um sistema de saúde único teve o objectivo de facilitar o efectivo planeamento, coordenação e prestação de serviços de saúde e a sua integração no planeamento socioeconómico.

A **centralização** significa que o planeamento, a supervisão e a direcção do sistema é da responsabilidade de uma única entidade administrativa, o Ministério da Saúde. Embora alguns serviços possam ser prestados por outras entidades ou instituições (p. ex., Forças Armadas), geralmente seguem os padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

A **unificação** dos serviços de saúde significa reunir em um único serviço, sob o controle central do Ministério da Saúde, os componentes da prestação de serviços de saúde, incluindo: instituições médicas; pessoal de saúde; departamentos e actividades de saúde pública; educação e investigação médicas.

4) A ênfase na orientação preventiva e profilática dos serviços de saúde foi a mais anunciada característica dos sistemas de saúde socialistas, considerada “*o princípio básico da medicina soviética*”, com o objectivo de prevenção ou cura de doenças e promoção da saúde da população.

Este princípio foi operacionalizado de diversas maneiras, quer através da difusão da educação e conhecimentos de saúde para encorajar a participação activa dos cidadãos, quer pela ênfase em procedimentos

profiláticos padronizados, como imunização ou exames de rotina para grupos especiais – trabalhadores, gestantes e crianças.

5) Tratamento preferencial para o proletariado, inclusive no sistema de saúde, cuja base se encontra nos preceitos definidos pela ideologia e pelas necessidades económicas de industrialização, requerendo uma classe trabalhadora saudável.

6) A saúde pública depende da participação activa do cidadão nas actividades dos serviços de saúde, responsabilizando-o pela sua saúde e pela saúde colectiva.

Ainda como características universais, os sistemas socialistas tiveram que fazer face a desafios similares aos enfrentados por outros sistemas nacionais, em função do contexto interno, que incluem:

- crescimento da demanda de serviços de saúde;
- pressão para contenção dos custos;
- escassez de recursos no sistema – a procura excede a disponibilidade dos insumos, obrigando ao racionamento na oferta dos cuidados médicos;
- influência do desenvolvimento da tecnologia médica no sistema de saúde.

Estes são, portanto, os principais princípios que nortearam o modelo socialista soviético de organização dos sistemas de saúde: serviço nacional, estatal, unificado, centralizado, gratuito, universalmente disponível e acessível, com ênfase nos cuidados preventivos e no qual o cidadão desempenha um papel activo.

Em maior ou menor medida, Cabo Verde adoptou esses princípios na construção do seu sistema de saúde pós-independência como um dos instrumentos para mudar o passado colonial e melhorar a situação de saúde geral. Nessa escolha houve, certamente, a influência de países do bloco socialista que prestaram ajuda na luta de libertação nacional, na (re)organização do sistema social e, particularmente, no sector saúde pós-independência.

3.3 - AS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE PARA TODOS ATÉ O ANO 2000

A Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, (Resolução WHA30.43) resolveu que a principal meta dos governos e da OMS era alcançar no ano 2000, para todos os cidadãos do mundo, um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva (WHO, 1978).

Com a declaração de Alma-Ata, em 1978, os governos membros da OMS enfatizaram que os Cuidados Primários de Saúde (CPS) são um caminho para alcançar estes objectivos, como parte de um desenvolvimento geral com espírito de justiça social. Com este enfoque, a meta SPT/2000 transcende a dimensão restritiva da saúde como simples ausência de doença já consignada na declaração da ONU de 1948, para considerá-la uma expressão das condições objectivas de existência de diferentes grupos sociais, num espaço e num momento dados, facto que reflecte as suas condições de vida. O estabelecimento das estratégias e objectivos de SPT/2000 para cada uma das regiões do globo e a reestruturação dos sistemas de saúde de cada país foi o passo subsequente para alcançar as metas propostas.

Estas estratégias constituem um discurso normativo que, com suas limitações e insuficiências decorrentes da **utopia** que as fundamenta – necessária a qualquer processo de mudança – têm uma função indispensável de destacar os valores éticos imanentes de um sector que tem responsabilidade fundamental pela vida humana.

Falar de **saúde para todos** significa reconhecer um direito social inscrito no estatuto de cidadania de uma sociedade moderna que nos remete ao conceito de **equidade**. A coerência com essa concepção de saúde exige importantes transformações sociais e económicas. Implica, também, um questionamento permanente dos determinantes gerais e condicionantes particulares da saúde e a inserção nas políticas de saúde de outros espaços sociais.

Interessa frisar que a assunção da saúde como expressão das condições objectivas de existência não implica negar a importância das acções e serviços de saúde. Estes constituem nos CPS um dos mais importantes instrumentos para modificar a qualidade de vida e a situação de saúde dos diferentes grupos de população. **Saúde para todos** implica, no entanto, uma revisão teórico-conceitual e operacional dos princípios que orientam a organização dos sistemas nacionais de saúde no sentido de que a equidade na distribuição dos recursos e serviços não é o mesmo que igualdade. As disparidades entre classes

sociais, grupos de renda, faixas etárias, populações regionais, significam necessidades diferentes para serviços de saúde.

Os CPS, unanimemente considerados a estratégia principal para alcançar a meta de SPT/2000, devem obedecer aos cinco princípios seguintes (OMS, 1990):

- a) *Cobertura universal* da população por cuidados que respondam às suas necessidades;
- b) Serviços orientados para a *promoção, prevenção, tratamento e reabilitação*;
- c) Serviços *eficazes, aceitáveis no plano cultural*, abordáveis no plano financeiro e de fácil gestão;
- d) *Participação da comunidade* no desenvolvimento dos serviços a fim de encorajar a auto-responsabilidade e diminuir a dependência;
- e) *Intersectorialidade* nas abordagens de saúde, tendo em conta outros sectores do desenvolvimento.

Ao admitir esses princípios, a **saúde para todos** ultrapassa as fronteiras dos serviços de saúde, sobretudo ao reconhecer a importância das actividades na promoção da saúde e o envolvimento dos outros sectores. No entanto, o significado dos CPS tem sido objecto de diferentes interpretações, dentre as quais citamos três, apontadas pela OPAS (1987):

a) *Os CPS como um nível de complexidade tecnológica do sistema de saúde.*

Esta interpretação, ainda que correcta na sua dimensão estrita, limita o significado de CPS a uma instância técnico-operacional.

b) *Os CPS somente como um programa específico, com recursos marginais, focalizado em regiões e grupos sociais postergados.*

Esta segunda interpretação é o reconhecimento explícito de uma política de saúde discriminatória, que tende a consolidar desigualdades entre grupos sociais e/ou regiões. Por outro lado, contradiz frontalmente o critério de equidade contido nas metas de SPT/2000, ao preconizar, implicitamente, que há cidadãos de segunda classe a quem se pode oferecer uma prática também de segunda categoria.

c) *Os CPS como uma estratégia ou uma política integral de saúde que compreende e afecta toda a população e o sistema de saúde em todos os seus níveis.*

Esta interpretação implica o enfrentamento do problema da dívida sani-

tária mediante formas concretas de apropriar, reajustar, recombina e reorientar os recursos de toda a sociedade para satisfazer as necessidades e aspirações na área de saúde.

É ela que apresenta coerência com a meta SPT/2000 e que leva – no campo operacional – a mudanças reais que permitem diminuir os atrasos no desenvolvimento sanitário e às desigualdades entre grupos sociais. Deve incidir sobre toda a população e sobre todos os níveis de atenção do sistema, embora conduza, por certo, a uma priorização relativa dos grupos postergados.

Desta forma, a definição de SPT/2000 deve ser vista não só numa perspectiva internacional, como também em relação aos diferentes grupos sociais dentro de cada país. Em outras palavras, a desigualdade na situação de saúde que se observa entre as nações expressa-se também em desigualdades internas entre os grupos sociais. Por conseguinte, as metas de SPT/2000 devem referir-se tanto ao melhoramento da posição de cada país em relação aos demais, como à redução das brechas sanitárias que surgiram no interior das sociedades.

IMPLICAÇÕES DA SPT/2000

Uma das principais implicações das estratégias nacionais de SPT/2000 está no reconhecimento do **carácter intersectorial** dos problemas e das políticas de saúde. Difícilmente os serviços de saúde, por si sós, por mais que estejam bem dotados de recursos e por melhor que os utilize, serão capazes de alcançar um grau satisfatório de saúde para todos até o ano 2000, se não conseguirem fazer parte dos objectivos centrais do desenvolvimento nacional. Mas existe, tanto no interior do próprio sistema como nos outros sectores, uma série de barreiras para que a meta de SPT/2000 ocupe uma posição mais destacada entre os objectivos do desenvolvimento nacional.

Uma das principais barreiras, ainda quando se observa uma tendência para a descentralização, reside na extrema centralização e sectorialização do poder político, que limita os processos de coordenação e integração e, em consequência, obstaculiza a articulação entre os diversos sectores. Por outro lado, tradicionalmente, o sector de saúde – limitado na sua capacidade de financiamento mediante o gasto público – tem baixa representatividade na hora de definir as políticas sociais que acompanham o planeamento de novos esquemas de desenvolvimento, com consequente limitação dos recursos financeiros.

Na pressuposição de que os serviços de saúde não são capazes de contrapor-se a todos os efeitos dos outros determinantes e condicionantes da situação de saúde, torna-se necessário precisar para cada problema de saúde as combinações possíveis de acções sobre determinantes e condicionantes respectivos, com acções dos serviços de saúde que sejam capazes de solucioná-los. Assim, as estratégias e políticas nacionais de SPT/2000 devem ser consideradas como o conjunto de acções dos serviços de saúde e de outros sectores do desenvolvimento, estabelecido a partir da agregação de acções especificamente definidas para focalizar os problemas de saúde de diferentes grupos sociais.

Uma segunda implicação da meta SPT/2000 se liga às **mudanças necessárias ao sistema de saúde**, para viabilizar o atendimento às demandas crescentes e às carências ainda existentes. A descentralização dos poderes de decisão e de administração dos recursos tem sido colocada como um passo necessário e essencial para essas mudanças.

Esta descentralização, quando levada a cabo de maneira adequada, permite às autoridades locais responder às necessidades da população da área sob sua responsabilidade, de maneira mais apropriada e oportuna do que quando o processo é dirigido e administrado desde o nível central. Isto é consequência de uma identificação mais rápida e acertada do conjunto de problemas e de soluções, conforme as peculiaridades de cada um dos grupos sociais locais que constituem a sociedade nacional.

Mediante a descentralização, os governos tentam melhorar a acessibilidade, a eficiência e a eficácia dos serviços sociais em geral e dos de saúde em particular, em resposta a pressões cada vez maiores da sociedade civil por uma participação mais plena nos processos de decisão que a atingem.

Ainda que os processos de descentralização sejam complexos e de forte embasamento político e social, os governos costumam considerá-los somente na sua dimensão política, como um mero instrumento que contribui a dar legitimidade e estabilidade a suas gestões. Contudo, estes processos só adquirem seu total significado quando, além de operar no sentido político propriamente dito, ampliam seu âmbito para converter-se em um instrumento para a redistribuição do poder, não só político como também administrativo e tecnológico, do nível central para as instâncias regionais, periféricas e locais.

Actualmente, há uma tendência para a descentralização se manifestar no sentido da municipalização dos serviços de saúde, já que é este o âmbito que

vem sendo identificado como sede prioritária dos sistemas locais.

Como obstáculos à descentralização se apontam a rigidez da burocracia – que dificulta a adopção de novos objectivos institucionais – e a escassa disponibilidade de recursos financeiros para fazer face à necessidade de transformar a base de apoio material.

Uma terceira implicação diz respeito à focalização de **outros benefícios** dessas estratégias, quais sejam a mobilização social, a absorção de mão-de-obra, o fomento da indústria nacional de equipamentos e medicamentos, a integração e cooperação entre países. Benefícios como esses deveriam fazer parte do discurso normativo e das estratégias para viabilizar essas políticas de saúde.

Dez anos após a formulação das estratégias de SPT/2000 baseadas nos CPS, elas foram avaliadas em 1988, na reunião de Riga (URSS) entre peritos da OMS, da UNICEF, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento-PNUD e de organizações não governamentais. Os participantes estimaram que o conceito de **Saúde Para Todos** teve repercussões positivas sobre a saúde e o bem-estar dos povos de todas as nações. Observaram, contudo, a persistência de problemas que exigem um engajamento maior e uma acção que assegure a execução mais eficaz dos CPS (OMS, 1987).

A maior parte dos países desenvolvidos já realizaram uma cobertura total mas, mesmo nesses países, certos grupos – os pobres e os habitantes das regiões mais afastadas – continuam tendo acesso limitado aos serviços. Nos países em desenvolvimento a cobertura ainda é muito desigual, com desvantagens para as populações menos favorecidas dos meios rurais e urbanos. No entanto, mudanças em alguns indicadores apontam para evolução favorável no conjunto dos países do mundo: a taxa de vacinação, que pode servir como um indicador de cobertura passou, entre 1970 e 1989, de 5% para 40%; em 1960, a taxa de mortalidade de menores de cinco anos era igual ou superior a 178 o/oo em 72 países. Esse número de países diminuiu para 34 em 1985, ou seja, sofreu uma redução de quase metade (OMS, 1990).

As desigualdades ainda existentes nos níveis de cobertura, não obstante os avanços conseguidos na melhoria do estado de saúde da população mundial, estão associadas à permanência de desigualdade de distribuição da riqueza, dos recursos naturais, bens de consumo e se apresentam como desafios que apontam para a necessidade do reforço das acções que vêm sendo desenvolvidas.

Em resumo, para encerrar este capítulo, ressaltaremos que, tradicionalmente, o complexo produtor de serviços de saúde tem sido visto como um processo material, cujo epicentro se coloca no componente físico (hospital, consultório, centro de saúde), o qual se comporta como o elemento “fábrica”. A partir dessa concepção de administração linear, a organização é vista em forma de linha de produção: por um extremo ingressam os *inputs* (recursos humanos, físicos, financeiros, conhecimentos etc.), a “fábrica” os ordena e os combina para transformá-los no *output*, num objecto de uso ou de consumo dos usuários.

Uma nova dimensão no campo organizacional, dando prioridade a uma articulação sistémica do complexo insumo-produto, obrigou a conceber novas estratégias de intervenção que assegurassem maior eficiência, equidade e eficácia a nível das populações. Sendo o objecto dessas novas estratégias a saúde do homem social, o “epicentro se desloca da estrutura para a infra-estrutura – entendida como o quadro básico do sistema – e a **fábrica** (estrutura) perde a sua função exclusiva de produtor de serviço, passando a inserir-se num complexo sistémico de determinantes de saúde-doença, no qual cada componente tem seu papel mas só lhe é possível realizá-lo no equilíbrio com os demais” (OPAS/OMS, 1990).

As estratégias da SPT/2000, adoptadas por todos os países membros da OMS, independentemente do seu nível de desenvolvimento socioeconómico, se inseriram nessa nova visão organizacional. Ao fixarem como objectivo dos sistemas de saúde a prevenção ou a cura de doenças e a promoção da saúde das populações, e ao considerarem os serviços médicos somente um resultado intermediário do processo de produção de saúde, essas estratégias mudaram conceitualmente o enfoque dos sistemas, da doença para a saúde e do homem singular para o homem social, ideia já implícita nas concepções socialistas do direito à saúde.

Neste marco conceitual, o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o estabelecimento de políticas, estratégias, planos e programas; o campo dos recursos humanos em seus aspectos formativo, de utilização e de administração; a aplicação do método epidemiológico à análise das condições de saúde e sua projecção; o desenvolvimento dos serviços de saúde nos seus aspectos físico e organizativo e a produção e difusão de informação constituem elementos chaves da configuração dos sistemas de serviços de saúde.

Cabo Verde seguiu muitos desses preceitos, como veremos no capítulo seguinte, ao abordarmos a construção do Sistema Nacional de Saúde.

CAPÍTULO 4

SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

A promoção da justiça social constituiu o objectivo geral da política de desenvolvimento planejado definida pelo Governo de Cabo Verde assim que assumiu o poder, em 1975.

A política traçada visava criar condições para desenvolver a consciência cidadã e elevar o bem-estar do povo, através da acção racional do Estado. Nas áreas de política social, os propósitos deram ênfase a: (a) protecção e recuperação da saúde, com prioridade à infância e à gestante; (b) ampliação da protecção social e unificação dos esquemas de previdência; e (c) definição de uma política social para a terceira idade.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS), integrado aos propósitos do Governo, era o instrumento fundamental para atingir os objectivos das políticas sociais. Sob esta perspectiva estudaremos, neste capítulo, a política de saúde em Cabo Verde, durante o período de 1980-90, procurando identificar no pensamento social da época os princípios que nortearam a criação e implementação do Sistema Nacional de Saúde. Ao mesmo tempo, faremos uma análise crítica da operacionalização dos mesmos, procurando ressaltar alguns antagonismos e problemas inesperados que influenciaram o perfil dos serviços. Como substrato da nossa discussão utilizaremos as informações colhidas por entrevistas.

Em seguida, descreveremos a estruturação dos serviços de saúde, os componentes de organização, gestão e recursos humanos, físicos e financeiros, visando decompor o conjunto sistémico que é o SNS e particularizar a evolução de cada uma das partes – entre 1980 e 1990 – como testemunho do esforço gigantesco que foi a edificação do sistema de saúde cabo-verdiano.

Antes, porém, de entrarmos na apresentação e análise do SNS, destacamos os seguintes programas que, além do papel de relevo na implementação das políticas de protecção social, constituíram importantes parceiros na execução das actividades de saúde, por suas relações privilegiadas com o SNS:

(a) Previdência Social: compreende dois esquemas separados, de natureza compulsória: um dirigido aos servidores do Estado, gerido pelo Ministério das Finanças, e outro dirigido aos trabalhadores das empresas públicas e empregados do sector privado, gerido pelo Instituto de Seguros e Previdência Social/ISPS, organismo público especificamente criado para este fim.

Para o universo dos funcionários públicos foi mantido o regime previdenciário iniciado no tempo colonial, financiado com verbas públicas e com a contribuição de 8% do salário do segurado, descontado na folha de pagamento. Como benefício, os segurados têm garantido uma pensão de aposentadoria e o

direito ao salário-base em caso de doença temporária.

No esquema gerido pelo ISPS, as contribuições são divididas entre o empregado que também desconta 8% do seu salário e o empregador que contribui com 15% da folha de pagamentos. Os benefícios incluem aposentadoria, incapacidade temporária ou permanente para o trabalho, subsídio à maternidade e auxílio de funeral.

O regime gerido pelo ISPS cobria, em 1990, 17% da população residente no país, enquanto a cobertura do regime da Função Pública era estimada em 15%, no mesmo ano.

Apesar de estar prevista a unificação dos esquemas¹¹, isso não se verificou até agora, mantendo-se, pelo contrário, algumas diferenças quanto aos benefícios oferecidos por cada um.

(b) Assistência Social: Constituía uma das tarefas do sector governamental dos Assuntos Sociais (integrado com a Saúde num mesmo ministério). É financiado com recursos provenientes dos impostos gerais e da ajuda internacional, sobretudo alimentos.

Cobre grupos da população que se convencionou chamar de “grupos vulneráveis”, condição que resultou: (a) de situação económica deficiente de indivíduos e famílias que perderam a sua capacidade de ganho, muitos deles camponeses sofrendo as consequências das secas cíclicas; (b) do envelhecimento de indivíduos que não ganharam direito à aposentadoria por terem sido sempre diaristas; (c) de casos de doença, invalidez ou outras disfunções manifestadas em nível individual e carecendo de uma garantia ao sustento; ou (d) de mulheres chefes de família desempregadas que se apresentavam vulneráveis e carecendo de um mínimo para sobrevivência.

Entre os benefícios atribuídos, figuravam: um subsídio pecuniário fixo que cobria em 1990, aproximadamente 6.000 indivíduos; géneros alimentícios e vestuário.

O número de beneficiários variou, para o conjunto das situações cobertas, em função de circunstâncias pontuais (p. ex., secas ou enchentes com prejuízo para a produção agrícola) mas, no período de 1986-90, chegou a cobrir, anualmente, um sexto da população do país (entre 50 a 60 mil pessoas).

A atribuição do benefício exigia o teste de meios¹². Cada caso foi sem-

11 A partir de 2005 os dois esquemas foram unificados em termos de obrigações e benefícios e passaram a ser geridos pelo Instituto Nacional da Previdência Social.

12 O acesso aos benefícios é determinado por decisão administrativa das repartições locais da Direção-Geral dos Assuntos Sociais, após análise de cada caso, para provar que o indivíduo ou a família perdeu a capacidade de ganhar a sua subsistência.

pre visto como uma situação pontual e transitória, apesar da intenção – diversas vezes manifestada mas não cumprida – das entidades oficiais em criar o chamado “Esquema Mínimo de Protecção Social”, com o objectivo de garantir aos “grupos vulneráveis” o **direito** ao seguro social. Previa-se que o “Esquema Mínimo” contemplasse a concessão de um subsídio mensal, actualizado periodicamente, bem como o fornecimento de géneros alimentícios, mantendo-se o direito aos cuidados de saúde gratuitos.

A contribuição do Serviço Nacional de Saúde para a execução das políticas sociais foi importante, tanto pelas funções próprias que abordaremos a seguir, quanto pelo apoio às actividades desenvolvidas no âmbito dos programas de protecção social que acabamos de mencionar. Efectivamente, os organismos gestores da Previdência Social não dispõem de instituições para prestação directa de cuidados aos seus segurados e é o SNS, de cobertura universal e igualitária para toda a população, que garante aos segurados e seus dependentes, em ambos regimes da previdência e da assistência social, a atenção à saúde e ao parto. O direito ao atendimento médico inclui, também, a garantia de prestação de cuidados fora do país – ao segurado e seus dependentes e ao assistido –, para os casos de doença cujo tratamento ultrapassa a capacidade tecnológica nacional, o que é assegurado por Cabo Verde, com base em convénios assinados com países amigos e doadores.

4.1 - POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Os princípios fundamentais que nortearam as políticas de saúde em Cabo Verde na década de 80 foram inspirados pelos objectivos sociais, incorporados aos ideais nacionalistas, que encontraram motivação tanto na necessidade de combater os sofrimentos e as mortandades a que o povo de Cabo Verde esteve sujeito num passado recente, como pelas influências do movimento pela independência que varria a África nas décadas de 60 e 70.

Outros factores terão influído na escolha destes princípios, impondo restrições iniciais à implantação dos serviços e ao prosseguimento dos seus objectivos, dentre os quais destacamos: (a) o modelo organizativo herdado do período colonial, com o predomínio do componente assistencial e (b) as carências existentes, quer em recursos humanos qualificados como em recursos materiais e financeiros.

ESTABELECIMENTO DOS PRINCÍPIOS

A atenção à questão social, em particular a da saúde, foi inscrita nos documentos fundamentais como uma via prioritária para elevar o nível de vida da população. É assim que vamos encontrar as grandes orientações da política de saúde consagradas na Constituição da República de Cabo Verde, de 1980, que no artigo 14º proclamava:

*“A Saúde Pública tem por objectivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua inserção no meio sócio-ecológico em que vive. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores médico-medicamentosos”.
Aponta para um processo gradativo de universalização do direito à saúde quando realça no artigo 38º que “todo cidadão tem o direito à protecção da saúde e o dever de a promover e a defender”.*

A Resolução sobre a Saúde e Assuntos Sociais, produzida pelo II Congresso do PAICV de 1985, reafirma e explicita os princípios que nortearam a construção dos serviços de saúde de Cabo Verde desde a Independência e inscritos na Constituição de 80. A seguir apresentamos extractos desse documento, comentando os aspectos pertinentes às medidas adoptadas (MSTAS, 1986). Como veremos mais adiante, muitas dessas proposições seguiam de perto as orientações da OMS, no tocante às estratégias de SPT/2000:

Parágrafo 1. *“Reafirmar que compete ao Estado garantir a prestação dos cuidados de saúde ao povo cabo-verdiano e criar as condições para a sua materialização.”*

Com este parágrafo, a resolução reitera ao Estado cabo-verdiano a responsabilidade de criar as condições materiais para desencadeamento das actividades e, partindo do pressuposto de que os serviços de saúde são estatais, com uma administração centralizada e unificada, lhe reconhece as funções de organismo definidor da política, coordenador do sector e prestador de serviços de saúde.

Neste âmbito foram adoptadas estratégias que incluíam a melhoria da acessibilidade, através: da descentralização dos recursos disponíveis; da criação de novas unidades prestadoras de cuidados; do uso de equipas móveis, intensificando os contactos de profissionais de saúde com as populações-alvo e a oferta de serviços gratuitos, visando alargar o atendimento às populações alijadas desses serviços.

Parágrafo 2. *“Que devem ser mobilizados os esforços e recursos existentes para a prestação dos cuidados de saúde, visando uma efectiva política de prevenção, com especial ênfase para determinados grupos considerados prioritários, como as crianças e as mulheres no processo de gestação”.*

A ênfase na orientação preventiva e profilática dos serviços de saúde foi, através da intensificação das acções internas, visando: (a) a saúde materno-infantil e o planeamento familiar; (b) a vacinação; (c) a educação para a saúde, incluindo a educação sexual; (d) a saúde mental; (e) a luta contra as principais endemias e (f) o abastecimento em medicamentos essenciais. Ao mesmo tempo os serviços de saúde deram uma especial atenção a aspectos ligados ao abastecimento de água potável, ao saneamento básico e à nutrição e a acções de saúde dirigidas a grupos prioritários, nos quais se poderia esperar que o impacto dessas acções produzisse uma cobertura maior e mais imediata.

Parágrafo 3. *“Que a luta contra as doenças endémicas e epidémicas deve ser prosseguida e intensificada, em conformidade com o objectivo de conseguir a erradicação de alguns flagelos que afectam as nossas populações até o ano 2000, bem como de reduzir a morbilidade e a mortalidade, especialmente a infantil”.*

Nessa ordem de ideias foram identificados problemas de saúde como a lepra, a tuberculose, a malária e as doenças diarreicas, para os quais foram desenvolvidos programas visando reduzir a mortalidade e a morbilidade por estas doenças. Na sua essência, esses programas tiveram uma organização vertical, em grande parte devida aos financiamentos externos conseguidos. Do ponto de vista das entidades financiadoras, essa forma de organização servia melhor aos seus interesses, por lhes permitir um controle efectivo sobre as intervenções em que se encontravam envolvidas, e produzir sucessos rápidos e facilmente avaliáveis.

Parágrafo 4. *“Que a intervenção das populações na resolução dos seus problemas sócio-sanitários é condição essencial para o êxito dos objectivos propostos, devendo as organizações de massa e de participação popular, no quadro da política definida pelas entidades estatais competentes e em coordenação com estas, fomentar a participação activa e organizada das colectividades”.*

Num primeiro momento, as organizações de massa como a Organização das Mulheres de Cabo Verde-OMCV, a Juventude Africana Amílcar Cabral/Cabo Verde-JAAC-CV, os Pioneiros Abel Djassi, os sindicatos etc., foram envolvidos na divulgação das medidas de prevenção e de promoção da saúde. Desse período, destaca-se a participação da OMCV na formulação e desenvolvimento do projecto “Protecção Materno-Infantil e Planeamento Familiar-PMI/PF”, que veio mostrar-se de extrema importância na resolução de problemas ligados à imunização e ao controle do crescimento das crianças dos 0-6 anos, bem como ao seguimento das gestações e, em menor grau, ao planeamento familiar. Entretanto, posteriormente, a participação popular veio mostrar-se com bastante limitações, como veremos mais adiante.

Parágrafo 5. *“Que a racionalidade na utilização das estruturas hospitalares mais diferenciadas, tanto pela exigência de pessoal devidamente qualificado, como pelo apetrechamento apropriado, deve ser uma das preocupações do Estado, de modo a permitir uma intervenção adequada nos casos que ultrapassam o âmbito dos cuidados primários”.*

Com este parágrafo, a resolução punha em relevo a preocupação em promover a prestação integrada dos cuidados de saúde e um desenvolvimento equilibrado entre os aspectos curativos e preventivos, para evitar extremos. Nas condições concretas de Cabo Verde, a ênfase na medicina curativa levaria a uma concentração de recursos nos hospitais e manteria uma franja enorme da população alijada da atenção à saúde. Por outro lado, a promoção de cuidados preventivos sem uma retaguarda hospitalar, para tratar as situações que normalmente escapam ao controle da atenção primária ou que resultam da falha na aplicações destes, levaria os serviços ao descrédito, por não responderem às necessidades da população.

Parágrafo 6. *“Recomendar a valorização dos recursos humanos e o seu correcto enquadramento, de acordo com a nossa realidade nacional”.*

Finalmente, era preconizado um envolvimento particular da administração central com a **formação de recursos humanos** e com a criação de condições de trabalho adaptadas às condições concretas de Cabo Verde, dada a importância dos profissionais na materialização dos princípios da política de saúde.

Vale destacar que essas resoluções sobre as políticas de saúde incorporaram, também, as orientações e directrizes da Organização Mundial da Saúde.

Com efeito, as estratégias dos Cuidados Primários de Saúde/CPS da SPT/2000 discutidos no capítulo 3 encontraram um campo propício à sua implantação nos países que, como Cabo Verde, ascenderam à independência na sequência de uma luta de libertação preechida de objectivos sociais e onde os novos governos assumiram os princípios socialistas de organização social.

Tais estratégias, ao preconizarem a organização e o desenvolvimento de acções de grande impacto na situação de saúde, tiveram um papel fundamental na formação do sistema nacional de saúde cabo-verdiano. Urgia fazer face aos grandes problemas que prevaleciam, porque as autoridades coloniais tinham-se limitado a produzir serviços de saúde rudimentares pouco desenvolvidos e concentrados nas principais cidades e um sector privado igualmente pouco desenvolvido e inexpressivo, servindo uma camada média/alta nos principais aglomerados populacionais, que não atingia 3% dos habitantes (Carreira, 1978). Por outro lado, o reduzido número de médicos (Cabo Verde tinha 11 médicos no dia da Independência) não permitia desenvolver estratégias privilegiando as actividades curativas.

Durante o período de 1980-86, muitas iniciativas se efectivaram no domínio dos CPS sem, contudo, ter havido suficiente planificação, coordenação, controle e avaliação na implementação desta estratégia. Esta constatação levou à criação, em 1984, do Gabinete de Coordenação de Saúde Pública /GCSP, que veio melhorar a implementação dos cuidados primários.

OPERACIONALIZAÇÃO DOS PRINCÍPIOS

Objectivando uma apreciação do processo de implementação das políticas de saúde em Cabo Verde, durante a década de 80, classificamos os fundamentos norteadores desta política em **princípios políticos e técnicos**.

PRINCÍPIOS POLÍTICOS

Correspondem àqueles princípios intrínsecos ao próprio sistema político em vigor – a **natureza estatal**, a **tendência socializante** e o **carácter gratuito** do sistema de saúde.

Inscritos nos documentos fundamentais da República e nos objectivos do Partido no poder, eram tidos como *tabus* e, por isso, durante bastante tempo aceites sem grandes discussões. No nosso entender, esses princípios não sofreram, em tempo útil, adaptações às evoluções que foram ocorrendo nas relações sociais e de poder no interior do sector, produzindo desencontros que se reflectiram na estruturação do sistema de saúde na segunda metade dos anos 80.

As questões da **propriedade estatal** e da **gratuidade** na prestação de cuidados de saúde eram defendidas pelo Governo e pelo Partido como formas de garantir a socialização dos cuidados e a equidade no acesso aos serviços de saúde e contrabalançar as desigualdades regionais e sociais decorrentes dos factores naturais desfavoráveis e contextuais que abordamos no primeiro capítulo.

Comentaremos, em continuação, a estatização e a gratuidade em relação à medicina privada e à oferta e demanda de cuidados de saúde.

Um dos efeitos imediatos da política de **estatização** foi a abolição da prática de medicina privada, ainda em 1976, por acordo estabelecido entre o Ministério da Saúde e os médicos residentes. À data da independência existia no país um incipiente sector privado que se resumia a alguns consultórios pertencentes a médicos do quadro dos hospitais públicos e localizados nas duas principais cidades. O regime de dedicação exclusiva se aplicava apenas aos médicos exercendo funções de chefia (Vieira, 1989). Além disso, existiam duas clínicas privadas, ambas localizadas na cidade do Mindelo: uma clínica médica e cirúrgica, com leitos para internamento, e outra de odontologia, que se mantiveram abertas e em funcionamento

A permanência dessas clínicas representou uma flagrante excepção e se constituiu em argumento na reivindicação dos médicos pela liberação do exercício privado da medicina, com veremos mais à frente. Embora sendo expressão da fraqueza do sistema estatal, por estar em franca contradição com os seus princípios, a clínica dentária prestava um serviço de qualidade que as instituições oficiais não ofereciam pelo seu alto custo e por falta de recursos humanos e técnicos e constituiu durante muito tempo a única resposta organizada aos problemas odontológicos. De não menos importância era a boa aceitação que gozavam entre as camadas mais favorecidas da população.

Diríamos que a permanência destas clínicas ligadas ao sector privado resultou de um *compromisso tácito* do Governo com sectores das camadas média e alta, compromisso este dirigido para não perder quadros qualificados e não privar esses grupos de assistência qualificada para a época.

A aceitação da actividade privada exercida pelos enfermeiros – não era expressamente proibida nem, tão-pouco, foi reprimida – constituiu outra excepção ao princípio da estatização, que não foi resolvida pelas autoridades de saúde e que foi utilizada pelos médicos como argumento nas suas reivindicações.

O não exercício da medicina privada provocou, também, outras reacções entre os médicos, já no início da década de 80.

Do lado do Ministério da Saúde, no Governo e no Partido prevaleceu a ideia de não liberalizar o exercício da medicina. Isto porque, além de ferir um princípio político, traria como consequência imediata, ter-se-á pensado, o aumento da resistência à destinação de pessoal nas áreas periféricas, motivada pela atracção que os centros principais exerciam sobre os técnicos, oferecendo-lhes melhores condições de trabalho e de ganho fora do emprego principal.

Essa posição não mereceu uma discussão franca entre as autoridades de saúde e os médicos, tornando-se objecto de crescente contestação por parte destes profissionais, sobretudo na segunda metade da década de 80. A partir de 1987, as reivindicações tornaram-se mais intensas, sobretudo em S. Vicente, facto explicado por circunstâncias peculiares a essa ilha, onde havia o maior mercado médico privado do país até a sua abolição, em 1976 e que nos remete à cultura mais liberal da organização social de S. Vicente.

Conjecturamos não ter havido, também, do lado dos grupos profissionais, uma posição clara e firme para discutir a questão do exercício privado. Os argumentos apresentados justificaram-se mais na baixa remuneração do médico e no exercício de actividade privada por profissionais de outros ramos do que na necessidade de oferecer um serviço diferenciado a “clientes” com capacidade financeira para pagar e, raramente, na questão do direito ao exercício privado da medicina.

Esta última argumentação não foi abertamente defendida pelos médicos em Cabo Verde até 1988, talvez porque os defensores da prática privada queriam o exercício liberal da medicina sem pôr em risco seu emprego no Estado. Queriam melhores salários mas tinham consciência das limitações do mercado privado no país.

Contudo, no final da década assistiu-se à explosão de questões em torno dessa proibição. Na sequência, alguns médicos recusaram a transferência para a periferia e foram demitidos ou abandonaram o país. Outros desafiaram a proibição tentando abrir consultórios e outros, ainda, o fizeram clandestinamente, desencadeando o conflito que se vinha arrastando desde o início da década.

Do lado dos usuários também existiam pressões para a liberalização da medicina. A forma igualitária de oferta de serviços, no pressuposto de uma certa homogeneidade social da saúde – justificável, no início, pelo fraco nível do desenvolvimento socioeconómico – foi sendo contestada por sectores da sociedade, com o crescimento económico e a melhoria das condições sociais verificados no período pós-Independência, e que, então passaram a pressionar por um atendimento diferenciado. Por outro lado, a baixa incorporação de tecnologia avançada nos serviços hospitalares limitava a resposta aos anseios e necessidades dessas camadas.

Esses aspectos, mais as exigências de adaptação dos sectores de apoio ao processo de extroversão da economia cabo-verdiana, contribuíram para que em 1988, na decorrência das medidas liberalizadoras introduzidas no campo económico, fosse desencadeada uma discussão pública sobre o carácter estatal do sistema de saúde, que culminou com o reconhecimento da medicina privada como complementar ao serviço público.

Esse reconhecimento foi oficializado com a Lei de Bases de Saúde de 1989, cujo artigo 6º estatua: *“são reconhecidas a iniciativa privada e a cooperativa nas diversas áreas da prestação de cuidados de saúde, em complementaridade com o sector público de saúde nos termos que vierem a ser definidos na lei”* (ANP, 1989).

A abolição da prática privada teve o efeito positivo de permitir concentrar os poucos médicos (com as excepções referidas) numa única organização e aproveitar o envolvimento de todos os profissionais na tarefa inicial de combater os problemas mais prementes de saúde e de perseguir a utopia de alargar o direito à saúde a toda a população.

De início, a abolição da medicina privada resultou de um acto negociado com os actores cruciais para o desenvolvimento dos serviços médicos. Mas, posteriormente, faltou flexibilidade política para renegociar esse acordo e renovar a legitimidade. A administração sanitária partiu dos valores colectivistas dominantes no pensamento estratégico, esquecendo-se de certa forma do indivíduo, seus interesses, medos e anseios. Por outro lado, não atentou às mudanças nas relações de trabalho que iam ocorrendo em outras profissões liberais fora do sector, as quais foram tendo as suas actividades privadas legalizadas ou, ainda, às transformações sociais que criaram um ambiente de diferenciação de camadas sociais, em contradição com os princípios socialistas, reclamando por formas diferenciadas de atendimento.

A **gratuidade** revestiu-se de uma importância crucial na conformação inicial do sistema de saúde, ao propiciar na prática a aplicação de um princípio básico do sistema político, que era a justiça social. Além disso, o impacto sobre a oferta e a demanda de serviços contribuiu positivamente para a alteração do perfil epidemiológico.

Segundo a visão dos entrevistados, a gratuidade facilitou, sobretudo à população mais carente, o acesso aos cuidados de saúde, devido a: (a) o aumento da cobertura dos serviços; (b) a universalização dos cuidados, marcando nitidamente a diferença entre uma época e outra – a colonial e a pós-independência; (c) maior comunicação entre usuário e serviços, com consequente aumento do conhecimento dos cuidados primários de saúde e o desenvolvimento de uma certa consciência social do sistema de saúde.

Porém, na segunda metade da década de 1980, constatou-se que a gratuidade tinha também efeitos indesejados que contribuíam para limitar a introdução de melhorias na qualidade dos serviços. Nossos entrevistados apontaram como efeitos negativos: (a) os encargos crescentemente insustentáveis para as finanças públicas do Ministério da Saúde; (b) o desconhecimento dos custos da saúde por parte da população; (c) o aumento da demanda de serviços, provocando congestionamento, principalmente nos hospitais centrais; (d) o fomento de uma mentalidade assistencialista e de não co-responsabilização do público para com os cuidados de saúde; (e) a desvalorização do acto médico e da assistência medicamentosa; (f) a diminuição do interesse dos funcionários na ausência de estímulos financeiros; (g) a limitação da capacidade de desenvolvimento do próprio sistema de saúde.

No nosso ponto de vista, o discurso ideológico contido nos argumentos dos nossos entrevistados reflecte a opinião das organizações financeiras internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional) e não pode justificar que as populações despossuídas tenham o acesso limitado aos serviços de saúde nem, tão-pouco, esconder que o principal entrave à prática da gratuidade reside na escassez de recursos disponíveis que impede maior oferta de serviços.

Uma outra constatação foi que a gratuidade, por si só, não era suficiente para garantir a equidade na utilização dos serviços. Aliás, a questão da gratuidade *versus* não-gratuidade dos cuidados e de seus efeitos, tanto na organização dos sistemas de saúde quanto na situação de saúde, tem sido focalizada em diversas análises, de vários pontos de vista. Defensores da gratuidade alegam a necessidade de garantir a inclusão dos mais pobres nos esquemas de prestação

de cuidados de saúde com financiamento público, enquanto os opositores argumentam a favor da qualidade de atendimento.

Em Cabo Verde, essa discussão foi vivenciada nos finais da década de 1980, quando alguns dos efeitos negativos da gratuidade apontados acima se fizeram sentir com maior acuidade. Diante da escassez de recursos financeiros e dos custos crescentes, as autoridades de saúde enfrentaram o seguinte dilema: manter o princípio da gratuidade sem introduzir melhorias na qualidade e quantidade dos serviços ou fazer isto afectando a gratuidade com a alegação de que “alguém deve pagar a conta”.

O Ministério da Saúde chegou a optar por uma redução na oferta de serviços gratuitos com a aplicação da co-participação dos usuários, mas que não passou duma breve fase experimental. Com efeito, em 1988 o Governo preconizou a implantação de um sistema de co-pagamento com a finalidade de, por um lado, reprimir a demanda desnecessária, racionalizando a utilização dos bens e serviços e, por outro, aumentar as fontes de financiamento, através da arrecadação de verbas adicionais. Salvaguardando a isenção para as situações de doenças mais graves, teoricamente, o mecanismo de co-pagamento seria proporcional à renda familiar, procurando evitar que o efeito repressor da demanda recaísse sobre as camadas mais despossuídas, agravando as desigualdades sociais.

Ao lado dos protestos das camadas média/alta da população contra a baixa qualidade dos serviços, esse processo desencadeou reacções contrárias entre os estratos mais pobres, que viam perigar um dos benefícios conquistados. O processo de mudanças políticas, a partir de 1990, e a proximidade de eleições ajuntaram argumentos político-eleitorais que frearam a aplicação da co-participação.

PRINCÍPIOS TÉCNICOS

O segundo grupo inclui os princípios originários de critérios técnicos e relacionados mais especificamente à política de saúde *stricto sensu*. São eles: (i) a cobertura universal e descentralizada; (ii) a ênfase na prevenção da doença, na promoção da saúde e na prioridade a grupos mais vulneráveis; (iii) a integração dos cuidados; (iv) a articulação intersectorial e (v) a participação popular.

Este grupo de princípios, ao contrário dos ditos políticos, estão referidos nos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, e foi objecto de discus-

sões e análises nos diversos encontros realizados, principalmente nas reuniões anuais com participação de todos os responsáveis nacionais, destinados a traçar os planos de acção e as directrizes para o sector¹³.

No cômputo geral e como complemento dos princípios políticos, a implementação dos princípios técnicos contribuiu para a existência de uma prática efectiva de cuidados primários com resultados globalmente positivos.

A **descentralização** se constituiu no fundamento para a extensão da cobertura dos cuidados a toda a população. Desenvolvida em torno da Delegacia de Saúde, como unidade básica do sistema – cujo conceito se sobrepõe ao de distrito sanitário – o processo de descentralização abarcou três dimensões: a territorial; a distribuição de recursos; e a delegação de responsabilidades.

A dimensão territorial, prioritariamente, obedeceu a critérios ligados a: espaços naturalmente delimitados, resultantes da configuração geográfica de Cabo Verde; aspectos demográficos; e divisão administrativa do país.

Com base nesses critérios o país foi dividido em treze áreas de administração sanitária, implantadas nos municípios (à excepção da Ribeira Grande e Paúl, em Santo Antão, que constituíam uma única Delegacia de Saúde). Portanto, a cada ilha correspondia um distrito sanitário, salvo para as de Santo Antão e a de Santiago, que possuíam dois e quatro, respectivamente. A população circunscrita a cada delegacia apresenta diferenças marcantes, variando entre menos de cinco mil a quase 90 mil habitantes. Essa variação teve reflexos na organização dos serviços.

A distribuição de recursos, gerida centralmente no tocante aos recursos humanos e financeiros, teve como orientação dar um tratamento territorial homogéneo.

Para tal, foi definida uma estrutura básica de serviço em nível de cada Delegacia de Saúde, constituída por três escalões – Hospital Regional ou Centro de Saúde, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base – de acordo com os seguintes aspectos: (a) o distrito foi equipado com uma estrutura central – Hospital Local/Centro de Saúde (terminologia variável até 1985); (b) as ilhas maiores (ou mais populosas) ganharam uma estrutura mais complexa – Hospital Regional; (c) a rede de postos sanitários foi dotada de recursos humanos e materiais e melhorada no seu funcionamento; (d) todos os distritos passaram a dispor de uma rede de unidades básicas periféricas; (e) as povoações dispersas

13 Reuniões Alargadas Anuais do MSAS, entre 1981 e 1983; Encontros Nacionais de Delegados de Saúde, de 1985 a 1989.

tiveram a cobertura garantida através de serviços móveis (entre 1974-76, com actividades curativas e preventivas, posteriormente limitando-se aos serviços de Saúde Materno-Infantil e controle das doenças endémicas); (f) o abastecimento em medicamentos essenciais foi assegurado pela empresa estatal de produtos farmacêuticos¹⁴ através da produção nacional ou da importação.

Quanto à delegação de responsabilidades, as orientações da política foram no sentido de criar um poder técnico-administrativo com autonomia para a gestão local das acções de saúde.

O Delegado de Saúde, enquanto representante do Ministério da Saúde, deveria executar na gestão local de recursos humanos e financeiros as directrizes traçadas centralmente. Ao mesmo tempo, dispunha de autonomia suficiente para actuar, enquanto líder de uma equipe distrital de saúde, que lhe permitia formular e executar actividades locais. Mas nem sempre foi possível encontrar um equilíbrio entre essas duas linhas, tendo muitas vezes prevalecido uma ou outra, em função do estilo pessoal do Delegado de Saúde.

Esta organização em que se embasou a descentralização, considerada adequada do ponto de vista da racionalidade técnica, apresentou problemas não previstos inicialmente, em parte resultantes da falta de experiência dos quadros técnicos e da carência de recursos materiais.

O primeiro confronto foi com critérios políticos definidos fora do sector. Assistiu-se a uma certa pressão das autoridades político-administrativas sobre o Ministério da Saúde para a criação de Delegacias de Saúde coincidindo com a área administrativa, como uma forma de afirmação da autonomia do município, sem considerar os efeitos nefastos resultantes da fragmentação.

Por outro lado, as várias excepções que apontamos ao descrever a organização, deixaram transparecer as dificuldades na materialização do esquema organizativo, sobretudo na aplicação do critério de homogeneidade em um território naturalmente muito diferenciado, de acordo com opinião dos nossos entrevistados:

a) A criação das delegacias de saúde coincidindo com a divisão administrativa nem sempre produziu um distrito sanitário racional, do ponto de vista funcional. Em alguns casos, levou ao desenvolvimento de estruturas próximas umas das outras, funcionando abaixo do padrão definido para o seu nível, como os chamados Hospitais Locais ou Centros de Saúde, para os quais não foi possível alocar recursos – humanos, téc-

¹⁴ EMPROFAC, Empresa Pública de Produtos Farmacêuticos, criada em 1976

nicos e financeiros – suficientes para que pudessem oferecer todos os tipos de serviço esperados para esse escalão. O alargamento do *locus* da descentralização, nestas circunstâncias, produziu uma pulverização dos recursos disponíveis e teve como resultado o aumento da extensão de rede em detrimento da qualidade dos serviços prestados. Ressaltamos que a insularidade complicou a operacionalização dos critérios nas ilhas pequenas, por exemplo, com população inferior a 5.000 habitantes, onde os princípios enunciados e seguidos tornaram obrigatória a implantação de uma unidade minimamente capacitada para atender a essa população, criando, por isso, serviços com baixos níveis de produtividade.

b) A implantação dos serviços móveis e programas verticais na ilha de Santiago não conseguiu alcançar o nível de cobertura e nem a qualidade de serviços experimentados no grupo das ilhas de Barlavento, ocasionando diferenças regionais na rede assistencial. A organização dos serviços de saúde em Santiago – a maior ilha, com metade da população do país – foi em torno do Hospital da Praia, com efeitos negativos na cobertura. Criou-se uma rede de serviços de malha larga, que precisou de algum tempo para ser melhorada, que reflectia a estrutura herdada do período colonial e a prevalência da mentalidade curativa nos técnicos e na população.

c) Razões, muitas delas ligadas ao financiamento externo, determinaram a criação de projectos verticais que brigaram com a organização descentralizada nas Delegacias de Saúde, resultando em baixa eficiência das acções quando a equipa local não era devidamente envolvida.

d) A rede periférica de unidades sanitárias de base foi suficientemente densa, mas não produziu os resultados que deveria, principalmente por não ter sido devidamente supervisionada.

e) A subutilização de boa parte dos enfermeiros colocados na periferia do sistema e a sua fraca formação em saúde pública os tornaram desmotivados e pouco produtivos, criando problemas no atendimento às populações.

f) A não diferenciação entre os Delegados de Saúde, que tinham o mesmo nível hierárquico quer se tratasse de um único médico numa ilha de 4 ou 5 mil habitantes, ou do chefe de um distrito sanitário nos concelhos maiores, produziu conflitos de poder com reflexos nas actividades de saúde pública. Acrescentamos, a este aspecto, a ausência de uma carreira de saúde pública definida, não estimulando a criação de um quadro estável de pessoal técnico nessa área. Estes factores provocaram uma descontinuidade nas acções locais com a frequente troca dos Delegados de Saúde e colocação de médicos inexperientes em gestão. Outros encararam o desempenho destas funções como uma actividade transitória, no percurso para o trabalho hospitalar.

A gestão centralizada dos recursos humanos e financeiros permitiu uma maior equidade regional na sua distribuição, mas também limitou a capacidade de intervenção dos Delegados de Saúde. Por exemplo, na elaboração do orçamento, onde prevaleceram normas pré-estabelecidas, vindas da pesada burocracia colonial, que nem sempre atendiam às peculiaridades locais ditadas pelas necessidades de saúde da população.

Tentativas para minorar esses problemas surgidos com a descentralização foram escassas e pouco ousadas. Por exemplo, a nomeação de um delegado-coordenador das Delegacias de Saúde da ilha de Santo Antão, em 1983, representou uma primeira iniciativa para a criação de um distrito mais operacional, mas não teve continuidade. Também não foram implementadas as sugestões dos “Subsídios para uma Carta Sanitária” (Carvalho & Loreti, 1987), no sentido de redefinir os distritos sanitários, agrupando algumas das actuais delegacias em função dos fluxos populacionais, visando uma maior acessibilidade.

Do nosso ponto de vista, o município serviu bem como a unidade básica racional para o processo de descentralização, mas a experiência vivida em Cabo Verde nos mostrou que, em alguns casos, os critérios usados para a divisão administrativa não se mostraram funcionais para a organização dos serviços de saúde. Outros critérios teriam recomendado o agrupamento de algumas delegacias de saúde próximas, tornando-as mais racionais e úteis. Aliás, havia exemplos de outros departamentos estatais que tinham delegações funcionais cobrindo mais de um concelho.

Acreditamos que a visão política prevaleceu sobre a técnico-funcional na constituição de algumas delegacias. O exemplo mais recente data de 1991,

quando se deu a divisão da Delegacia que cobria os municípios de Ribeira Grande e de Paúl, em Santo Antão, no calor das mudanças políticas já relatadas.

A ênfase na **orientação preventiva e profilática** constituiu a espinha dorsal dos serviços de saúde, na época e foi a aplicação desse princípio que também possibilitou alguns resultados positivos que discutiremos mais adiante.

A **integração dos cuidados de saúde** foi implementada na maioria das delegacias de saúde, nas quais foi possível manter sob direcção única os serviços curativos e preventivos. Isto porque diminuíram os conflitos de poder administrativo em nível da direcção, apesar de resistências exercidas pelos profissionais, particularmente médicos com uma formação predominantemente assistencial e hospitalar.

Os principais problemas de articulação de actividades surgiram nas cidades da Praia e do Mindelo. A dualidade de poder sanitário nessas duas cidades, devido à existência dos Hospitais Centrais e das Delegacias de Saúde com direcções autónomas favoreceu o choque entre a vertente assistencialista e a de saúde pública, criando dificuldades na integração dos cuidados, ao contrário do que acontecia nas outras Delegacias.

Para tal, concorreram vários aspectos que comprometeram a complementaridade entre esses dois níveis de prestação de serviços: o papel tradicional desses hospitais na oferta de serviços; a demora na reestruturação das respectivas delegacias de saúde numa perspectiva da política de CPS que as transformasse de serviços administrativos passivos, com funções predominantes de vigilância sanitária, em serviços de saúde pública e a ausência de estratégias apropriadas para fazer face à pobreza urbana.

Quando se iniciou a reforma dessas Delegacias, o diálogo entre estas instituições e os Hospitais Centrais foi timidamente assumido e, em vez de complementaridade entre eles na prestação de cuidados, passou a haver uma disputa de poder, com reflexos negativos na satisfação das necessidades de saúde da população urbana.

Questões organizativas, também, perturbaram o relacionamento entre o nível mais diferenciado e os outros níveis do sistema. O estabelecimento de sistemas de referência de pacientes não progrediu por causa do deficiente diálogo referido. Além disso, os modelos teóricos criados, muitas vezes não se fizeram acompanhar de medidas práticas favorecedoras da articulação, como a definição de protocolos e fluxogramas de atendimento às patologias mais frequentes.

Resultou que as funções de referência desses hospitais e o apoio que

deveriam prestar às outras instituições menos complexas ficaram comprometidos. A questão essencial era, no nosso entender, a disputa por recursos escassos de toda espécie, quer em quantidade quer em qualidade, o que atingia também os Hospitais Centrais.

A **articulação intersectorial** necessária para desenvolver as actividades propostas pela estratégia dos CPS, contou com a contribuição de vários departamentos estatais.

Os serviços de saúde desempenharam um papel activo, contribuindo com elementos específicos às actividades médicas – saúde materno-infantil, imunização, controle das doenças endémicas, abastecimento de medicamentos essenciais. Outras intervenções se deram nos domínios de educação para a saúde, nutrição, água e saneamento do meio ambiente.

A educação para a saúde sempre foi difícil de se organizar, por falta de quadros adequadamente formados e capazes de desenvolver mensagens adaptadas às prioridades e à cultura da população. Talvez, por isso, tenha faltado apoio dos profissionais de saúde para melhor rentabilizar a contribuição da educação escolar e extra-escolar na difusão das mensagens de saúde.

Foi nos aspectos da nutrição e da segurança alimentar onde certamente houve maior articulação da acção de diferentes departamentos estatais: a Empresa Pública de Abastecimentos-EMPA, através da aquisição, stocagem e distribuição de alimentos; o Ministério de Desenvolvimento Rural-MDR e o Ministério de Obras Públicas-MOP, pelo volume de mão-de-obra empregada, formaram as estruturas mais fortes e importantes para a sobrevivência e para o estado nutricional, sobretudo da população rural.

A intersectorialidade existiu, também, em outros níveis, principalmente com as organizações de representação comunitária e no ramo tradicional do sistema de saúde – parteiras “curiosas” e curandeiros.

O grau de articulação alcançado entre os CPS e as parteiras tradicionais não foi uniforme entre as Delegacias de Saúde, mas onde foi incentivada parece ter tido uma influência positiva na redução da mortalidade infantil.

Já a relação do sistema formal com os curandeiros foi dominada pelos preconceitos dos médicos e do restante do pessoal de saúde, resultando em um clima de hostilidade. Entretanto, em alguns casos pontuais, onde se pôde estabelecer uma boa relação, esta se mostrou importante no controle de alguns problemas de saúde como, por exemplo o encaminhamento oportuno para os serviços de saúde de crianças desidratadas por doenças diarreicas.

Do nosso ponto de vista, a intersectorialidade compensou parte da fraqueza relativa dos serviços de saúde, não obstante as barreiras à articulação institucional, em particular a exagerada compartimentação e autonomia dos diversos departamentos governamentais e a burocracia pesada, que impediram melhores resultados de uma acção conjunta.

A **adaptação da oferta de serviços às condições de saúde e ao estilo de vida das populações** foi um princípio seguido no início da década, quando ainda em fase de ampliação rápida da rede, mas no final da década se havia perdido parte dessa flexibilidade. No entanto, o acesso a cuidados básicos de saúde foi bastante melhorado com a criação das Unidades Sanitárias de Base-USB e através da actuação das equipas móveis, particularmente as do PMI/PF, que quase sempre conseguiram responder às demandas mesmo em regiões adversas. Esta resposta pronta esteve mais directamente relacionada à capacidade das equipas de desenvolver estratégias e tecnologias localmente adaptadas do que às características do acesso geográfico.

Embora, no seu fundamento, a **participação popular** seja enunciada como um princípio político-ideológico, preferimos abordá-la aqui devido ao facto de que a sua operacionalização é imbuída de muitos aspectos técnicos.

Considera-se que foi o princípio vinculado à proposta dos CPS que menos foi seguido em Cabo Verde, com prejuízos para o desenvolvimento do sistema de saúde.

As atitudes autoritárias e distantes da população por parte de funcionários não propiciaram uma relação serviço-usuário adequada à nova visão de saúde e desestimularam a participação comunitária.

A população se limitou, na época, a participar das actividades de saúde ligadas a campanhas sanitárias contra situações específicas (p. ex.: doenças diarreicas), nos trabalhos gratuitos para a construção de estruturas de base, a responder à mobilização para actuação das equipas móveis de saúde (p. ex.: PMI/PF) dentre outras actividades de menor importância, não se tendo verificado, por exemplo, a participação de representantes da população em fases de identificação de problemas, de escolha de prioridades, identificação de estratégias ou de avaliação.

Causas ligadas a aspectos tradicionais da cultura popular – crenças nas causas “sobrenaturais das doenças” ou nos “remédios místicos” – ou problemas resultantes da ignorância e do analfabetismo, como a fraca percepção das mensagens, certamente, contribuíram para a fraca participação, sem esquecer,

também, uma carência do nível de entendimento e preparo dos profissionais de saúde. Por outro lado, não houve actuação por parte do Estado para estimular essa participação. Identificam-se atitudes gerais da administração que corroboram essa nossa afirmativa: o planeamento, tradicionalmente, de gabinete; a auto-avaliação, rara e não publicada para permitir uma participação crítica e activa; as organizações não-governamentais nacionais/ONG (p. ex. Cruz Vermelha) continuaram dependentes do Estado e apegadas às tradições coloniais.

Apesar dos avanços conseguidos, devemos reconhecer que, ao final da década de 1980, o sistema de saúde do país havia incorporado debilmente alguns dos princípios que deveriam constituir a sua espinha dorsal. A falta de discussão dos princípios políticos, nomeadamente com os actores cruciais ao sistema, diminuiu a legitimidade para a implantação das políticas de saúde e o impacto pretendido com estatização dos serviços e a gratuidade.

Por sua vez, a aplicação os princípios técnicos enfrentou vários obstáculos, entre os quais se aponta a rigidez da burocracia herdada da dominação portuguesa que dificultou a adopção de novos objectivos institucionais e a escassa disponibilidade de recursos, com destaque para os humanos, para fazer face à necessidade de saúde da população.

4.2 - ESTRUTURA DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Em 1975, a organização do sector saúde em Cabo Verde era típica dos sistemas de medicina colonial, os quais, no dizer de Milton Roemer (1988) *“eram destinados a proteger os colonos europeus e as forças militares enviadas para ocupar a colónia, só lentamente se estendendo aos indígenas. Estes sistemas apenas arranhavam a superfície de enormes problemas sanitários dos trópicos, mas davam uma norma de serviços de saúde perfeitamente organizados.”*

Os serviços de saúde da era colonial estavam organizados em torno dos hospitais. Contavam com médicos e demais profissionais em número reduzido e concentrados nos centros urbanos, ficando descoberta a maior parte da população rural e aquela vivendo nas ilhas de menor interesse para a estratégia colonial. Essas populações receberam cuidados de saúde prestados por enfermeiros trabalhando em postos sanitários e, ocasionalmente, através de visitas médicas itinerantes.

Foram iniciadas campanhas sanitárias, com a criação da Missão Permanente de Estudo e Combate de Endemias de Cabo Verde, pelo Decreto nº 40.077 de

Março de 1955, transformada em 1963, na Missão para a Erradicação do Paludismo. Visavam combater e evitar doenças infecto-contagiosas como a malária, a ancilostomíase, a filarias, a lepra, a tuberculose e a varíola (Vieira, 1990).

Uma das consequências do rompimento com o sistema colonial, após a proclamação da Independência foi, a redução do pessoal sanitário, devido à partida de quadros técnicos, entre eles médicos portugueses e alguns poucos cabo-verdianos que não “abraçaram” a causa ou estiveram em desacordo com a condução do processo da independência. Pouco tempo depois, essa redução foi compensada com a chegada de alguns médicos e outro pessoal de saúde através da cooperação internacional e o regresso de médicos cabo-verdianos que se encontravam em formação no exterior.

Durante os dois ou três primeiros anos a oferta de cuidados se deu através dos serviços hospitalares existentes e de campanhas direccionadas para as situações de grande impacto: vacinações, luta contra as doenças diarreicas, atendimento em equipas móveis, ao mesmo tempo que eram criadas condições para estender a rede de serviços.

A situação de saúde da população e os ideais nacionalistas impulsionaram o Estado de Cabo Verde a assumir o Sistema Nacional de Saúde e a mobilizar todos os recursos humanos e materiais em amplos programas nacionais, organizados sob a direcção do Ministério da Saúde.

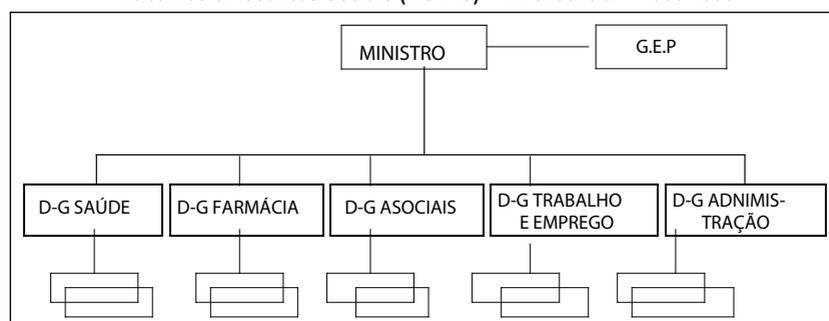
ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Na estrutura orgânica do Governo foi criado, em 1975, o Ministério da Saúde e Assuntos Sociais-MSAS, integrando os sectores encarregados de definir e assegurar a execução das políticas de saúde e da promoção e assistência sociais. A partir de 1985 o Ministério passou a designar-se da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais-MSTAS, com a junção do departamento encarregado de definir e conduzir a política do trabalho e emprego. Porém, na sequência do processo de mudanças políticas ocorridas em 1991, iniciou-se um processo de desmembramento dos departamentos que o constituíam, dando origem primeiro ao Ministério da Saúde e Promoção Social-MSPS e, mais tarde, ao Ministério da Saúde-MS.

O Ministério da Saúde constituiu-se numa instituição racional, que progressivamente foi melhorando seu nível técnico, com uma clara divisão de fun-

ções e a incorporação de modelos organizacionais já testados. A organização dos serviços se fez, essencialmente, em dois níveis: o **central** e o **periférico**. O nível intermediário, que estaria representado pelas Direcções Regionais de Barlavento e de Sotavento, além de pouco funcional, foi inviabilizado por questões ligadas à descentralização do poder e pelas condições naturais do país – que dificultam as comunicações – e, por isso, eliminado da estrutura do Ministério da Saúde.

Quadro 4: Organograma do Ministério da Saúde, Trabalhos e Assuntos Sociais (MSTAS) – Nível central – 1985-1990



Representado pela estrutura do Ministério, comportava os seguintes órgãos:

- **O Ministro** – primeiro responsável pela formulação e implementação das políticas de saúde, exercia a coordenação das diversas direcções-gerais que compunham o Ministério. Até 1985, existiu a figura do Secretário-Geral que intermediava entre o Ministro e os Directores-Gerais. Mas, a partir dessa data, o Ministro passou a exercer a coordenação directa, suprimindo-se a figura do Secretário-Geral.

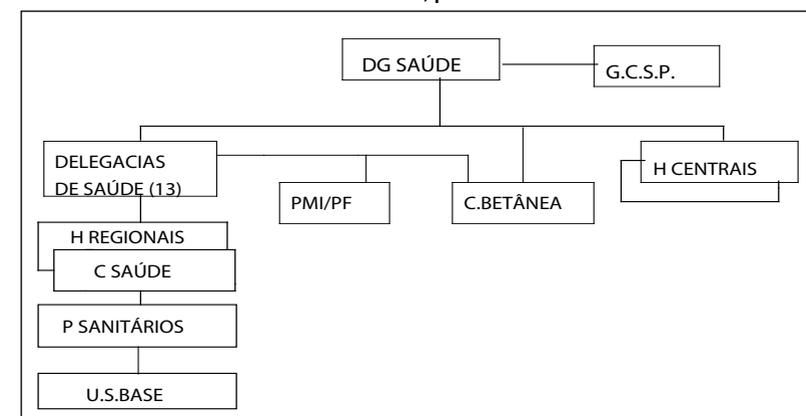
- **O Gabinete de Estudos e Planeamento (GEP)** – órgão de assessoria do Ministro, com responsabilidades no tocante a estudo, análise, coordenação e apoio técnico nos domínios de planeamento, cooperação, estatísticas e informação científica e técnica, referentes a todos os órgãos do Ministério.

- **A Direcção-Geral dos Assuntos Sociais (DGAS)** – com funções dirigidas aos “grupos vulneráveis”, de promoção social e de desenvolvimento local, desempenhou um papel de relevo nas actividades de promoção da saúde junto às comunidades, constituindo-se num importante parceiro dos serviços de saúde. Entretanto, os órgãos do escalão central directamente responsáveis pelos serviços de saúde eram as Direcções-gerais de Farmácia e de Saúde.

- **A Direcção-Geral de Farmácia (DGF)** responde pela execução da política farmacêutica e pela elaboração de propostas de legislação na área. Tem, ainda, o encargo de: (a) assegurar o abastecimento em medicamentos e produtos farmacêuticos a todos os serviços da rede pública, através da gestão dos estabelecimentos – Depósito Nacional de Medicamentos, Depósito Regional de Medicamentos de Barlavento, Farmácias do Estado da Praia e do Mindelo; (b) controlar, através do Laboratório de Controle de Qualidade de Medicamentos, os fármacos produzidos no país ou importados pela Empresa Estatal de Produtos Farmacêuticos-EMPROFAC¹⁵. Nas delegacias de saúde, excluindo as da Praia e do Mindelo, a gestão dos medicamentos e produtos farmacêuticos é feito pelo Delegado de Saúde, sob controle, à distância, dos Depósitos Regionais.

- **A Direcção-Geral de Saúde (DGS)** – com uma função crucial no funcionamento dos serviços, é o órgão encarregado de assegurar a execução das políticas de saúde em nível nacional, através das acções preventivas e da actividade hospitalar. Para isso, coordena as instituições organizadas no âmbito das Delegacias de Saúde, que constituem o nível periférico ou local do sistema, e os Hospitais Centrais (Quadro 5).

Quadro 5: Organograma da Direcção-Geral da Saúde, 1984-1990 Nível local, periférico



Além disso, a DGS possuía, desde Novembro de 1984, um órgão de assessoria – o Gabinete de Coordenação de Saúde Pública/GCSP – na definição de prioridades nacionais, na formulação de programas e na supervisão das acções de saúde descentralizadas.

¹⁵ Esta empresa foi criada dentro do Ministério da Saúde mas, no decorrer do 3º Governo (1985-90) passou a depender do Ministério da Economia e Finanças, como as outras estatais.

A partir de 1991, o GCSP foi retirado da estrutura orgânica da DGS, resultando na centralização dessas funções no director-geral. Na sequência, houve a transformação dos programas que compunham esse órgão em divisões autónomas: epidemiologia e investigação; protecção materno-infantil e nutrição; educação para a saúde e saúde escolar; doenças infecciosas e meio ambiente; saúde mental; assuntos hospitalares (MSPS, 1991).

Pelo papel desempenhado pelo GCSP na execução descentralizada das actividades de saúde e pela importância basilar dos CPS na formulação e desenvolvimento do SNS, consideramos que a fragmentação desta estrutura coordenadora da DGS cria problemas sérios para a manutenção do nível de saúde alcançado.

Nível local ou periférico: as **Delegacias de Saúde** são os órgãos da administração sanitária responsáveis pela execução local da política de saúde e unidades fundamentais para o processo de descentralização.

Sob a direcção do Delegado de Saúde, por vezes o único médico na ilha, a Delegacia de Saúde presta cuidados integrados, através de todas as instituições localizadas na sua área de actuação que exercem as seguintes funções:

- ◆ Cuidados curativos ambulatoriais, exames complementares e internamento de situações não exigindo cuidados especiais;
- ◆ Atendimento aos doentes crónicos;
- ◆ Vigilância sanitária;
- ◆ Desenvolvimento de programas preventivos e promocionais:
 - (a) Protecção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF);
 - (b) Programa Alargado de Vacinações (PAV);
 - (c) Educação para a Saúde (EpS);
 - (d) Saúde Mental;
 - (e) Doenças Sexualmente Transmitidas (DST), incluindo a SIDA/AIDS.

Coincidindo com a opinião dos entrevistados, defendemos que a organização do Ministério, seguindo um esquema tradicional na Região Africana, foi correcta e suficiente para a época. Viu o seu papel reforçado pelo facto de ter reunido as áreas social e da saúde, o que, certamente, contribuiu para que a materialização do conceito de saúde ganhasse uma dimensão mais ampla e facilitasse a execução das actividades.

Todavia, por causa das características geográficas do país, da não disponibilidade de recursos suficientes e da in experiência na gestão de siste-

mas de saúde dos poucos quadros existentes, a criação do aparelho produtor de serviços ensejou resultados muitas vezes contraditórios com os princípios adoptados como por exemplo: a adopção de programas verticais propensos a criar “ministérios dentro do ministério”, mas que foram efectivos nas suas áreas de actuação (PMI/PF, Combate à Lepra, SIDA); a dissociação entre, por um lado, a administração financeira, extremamente centralizada e carregando a influência da pesada tradição burocrática colonial e, por outro, a gestão descentralizada das acções de saúde introduzida com os Cuidados Primários.

GESTÃO

Como vimos no capítulo 2, o planeamento central foi adoptado para o estabelecimento de prioridades, a consignação de recursos e a execução das actividades em função das necessidades do país.

No sector saúde, o planeamento constituiu um processo gradual dentro do desenvolvimento do sistema, adquirindo na prática um carácter normativo, impulsionado pela preocupação dominante de expandir a rede de serviços, melhorar a capacidade de gestão do sistema e diversificar as acções de saúde.

Em 1976, numa primeira tentativa de se criar instrumentos de planeamento, foram elaboradas normas técnicas baseadas em padrões internacionais. Foram estabelecidas taxas médias, com base populacional, para orientar a distribuição dos recursos de forma a ampliar a cobertura. As previsões foram excessivamente optimistas, pois a aplicação dessa política encontrou muitos obstáculos, resultando num processo de construção da rede sanitária e de extensão da oferta de serviços mais lento do que o desejado.

As primeiras acções do Ministério de Saúde e Assuntos Sociais tiveram altas doses de organização, dirigidas para a execução de tarefas urgentes para solucionar problemas imediatos. Isto fez surgir mecanismos tecnicamente essenciais em tempo de crise, como a implantação de programas verticais e outras formas próprias de planeamento imperativo.

A integração do sector saúde no I PND deu-se no pressuposto de que *“consciente da importância do nível de saúde de um povo como indicador de progresso, o Estado de Cabo Verde considera o sector de saúde como parte integrante de um desenvolvimento que tem por objectivo a satisfação das necessidades da população”* (MSAS, 1982).

A estratégia escolhida nessa época, constante do texto do sector saúde para o I PND, assentava no “*alargamento da cobertura dos serviços, pondo maior relevo nos aspectos preventivos e dirigindo os esforços fundamentalmente aos grupos de população considerados em risco*” (MSAS, 1982). Para isso, esse texto destacou o aumento da oferta de serviços de saúde durante o período 1982-85; a limitação do número de serviços ou programas verticais; e a concentração das acções em unidade de saúde integradas, numa clara sintonia com as orientações provenientes da estratégia de Saúde para Todos até o ano 2000-SPT/2000. Uma outra orientação foi a de intensificar as acções de formação de recursos humanos, num esforço para dotar o sistema nacional de saúde de quadros capacitados.

As estratégias para o sector saúde, na decorrência do II PND (1986-90), continuaram sendo as mesmas do I PND, corrigidas pelos ensinamentos ganhos com a execução deste. Foram, também, influenciadas pela permanência ou agravamento de condicionantes externos, com repercussão directa tanto na situação de saúde como nas actividades do sistema, a saber: a estrutura da população predominantemente jovem; o nível de desenvolvimento económico, limitando a disponibilidade de recursos e o desenvolvimento do próprio sistema, ainda insuficiente para responder aos problemas prioritários.

No sector saúde iniciou-se, a partir de 1981, um processo de programação anual, de âmbito nacional, com a participação dos Delegados de Saúde e dos Directores dos hospitais e de programas nacionais, num processo de detalhamento do plano e incorporação das necessidades locais dos serviços. A descentralização das actividades para as instâncias locais teve um incremento a partir de 1984, com a criação do Gabinete de Coordenação de Saúde Pública-GCSP, que passou a dispensar alguma supervisão e apoio técnico à planificação local.

A gestão planeada das acções de saúde foi um factor de êxito, apesar dos resultados não terem sido os melhores. A tradução do esforço monumental de criar as bases institucionais através de um processo racional de planeamento se materializou na edificação de uma rede de serviços que a seguir descrevemos.

RECURSOS FÍSICOS

As instituições que asseguraram a prestação de cuidados de saúde à população cabo-verdiana sofreram uma evolução no número e na capacidade técnica instalada, cuja distribuição pelos municípios apresentamos na Tabela 13.

A localização dessa rede de serviços em cada delegacia obedeceu, por um lado, à necessidade de aproveitar as estruturas existentes e, por outro, procurou ir ao encontro do objectivo de criar uma rede assistencial e promocional – com níveis diferentes de complexidade e com hierarquia de funções – que cobrisse todo o território. Para isso foram adoptados, fundamentalmente, critérios demográficos (concentração da população e seus fluxos migratórios) e de acessibilidade.

Tabela 13 - CABO VERDE: Distribuição das instituições de saúde, por municípios, 1981 e 1990

ILHAS	MUNICÍPIOS	INSTITUIÇÕES DE SAÚDE - 1981						INSTITUIÇÕES DE SAÚDE - 1990					
		HC	HR	CS	PS	PMI/ PF	USB	HC	HR	CS	PS	PMI/ PF	USB
SANTO ANTÃO	Rª Grande		1		2	1	3		1		3	1	4
	Paúl				2	1	1				2	1	2
	Porto Novo			1	3		2			1	3	1	4
S.VICENTE	S. Vicente	1				1	4	1		1	2	1	2
S.NICOLAU	S. Nicolau			1	2	1	1			1	3	1	6
SAL	Sal			1	1	1	2			1	1	1	2
BOAVISTA	Boa Vista				2	1	2			1	1	1	4
SANTIAGO	Praia	1			4		4	1		3	2	3	6
	Santa Cruz				2		3			1	1	1	6
	S. Catarina		1		3		2		1		3	1	5
	Tarrafal				2		2			1	1	1	5
MAIO	Maio				2					1	1	1	1
FOGO	Fogo		1		3		1		1		3	2	6
BRAVA	Brava			1	2		2			1	1	1	2
CABO VERDE		2	3	4	30	6	29	2	3	12	27	17	55

Fonte: MPC, 1989; MSPS, 1991

Legenda: HC =Hospital Central; HR =Hospital Regional; CS =Centro de Saúde; PS =Posto Sanitário; PMI/PF =Protecção Materno/Infantil e Planeamento Familiar; USB = Unidade Sanitária de Base

O critério epidemiológico talvez tenha tido menor peso em relação ao geográfico na configuração da rede, pela distribuição quase homogénea dos problemas de saúde entre as diferentes ilhas. No entanto, algumas situações específicas teriam influenciado, por exemplo, a instalação, na ilha do Fogo, de uma unidade hospitalar especializada em tratamento da hanseníase, a “Casa Betânea”¹⁶, por ser a ilha onde se registou maior prevalência dessa situação clínica e das suas sequelas. ou, ainda, a implantação, em Santiago, dos serviços de combate ao paludismo, onde a população estava exposta a um maior risco.

16 Em funcionamento desde a era colonial.

A rede nacional de saúde comportava as seguintes instituições, apresentadas em ordem decrescentes da sua complexidade, que evoluíram entre 1975 e 1990 a partir da situação herdada, como mostra a Tabela 14:

Tabela 14 - CABO VERDE: Evolução das instituições de saúde, 1975 -1990

Instituições	1975(a)	1980	1985	1990
Hospital Central	2	2	2	2
Hospital Regional	1	3	3	3
Centro de Saúde	6	4	6	12
Unidade da PMI/PF	0	6	17	17
Postos Sanitários	27	30	34	29
Unidades Sanitárias de Base	0	29	33	55
Hosp. "espec." Casa Betânia	1	1	1	1

Fonte: MSTAS, 1990 ; ^(a) MSTAS, 1986,

1- Hospitais Centrais (HC): São os serviços mais diferenciados do país, que prestam cuidados especializados; servem de referência nacional e prestam apoio técnico às outras instituições de menor complexidade.

Existem dois HC no país: um localizado na cidade do Mindelo, servindo de referência, prioritariamente, ao grupo de ilhas de Barlavento, e outro na Praia, para as restantes ilhas do grupo de Sotavento. Cada um possui uma direcção própria, autónoma, na dependência do Director-geral de Saúde, no mesmo nível hierárquico que o Delegado de Saúde.

Em termos de estrutura física, há uma grande diferença entre os dois. O Hospital da Praia possui uma estrutura centenária, apresentando problemas de divisão de espaço e de circulação que restringem a sua funcionalidade, apesar das inúmeras remodelações arquitectónicas que vem sofrendo. O Hospital de S. Vicente funciona desde 1982 em novas instalações inauguradas após a independência, que não apresentam os graves problemas apontados para o seu congénere da Praia.

Essas modificações na estrutura física e a dotação de recursos humanos e técnicos ampliaram a capacidade de resposta dessas instituições. Em 1987, por exemplo, os dois HC ofereciam 61% dos leitos hospitalares disponíveis no país (MPC, 1989).

2 - Hospitais Regionais (HR) / Centros de Saúde (CS): Tanto a criação como a estruturação destes HR/CS foram incrementadas durante a Primeira República, tendo alguns HR resultado da transformação de CS.

São instituições de menor porte, funcionando como unidades de prestação de assistência médica na área de cada delegacia. Embora com uma organização funcional semelhante, a tendência foi de os Hospitais Regionais se constituírem em um escalão intermediário, diferenciando-se dos Centros de Saúde pela maior complexidade em recursos humanos e materiais, com reflexos na capacidade de tratamento. Essa diferenciação foi, fundamentalmente, em função do número da população que servem, e do apoio que prestam às instituições menores situadas na área.

A partir de 1985, foi possível instalar, em todas as Delegacias de Saúde, laboratórios de análises clínicas que vieram apoiar as actividades de saúde pública e aumentar a capacidade de diagnóstico dos HR e dos CS, além de oferecerem exames complementares básicos às populações ribeirinhas. Essa capacidade foi, ainda, aumentada com a instalação de aparelhos de RX em algumas das Delegacias.

Com excepção dos três CS situados na capital e na cidade do Mindelo com actividades ambulatoriais, preventivas e de seguimento dos doentes crónicos, todos os outros CS dispõem, além dessas actividades, de uma unidade de internamento e de serviços complementares de diagnóstico. Oferecem, também, serviços de clínica geral, pediatria, obstetria geral e pronto-socorro em carácter não permanente.

Em 1987, os Hospitais Regionais dispunham de 22% dos leitos, enquanto os Centros de Saúde ofereciam 17% do total (MPC, 1989).

Junto aos HR/CS foram criados, a partir de 1987, Centros de PMI/PF, que sediaram as equipas trabalhando no projecto homónimo. Essas estruturas, construídas com o financiamento do projecto (ASDI/Radda Barnen, Suécia), foram incorporadas aos Centros de Saúde para realizar actividades de saúde pública.

Como dissemos antes, existe na ilha do Fogo o Hospital "Casa Betânia", com uma gestão autónoma e vertical, que dá suporte institucional ao projecto financiado pela Cooperação Italiana através da ONG "Amici di Raoul Foulereau" de controle da hanseníase, em Cabo Verde.

3 - Postos Sanitários (PS): São serviços a cargo de enfermeiros, que prestam cuidados curativos, preventivos e promocionais, notadamente: atendimento para triagem e primeiros socorros, administração de medicações, visitas domiciliares e controle de doentes crónicos. Em 1990 existiam 27 postos sanitários no país, enquanto em 1980 eram 31 (MSTAS, 1986). Apesar de terem sido

criados mais postos no decorrer da década, essa diferença para menos resulta da transformação de alguns deles em centros de saúde.

4 - Unidades Sanitárias de Base (USB): São estruturas comunitárias basilares criadas após a independência, que desenvolvem actividades predominantemente educativas, preventivas e de apoio ao seguimento de doentes crónicos. Contam com um agente sanitário de base, habitualmente escolhido pela comunidade, o qual recebe uma formação elementar. De 29 unidades, em 1980, o número de estruturas desse tipo passou para 55, em 1990 (MSTAS, 1990).

Alguns dados sobre a cobertura alcançada em termos de oferta de serviços podem ser inferidos do estudo sobre a distribuição da rede de saúde no país e sobre a população servida por cada estrutura, realizado por Carvalho & Loreti (1987). Os autores, em função do tempo médio gasto para fazer o percurso entre cada localidade de residência e o serviço de saúde, estimaram a distribuição da população com percentuais indicados na Tabela 15, a seguir.

Tabela 15 - CABO VERDE: Acesso da população aos serviços de saúde, por ilha (%), 1987

Ilha	Percentagem da população a uma hora de caminhada ou menos:	
	Serviço básico	Serviço médico
Santo Antão	70%	34%
S. Vicente	99%	95%
S. Nicolau	82%	42%
Sal	100%	86%
Boavista	96%	64%
Santiago	80%	44%
Maio	86%	71%
Fogo	70%	32%
Brava	99%	91%
CABO VERDE	81%	49%

Fonte: Carvalho & Loreti, 1987.

Pelos dados acima, em 1987, 81% da população morava a uma hora, ou menos, de caminhada do serviço de saúde básico mais próximo. Segundo estimativas dos autores, 5% da população teria que percorrer entre duas a três horas para utilizar esse mesmo serviço. Através desses dados, constata-se que foi possível criar uma rede básica de saúde sem grandes discrepâncias na sua distribuição entre as ilhas, embora a densidade da rede continue sendo maior naquelas predominantemente urbanas e menores.

Quanto ao atendimento médico, somente 49% da população residia nas proximidades de uma instalação sanitária que lhe podia proporcionar atendimento médico. Em relação a esse serviço havia, no entanto, uma diferença marcada entre as áreas rurais e urbanas (ver Tabela 15): as ilhas do Fogo, Santo Antão, S. Nicolau e Santiago (apesar de sediar a cidade da Praia), que constituem o universo rural de Cabo Verde apresentavam os percentuais mais baixos de pessoas vivendo a uma hora do atendimento médico, indicando diferenças regionais na cobertura desse serviço. No entanto, essas regiões rurais com fraca atenção médica, rapidamente apresentaram melhorias nos indicadores de mortalidade infantil ou de cobertura vacinal, fruto de uma abordagem que privilegiou acções preventivas, de amplo impacto.

Aliás, a diferença urbano/rural foi marcada mas nem sempre a favor do urbano. De uma forma geral, os serviços deram mais ênfase aos cuidados preventivos e promocionais nas zonas rurais do que nas urbanas, alcançando-se boas coberturas para este meio considerado difícil. Com a experiência acumulada, tornou-se mais fácil conseguir resultados positivos nestas zonas do que nas vilas e cidades, por o desenvolvimento de estratégias apropriadas à pobreza urbana ter ficado secundarizado.

Os Hospitais Centrais merecem alguns comentários. Em primeiro lugar, destacamos a influência marcante que exerceram sobre o perfil do sistema de saúde de Cabo Verde. Durante muito tempo os HC funcionaram como epicentro do sistema, acumulando um leque de actividades na prestação de cuidados primários, secundários e terciários às populações das cidades e do país, tendo o Hospital da Praia chegado a sediar a administração de saúde da colónia. Logo após a Independência, esses hospitais foram transformados em centros de referência nacional sem reunirem, no entanto, todas as condições para tal fim.

A existência, nessas cidades, de uma rede primária pouco desenvolvida, e a tradição das populações serem atendidas nesses hospitais, ocasionaram uma sobrecarga nos HC, com reflexos negativos na organização, dotação e consumo de recursos necessários, o que fez com que se desviassem do desempenho das funções institucionais mais diferenciadas e de referência do país.

Além disso, provocaram uma concentração de pessoal nos centros urbanos, muitas vezes utilizada como argumento para contestar a política de distribuição de recursos humanos. A nosso ver, essa concentração foi mal-entendida e precisa ser analisada de ângulos diferentes. Considerado em termos da relação recursos humanos por número de habitantes, as duas cidades apresentavam va-

lores bem mais elevados do que as restantes regiões do país. Mas, considerando a organização mais complexa da rede de serviços nestas cidades com serviços de referência nacional que, pelo seu porte, precisam ter um mínimo de técnicos para garantir o funcionamento dos seus diversos departamentos, o número de quadros se mostrava insuficiente. Além disso, os HC desempenhavam, também, a função de rectaguarda às outras instituições, prestando serviço à população residente fora das cidades da Praia e do Mindelo.

RECURSOS HUMANOS

A dotação de pessoal capacitado e em quantidade suficiente para o desenvolvimento das actividades de saúde foi mais um desafio para as autoridades de Cabo Verde. Como mencionado, o quadro herdado da era colonial se compunha, na sua essência, de profissionais de enfermagem, dado o número reduzido de médicos e de outros profissionais graduados. Tornou-se necessário, portanto, desenvolver uma política que promovesse a formação e a diversificação dos grupos profissionais, de forma a cobrir uma gama maior de acções de saúde.

Os programas de ensino desenvolvidos apresentaram diferenças. A formação universitária de base e pós-graduada, para médicos e outros técnicos, foi feita no exterior, por ausência de estabelecimentos nacionais e esteve sujeita a algumas condições que, por vezes, se constituíram em problemas: a necessidade de o país dispor de financiamento para bolsas de estudo e, por conta disso, a possibilidade limitada de formação de quadros; o risco do não retorno de uma parte dos recém-formados; e a "importação" de posturas nem sempre adaptadas às condições locais de trabalho. Entre elas, se destaca a formação assistencial curativa de uma boa parte dos médicos, mesmos entre os formados nos países socialistas, que os fez relegar a saúde pública a um plano secundário na sua prática individual.

Já a formação de enfermeiros foi intensificada no país após a Independência, aproveitando a experiência dos cursos realizados no período anterior. Com isso conseguiu-se formar um grupo profissional com boa capacidade técnica, embora de conteúdo essencialmente curativo, mas ainda em número insuficiente para as necessidades. Só gradualmente a abordagem de saúde pública foi sendo introduzida nos currículos desses cursos.

Quanto à educação continuada e especialização em enfermagem, sobretudo para enfermeiras parteiras e de pediatria, constituíram aspectos descui-

dados na década de 80, ao que podem ser atribuídos os problemas de desmotivação assinalados entre esse grupo profissional.

Os técnicos auxiliares (de laboratório, de radiologia, ajudantes de PMI/PF e outros) prestam grande ajuda às acções de saúde e mostram dedicação e constância no trabalho. Esse grupo foi beneficiado, sobretudo, com uma educação continuada complementar à formação de base que lhe foi ministrada.

A Tabela 16 mostra a evolução entre 1980-1990 dos profissionais, traduzindo o esforço realizado no desenvolvimento e enquadramento dos recursos humanos. Destaca-se a duplicação do número de médicos e de técnicos auxiliares.

Tabela 16 - CABO VERDE: Evolução do nº de profissionais de saúde, 1980-1990

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

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

A relação número de habitantes por médico sofreu uma evolução favorável entre 1980 e 1990, com melhores níveis do que estabelecido pela OMS para a Região Africana, que é de 5.000 habitantes por um médico (Tabela 17).

Tabela 17 - CABO VERDE: Relação nº de habitantes por médico e por enfermeiro, 1980-1990

	1980 (a)	1985 (a)	1990 (b)
Nº de habitantes / Médico	5.805	3.125	3.050
Nº de habitantes / Enfermeiro	1.503	1.482	1.588

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

A cooperação internacional desempenhou um papel importante, sobretudo, no preenchimento do número de médicos. Além disso os programas de formação levados a cabo ao longo da Primeira República, com esse apoio, quer no exterior pela concessão de bolsas de estudo, quer no país por financiamento de projectos locais, permitiram que o país dispusesse, ao final, de um bom número de profissionais cabo-verdianos exercendo funções-chaves de gestão e na linha da frente de prestação de serviços.

Apesar dos enfermeiros formados nesse período (cerca de cem), o aumento não foi tão expressivo quanto o de médicos e de pessoal auxiliar, facto que

se explica pela aposentadoria dos mais antigos, emigração e abandono da profissão em função dos baixos salários e das deficientes condições de trabalho.

A questão salarial foi, aliás, um dos problemas que sempre afectou os profissionais de saúde e que esteve no centro das reivindicações que atravessaram a década de 80. A política salarial enquadrava todos os profissionais em faixas salariais muito baixas e o nível de remuneração desencadeou um sentimento de frustração entre os médicos e enfermeiros que tinham a aspiração natural de ter um maior retorno financeiro pelo aperfeiçoamento profissional. Ao final dos anos 80, a administração de saúde introduziu incentivos financeiros para remunerar actividades extraordinárias ou compensar condições adversas de trabalho, na tentativa de diminuir o impacto dessa questão, mas, nessa altura já prevalecia a ideia de que a solução para a questão salarial passava pela liberalização do exercício privado da medicina.

Outra questão que afectou os médicos foi que a formação especializada, forçosamente no exterior, exigia uma espera maior do que as aspirações individuais, em função das ofertas de vagas e bolsas de estudo. A impaciência perante a lista de espera constituiu mais um motivo de contestação por parte dos médicos. Salvo raras excepções em que teria prevalecido o favoritismo ou a adopção de critérios menos habituais, a saída para a especialização obedeceu à ordem de precedência, em termos do retorno ao país após formação de base, e à prioridade atribuída pelo Ministério de Saúde às diversas especialidades, durante a elaboração dos PND.

Por último, ressaltamos que na história da prestação de serviços de saúde em Cabo Verde coube um papel importante aos profissionais de enfermagem que cuidavam da maior parte da população, a quem prestavam os primeiros atendimentos, resolvendo ou amenizando os seus sofrimentos com os fracos recursos técnicos e materiais de que dispunham, e muitas vezes forçados, pelas circunstâncias e pelo espírito de bem servir, a fazer incursões no campo de actuação médica. Aqueles trabalhando nos postos sanitários tinham, ainda, que enfrentar as dificuldades de comunicação e transporte entre as ilhas, como por exemplo, para a transferência de doentes para os hospitais melhor apetrechados, o que muitas vezes se transformava em um drama.

A actuação dos enfermeiros, nestas circunstâncias, deu-lhes legitimidade e aceitação entre a população, principalmente entre a rural que a eles acudia nas horas de aflição, conferindo-lhes *status* e poder social.

Porém, com o aumento do número de médicos no país e a sua progressiva colocação nos concelhos, e conseqüente redistribuição das responsabilidades para cada grupo profissional, surge um conflito de poder entre alguns mé-

dicos e enfermeiros. O poder que os enfermeiros detinham foi sendo transferido para os médicos, em razão da sua posição hegemónica no sector saúde, e não foram raros os conflitos de competência surgidos nessa transição. Interessante notar, mesmo assim, que quando houve confronto entre o médico Delegado de Saúde (dispondo do poder administrativo e técnico) e o enfermeiro (com aceitação e penetração popular), muitas vezes a vantagem foi deste último, devido ao enraizamento do seu papel na cultura popular.

FINANCIAMENTO

Face à gratuidade, as actividades de saúde foram financiadas pelo Estado, com recursos provenientes da arrecadação directa de impostos ou mobilizados através da ajuda internacional. O SNS começou suas actividades sem contrapartida financeira dos dois esquemas da previdência social, e somente a partir de 1984 passou a receber do ISPS um subsídio que se consubstanciou numa fonte de financiamento complementar ao orçamento do Tesouro, o que permitiu a realização de algumas actividades de saúde importantes, pela flexibilidade que o ministério teve na sua utilização.

A percentagem anual do Orçamento Geral do Estado-OGE atribuída ao sector saúde, durante a Primeira República, se situou em torno dos 9%. O Ministério usufruiu, ainda, de verbas provenientes do Programa de Investimentos para criação das infra-estruturas, mobilizadas através da ajuda internacional, que apresentaram um aumento continuado entre 1980 e 1988, passando de 2,7% para 7,7% (Tabela 18).

Tabela 18 - CABO VERDE: Financiamento do Sector Saúde, 1980-1990

	1980	1985	1986	1990
% Orçamento Geral do Estado	9,0%	8,0%	9,8%	9,6%
% Programa de Investimentos	2,7%	6,3%	7,7%	...

Fonte: Ministério do Plano e Cooperação, 1989.

O percentual alocado aos serviços de saúde através do orçamento do Ministério da Saúde é elevado, sobretudo se comparado ao que ocorre, nessa área, em outros países em condições socioeconómicas semelhantes. Ademais, a distribuição das verbas do Orçamento Geral do Estado-OGE priorizava outros sectores com envolvimento no estado de saúde. Por exemplo, em 1987, o OGE

destinou cerca de 9% das verbas globais ao sector saúde e idêntica percentagem a cada um dos sectores da educação, habitação e equipamento urbano, contra 44,8% para os investimentos económicos e 2,5% para a defesa (MSTAS, 1987). Convém sublinhar que a situação de paz que Cabo Verde viveu até agora tem permitido conter as despesas com a defesa, o que possibilita maior gasto nas políticas sociais.

No entanto, a metodologia de distribuição dos recursos do OGE, pelas diversas instituições e serviços, seguia critérios pouco flexíveis baseados em normas de contabilidade pública, o que acabou atrapalhando, ainda mais, a gestão local das parcas verbas. Essa distribuição feita pelo nível central, mereceu críticas – também reiteradas por entrevistados neste estudo – que apontaram a prevalência de critérios administrativos e de rotina na destinação das verbas do orçamento de saúde, que não atendiam plenamente às necessidades dos serviços.

A criação do aparelho produtor de serviços ensejou resultados por vezes contraditórios com os princípios adoptados como por exemplo: a adopção de programas verticais propensos a criar “ministérios dentro do ministério”, mas que foram efectivos nas suas áreas de actuação (PMI/PF, Combate à Lepra, SIDA); a dissociação entre a administração financeira, extremamente centralizada e carregando a influência da pesada tradição burocrática colonial e a gestão descentralizada das acções de saúde introduzida com os Cuidados Primários.

No entanto, o esforço de construção do SNS na Primeira República pode ser observado pela expressiva expansão na oferta de serviços primários não curativos, com a criação de uma rede de instituições de saúde de complexidade diversa em todo o país com destaque para as Unidades Sanitárias de Base. O crescimento da rede foi acompanhado de um bem sucedido aumento do número de profissionais e técnicos da área de saúde.

Entretanto, denota-se aqui um maior crescimento dos médicos e técnicos de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico comparativamente ao crescimento experimentado pelo pessoal de enfermagem, sugerindo que a política assistencial preconizada com ênfase nos CPS foi moldada também pela capacidade de pressão dos médicos em fazer valer os seus interesses.

Capítulo 5

A situação de saúde: alguns indicadores

Neste capítulo, debruçamo-nos sobre algumas informações a respeito da situação de saúde da população cabo-verdiana com o intuito de examinar a sua evolução e buscar articular as modificações observadas com a criação do SNS.

Analisaremos indicadores referentes à mortalidade na infância e à esperança de vida ao nascer e procuraremos articular a evolução favorável observada com: a melhoria da prestação de cuidados preventivos e curativos; o aumento da disponibilidade de produtos alimentares; a melhoria da educação da população feminina; a melhoria da rede rodoviária e das telecomunicações, além da manutenção, no período, dos recursos financeiros atribuídos à saúde.

Por último, a situação nutricional é apresentada como um indicador ilustrativo da intervenção articulada entre vários programas e actividades de saúde, bem como da participação da população e da interacção intersectorial.

5.1 - SAÚDE INFANTIL

Com respeito à infância, observa-se uma firme e progressiva redução nas taxas de mortalidade – infantil, de crianças de 1-4 anos e de menores de 5 anos – na década de 80, reflexo da diminuição da letalidade de várias entidades nosológicas¹⁷.

Entre elas sobressaem as doenças diarreicas, a principal causa de óbitos que, apesar de ainda manter uma incidência elevada no final da década de 1980, apresentou uma redução apreciável no registo de casos graves e da taxa de letalidade, devida a diversos factores dos quais destacamos: a divulgação maciça das medidas de higiene e de preservação da água potável; a distribuição e o uso de sais de re-hidratação oral; o envolvimento das parteiras tradicionais e de outros agentes comunitários nessa tarefa de divulgação; melhoria do acesso aos serviços de saúde e medidas tomadas por outros sectores garantindo o abastecimento de água potável.

Também a desnutrição, outra causa importante de morte na primeira infância, teve a sua letalidade diminuída devido às intervenções intersectoriais que asseguraram um stock de produtos alimentares e um nível mínimo de renda, contrabalançando a baixa produção agrícola nacional. Apesar disso, a desnutrição continua a ser um problema grave, como veremos mais à frente.

¹⁷ Por razões culturais e de imposição legal, todos os óbitos são sepultados em cemitérios públicos mediante autorização, não se verificando, portanto, sub-registros ao contrário do que se verifica com os nascimentos. Estima-se que 10-25% das crianças nascidas vivas não são registradas no prazo legal.

As doenças preveníveis pela imunização formavam outro conjunto de situações clínicas que roubara muitas vidas infantis até terem a sua incidência reduzida praticamente para zero, com a implantação e desenvolvimento do Programa Alargado de Vacinações-PAV.

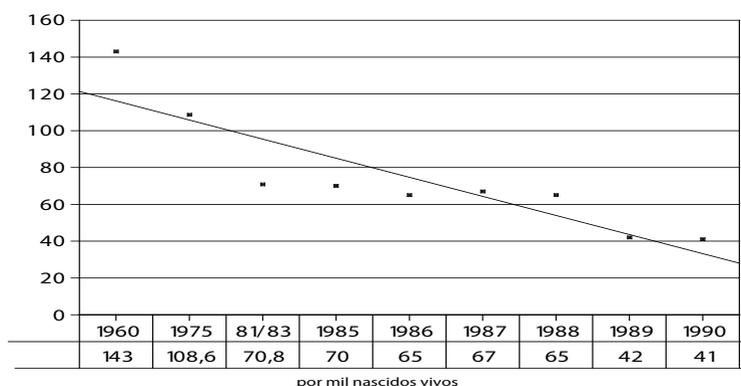
E ainda, as doenças respiratórias agudas passaram a provocar menos mortes pela maior disponibilidade de recursos e pelo acesso mais imediato às diversas instituições de saúde mas continuam no topo das situações que produzem elevada morbidade.

A seguir, examinamos a evolução desses indicadores do estado de saúde infantil.

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (TMI)

A taxa de mortalidade infantil¹⁸, que atingia valores de 108,6 por mil nascidos vivos (‰ NV) em 1975, ano da independência, decresceu significativamente entre 1980 e 1990, em duas fases, tendo-se mantido no patamar dos 60 a 70‰, até 1988, para sofrer uma queda acentuada e alcançar valores de 41‰, em 1990, ultrapassando a expectativa fixada para o II PND (1986-90), que estabelecera como meta atingir os 50‰ até o final do período (Gráfico 4).

Gráfico 4 - CABO VERDE: Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)
Tendência da evolução entre 1960 e 1990



Fonte: UNICEF, Situação Mundial da Infância, 1987-1992

¹⁸ Taxa de Mortalidade Infantil-TMI é o número de óbitos de crianças menores de um ano de idade por 1.000 nascidas vivas. Mais especificamente, esta taxa representa a probabilidade de morte entre o nascimento e exactamente um ano de idade.

A análise da distribuição da TMI pelos diversos concelhos e sua evolução entre 1983 e 1989 revela que houve uma diminuição na mortalidade infantil em todos os municípios, à excepção de Porto Novo e Boavista, que apresentaram pequenas elevações; estes têm uma população reduzida e, portanto, com pouco peso no cômputo geral (Tabela 19).

Tabela 19 - CABO VERDE: Taxa de Mortalidade Infantil, por concelhos (%o), 1980/83 -1989

	SANTO ANTÃO			SV	SN	SL	BV	SANTIAGO				MA	FG	BR	CABO VERDE
	RG	PL	PN					PR	SZ	SC	TL				
80-83 (*)	39.9	43.2	59.2	52.9	51.9	76.2	51.0	114.0	85.6	86.8	60.7	61.9	42.0	51.0	70.8
1989 (**)	...	...	60.7	44.4	46.0	41.0	58.8	...	52.3	49.5	42.7	20.2	28.2	...	44.3

Fonte: (*) MSTAS, Programa de Acção 1986-1990, 1986. (**)- MSPS, Preparação para o III PND, 1991.

Legenda: Concelhos/Municípios: RG = Ribeira Grande; PL = Paúl; PN = Porto Novo; SV = S. Vicente; SN = S. Nicolau; SL = Sal BV = Boa Vista PR = Praia SZ = Santa Cruz SC = Santa Catarina TL = Tarrafal MA = Maio FG = Fogo BR = Brava (...)- Dados não disponíveis.

No período 1980-83 os agrupamentos populacionais que mais contribuíram para a elevada TMI foram os centros urbanos principais (Praia e S. Vicente) e as ilhas do Sal e de Santiago. Em 1989, apesar da queda acentuada, esta última ilha mantinha, ainda, valores da TMI acima da média nacional, em parte devido à menor cobertura de serviços e à implantação mais tardia dos programas PMI/PF.

Convém mencionar que a Organização Mundial da Saúde, no seu relatório de 1993, ao analisar as características e tendências do estado de saúde mundial considerou:

“Observa-se ainda taxas de mortalidade infantil de 100 por mil nascidos vivos ou mais na maior parte dos Países Menos Avançados (PMA); esta proporção é inferior somente em sete dos quarenta e um PMA e desses, somente um – Cabo Verde – regista menos de cinquenta óbitos por mil” (OMS, 1993);

MORTALIDADE DE CRIANÇAS ENTRE 1-4 ANOS

A mortalidade proporcional no grupo de crianças com idade entre 1-4 anos¹⁹ também apresentou uma evolução favorável, tendo baixado de 6,4% em

¹⁹ Mortalidade proporcional de crianças entre 1-4 anos é o percentual de mortes ocorridas em crianças nesse grupo etário em relação aos óbitos gerais, traduzindo os problemas de sobrevivência desse grupo etário.

1980-83 para 1,9% em 1991, portanto, mais rapidamente que a mortalidade entre crianças com menos de um ano de idade (Tabela 20).

Tabela 20 - CABO VERDE: Evolução da taxa de mortalidade proporcional de crianças entre 1-4 anos, por concelhos (%), 1980/83-1991

	SANTO ANTÃO			SV	SN	SL	BV	SANTIAGO				MA	FG	BR	CABO VERDE
	RG	PL	PN					PR	SZ	SC	TL				
80-83 (*)	2.5	2.5	2.4	3.2	2.4	0.4	1.6	19.6	10.3	9.9	10.9	18.8	1.7	3.6	6.4
1991 (**)	2.2	3.4	2.8	1.5	0.6	2.0	0.0	2.6	3.1	3.3	2.2	0.0	1.3	2.3	1.9

Fonte: (*) Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais, Programa de Acção 1986-1990, 1986.

(**) UNICEF, 1993

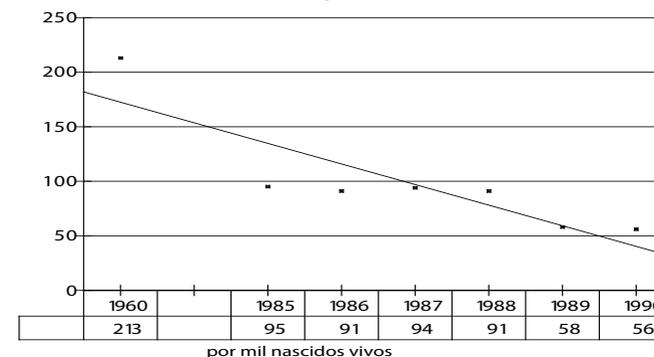
É de se notar que todos os municípios da ilha de Santiago e a ilha do Maio apresentavam, em 1980-83, os percentuais de mortalidade proporcional entre 1-4 anos mais altos do país, ou seja, apresentavam as maiores dificuldades de sobrevivência das crianças dessa faixa etária, em parte explicada pela baixa cobertura dos serviços de saúde mas, também, pela magnitude dos problemas de abastecimento de água e de baixa produção alimentar nessas ilhas de características predominantemente rurais. Quanto à cidade da Praia, os valores elevados que apresentava são atribuídos às deficientes condições de vida dos bairros peri-urbanos que surgiram com a migração maciça para a capital.

TAXA DE MORTALIDADE DE MENORES DE 5 ANOS (TMM5)

De igual modo a TMM5²⁰ sofreu uma expressiva diminuição entre 1985 e 1990: seus valores passaram de 95‰ NV para 56‰ NV nesse período, segundo dados sobre a situação mundial da infância (UNICEF, 1987 a 1992), traduzindo uma redução na probabilidade de ocorrência de mortes em crianças até os cinco anos e, por conseguinte, uma melhoria das condições de sobrevivência (Gráfico 5).

20 TMM5 ou a probabilidade de mortalidade antes dos cinco anos de idade q(5) mede o número de crianças que são susceptíveis de morrer antes de completarem cinco anos de idade por 1.000 nascidas vivas (UNICEF, 1992).

Gráfico 5 - CABO VERDE: Taxa de Mortalidade de Menores de 5 anos Tendência da evolução entre 1960 e 1990

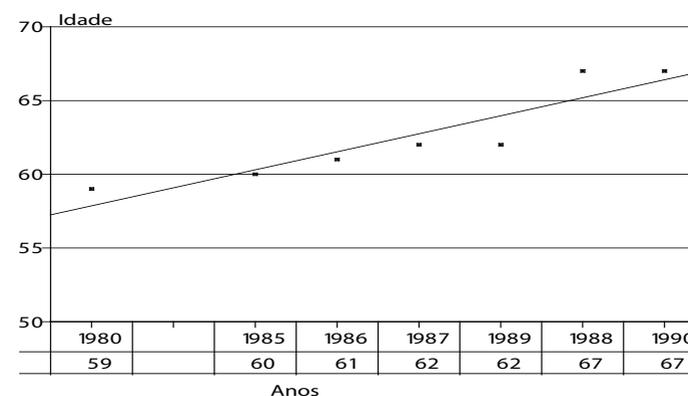


Fonte: Unicef, Situação Mundial da Infância, 1987-1992.

ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER

A esperança de vida ao nascer²¹, indicador que reflecte o estado de saúde global de uma população, também teve uma evolução favorável entre 1980 e 1990. Efectivamente, ainda segundo a Unicef, esse indicador registou um crescimento contínuo, passando de 60 para 67 anos, nesse período (Gráfico 6).

Gráfico 6 - CABO VERDE: Esperança de vida ao nascer Tendência da evolução entre 1980 e 1990



Fonte: Unicef, Situação Mundial da Infância, 1987-1992.

21 Esperança de vida ao nascer traduz o número de anos que os recém-nascidos estão sujeitos aos riscos predominantes para uma amostra da população, no momento do seu nascimento (UNICEF, 1992).

Em termos comparativos convém mencionar que, segundo a OMS (1993), se estima que um recém-nascido em um país desenvolvido pode esperar viver 76 anos, em média, o que representa 26 anos a mais do estimado, caso ele tivesse vindo ao mundo num dos países menos avançados. A esperança de vida ao nascer, em 1990, assinala a posição relativamente confortável de Cabo Verde quanto a este indicador.

O desenvolvimento do programa Protecção Materno-Infantil e Planeamento Familiar (PMI/PF), dirigido a grupos prioritários – crianças dos 0-6 anos (vacinação, seguimento do crescimento e controle da desnutrição); gestantes (seguimento da gravidez); e mulheres em idade fértil (planeamento familiar) – é, provavelmente, o factor que melhor explica esse bom desempenho dos indicadores de saúde.

O PMI/PF conseguiu oferecer soluções tecnicamente adequadas e constituiu um dos pilares da política de saúde da Primeira República. A sua implantação foi gradual, desde 1978, a começar em S. Vicente, Sal e S. Nicolau, para atingir todos os concelhos com a instalação das últimas unidades em Santa Cruz e Tarrafal, na ilha de Santiago, somente em 1983.

Em 1990, a concentração de actividades dos serviços de Saúde Infantil foi de 6,9 contactos por criança com menos de 1 ano (MFP, 1992). Em 1983, esses contactos não passavam de 3,3 vezes, apontando para a duplicação desta cobertura no período analisado e que pode reflectir também uma melhoria na aceitação desses serviços pela população (Dupret & Reitmaier, 1985). Essa franca evolução na concentração de actividades, entre 1983 e 1990, provavelmente contribuiu para otimizar o cumprimento do calendário de imunizações e a prevenção de perturbações de crescimento e do agravamento da desnutrição entre as crianças dos 0-6 anos.

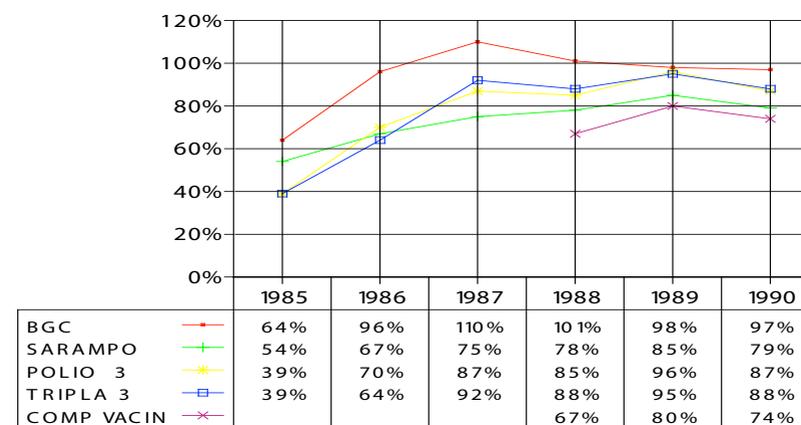
COBERTURA VACINAL

Com a implantação do programa de PMI/PF, também actuando com equipas móveis, as actividades de imunização foram iniciadas integradas na rotina desses serviços, substituindo as campanhas utilizadas até esse momento. Estas passaram a ser usadas somente em casos pontuais, por exemplo, para compensar quebra do stock de vacinas ou elevar a cobertura em situações específicas como a vacinação contra o sarampo. A partir de 1985 houve um reforço das actividades de

imunização com a sua expansão a outras instituições – postos sanitários, unidades sanitárias de base – o que veio melhorar a acessibilidade e a cobertura.

Com este esquema organizativo, no final da década, Cabo Verde alcançou índices de imunização das crianças altamente satisfatórios e que podem constituir o orgulho do país. A taxa de cobertura vacinal²² cresceu paulatinamente durante a década de 1980 até atingir 74,0% das crianças com 0-1 ano em 1990 (Gráfico 7)²³. De assinalar que em 1985 as percentagens atingidas pelas quatro vacinas incluídas no PAV ficaram próximas de 50%.

**Gráfico 7 - CABO VERDE: Cobertura Vacinal em Menores de 1 ano
Evolução entre 1985 e 1990**



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

Em consequência, verificou-se uma redução gradual e constante de casos e de óbitos devidos a doenças preveníveis pela vacinação, com ausência de registo de casos de poliomielite, sarampo ou coqueluche (tosse convulsa) desde 1989 e de óbitos desde 1988, traduzindo o grande impacto dos programas de vacinação na redução da incidência dessas situações clínicas (MSPS, 1991).

A queda desses indicadores referentes à criança demonstra que se conseguiu viabilizar estratégias bem sucedidas de sobrevivência que reduziram as mortes precoces. No entanto ela teve um comportamento paradoxal.

²² Cobertura Vacinal entendida como a percentagem de crianças que foram completamente vacinadas com: BCG; 3 doses de tríplice; 3 doses de anti-pólio e anti-sarampo) antes de completarem o primeiro ano de vida.

²³ Os percentuais acima dos 100% são devidos a subestimção do grupo etário correspondente à vacinação.

No plano global do país, essa evolução favorável ultrapassou os valores estimados em função da permanência de difíceis condições de vida, descritas no capítulo 2, que podemos sintetizar na baixa renda da grande maioria dos agregados familiares, já que, segundo Sabroza & Leal (1992), a mortalidade infantil é reconhecida como um excelente indicador, capaz de expressar as relações entre condições económico-sociais e de saúde.

5.2 - ATENDIMENTO ÀS GESTANTES

Em relação ao seguimento das grávidas, dados de 1990 apontam para um afluxo à primeira consulta de saúde materna da ordem dos 100% em nível nacional, enquanto que em 1988, o Inquérito Sobre Fecundidade em Cabo Verde (DGP, 1991) indicava que 87% das gestantes nos centros urbanos e 85% daquelas residindo nas áreas rurais visitaram os serviços de PMI/PF pelo menos uma vez. Esse estudo assinalou que entre as mulheres com educação primária (básica elementar) 7,8% não receberam cuidados médicos qualificados durante a gravidez, enquanto essa percentagem subiu para 16% entre as mulheres sem qualquer grau de instrução, indicando maior ênfase por parte do primeiro grupo e provável desigualdade social no uso destes serviços.

Quanto à imunização das gestantes com duas doses de vacina anti-tetânica, atingiu-se valores próximos dos 90% entre 1988 e 1990, contribuindo para a redução dos casos de tétano neonatal.

Em 1990, a média de atendimentos por cada gestação foi de 3,9 vezes, valor que corresponde às recomendações da OMS/AFRO. No entanto, o volume de trabalho preventivo que se infere dessa média não implicou necessariamente em boa qualidade da atenção médica prestada às gestantes, porque subsistem problemas na assistência ao parto, como veremos adiante. Assinala-se, ainda, que a abordagem das gestantes foi dominada pelo imediatismo, em função da gestação em curso, já que a política de saúde concentrou sua preocupação na criança. Muitas das informações obtidas durante as gestações anteriores não foram utilizadas num seguimento mais integrado da mulher.

MORTALIDADE MATERNA

Não obstante as deficiências de registo, a taxa de mortalidade materna²⁴ foi estimada em 60 por cem mil nascidos vivos, em 1989, enquanto que em 1980 era de 90 por cem mil NV (Unicef, 1993). A magnitude da mortalidade materna, apesar de estar diminuindo, indica a permanência de graves problemas na atenção à gestante e ao parto, já que, idealmente, este indicador deveria ser próximo do zero. Em termos comparativos, esses valores colocam Cabo Verde no grupo de países com uma taxa de mortalidade materna intermediária – inferior a 90 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos – na classificação da OMS (1990).

ATENÇÃO AO PARTO

Os partos assistidos²⁵ em estruturas hospitalares são ainda em número reduzido, embora o percentual tenha crescido de 33% para 44% entre 1983 e 1989 (MSTAS, 1986). A distribuição por área de residência mostra uma diferença acentuada entre os centros urbanos – Praia, S. Vicente e Sal – com uma percentagem que ultrapassou os 70% e as zonas rurais onde, em muitos casos, não atinge os 20% (Tabela 21).

Tabela 21 - CABO VERDE: Percentagem (%) de partos assistidos nas instituições de saúde, 1980/83-1989

	SANTO ANTÃO			SV	SN	SL	BV	SANTIAGO				MA	FG	BR	CABO VERDE
	RG	PL	PN					PR	SZ	SC	TL				
80-83 (*)	18	29	9	41	6	...	87	67	2	40	0.4	23	21	25	33
1989 (**)	...	...	10	77	11	71	50	84	23	33	12	12	...	...	44

Legenda: (...) *Dados não existentes.*

Fonte: (*) *MSTAS, Programa de Acção 1986-1990, 1986;*
(**) *MSPS, Preparação para o III PND, 1991.*

As áreas rurais contribuíram, sobremaneira, para que os elevados ín-

24 Mais rigorosamente chamado de **coeficiente de mortalidade materna**, é o nº de óbitos maternos por grupo de 100.000 crianças nascidas vivas. Óbito materno: "Morte de uma mulher ocorrida durante a gravidez ou num prazo de 42 dias após esta última, independentemente da sua duração ou localização, por uma causa determinada ou agravada pela gravidez ou pelos cuidados que suscitou, mas não acidental ou fortuita". (OMS, HST/90. 1.Rev.3)

25 **Partos assistidos** são os realizados nas instituições sanitárias e assistidos por médicos, enfermeiros, parteiras, atendentes ou auxiliares com treinamento básico (MS/Cabo Verde).

lices de partos ocorridos fora dos serviços de saúde, acima dos 50%, talvez devido ao fraco incentivo ao parto assistido pelos serviços preventivos, à tradição mais arraigada de parto domiciliário nessas regiões e, ainda, pela baixa capacidade tecnológica instalada nas instituições sanitárias para atender ao parto.

Nas zonas rurais as parteiras tradicionais têm um papel muito importante, assistindo a cerca de 62% dos partos, contra 22% nas cidades. Quase todas as Delegacias de Saúde levaram a cabo programas regulares de treino e acompanhamento das parteiras, num reconhecimento do papel por elas desempenhado na atenção ao parto domiciliário e numa atitude de aproximá-las dos serviços oficiais, quebrando as barreiras criadas pela repressão das suas actividades pelas autoridades coloniais. A percentagem de partos sem qualquer tipo de assistência ronda, ainda, os 5% (6,5% no meio rural e 2,0% no meio urbano), segundo a Unicef (1993).

No tocante ao planeamento familiar, dados colhidos através do questionário indicam que as taxas de cobertura pelos métodos contraceptivos alcançadas em 1985 apresentaram valores bem diferentes, variando entre 2% e 21% para o meio rural e entre 5% e 42% para o meio urbano. Estes percentuais traduzem não tanto uma diferença urbano/rural, mas a não uniformidade na capacidade da equipe local de adaptar o serviço às necessidades e às condições de vida da população feminina.

Por outro lado, as convicções religiosas da maioria católica, a tradicional família numerosa, as relações poligâmicas “de facto” praticadas pelo homem e o baixo nível educacional generalizado bloquearam a capacidade de definição de estratégias dirigidas ao homem, bem como a aceitação das práticas de planeamento familiar por parte da população e estão na base do fraco sucesso das acções desencadeadas.

5.3 - SITUAÇÃO NUTRICIONAL

Entre os determinantes da situação nutricional em Cabo Verde, existem factores ambientais particulares decorrentes da sua inserção na região saheliana, entre os quais se destaca os ciclos prolongados de seca e os fenómenos da desertificação, que exercem uma influência negativa na produção agrícola e na disponibilidade de alimentos, imprimindo características próprias à situação alimentar do país.

Além destes factores específicos a Cabo Verde, outros considerados

universais, com capacidade para influenciar o estado alimentar e nutricional – nível de desenvolvimento económico, distribuição de riquezas, prioridades nos gastos públicos e padrão sociocultural – estão presentes com repercussão directa no estado de saúde da população.

A magnitude da desnutrição e dos seus efeitos sobre o desenvolvimento infantil levou o governo a tomar medidas no sentido de melhorar o estado nutricional das crianças em idades pré-escolar e escolar, bem como de outros grupos vulneráveis, como idosos sem amparo e famílias temporariamente em situações de carência. Cabo Verde criou um sistema de segurança alimentar e uma rede de distribuição dos géneros de base que cobriu eficientemente todo o país. Entre as acções de segurança alimentar, deve-se destacar o programa de refeições quentes nas escolas que, em 1990, fornecia diária e gratuitamente cerca de 70 mil refeições às crianças do ensino básico elementar (a quase totalidade das crianças matriculadas) que está sendo progressivamente estendido ao ensino básico complementar.

Os estudos antropométricos já realizados no país quanto à prevalência da desnutrição são, em geral, difíceis de serem comparados porque frequentemente os indicadores e referências utilizados variaram de um estudo para outro. No entanto, os resultados de estudos realizados por Wennberg (1988), Reitmaier (1989) e MSPS (1991), dão uma interpretação aproximada da evolução da situação nutricional no grupo de crianças abaixo dos seis anos.

Os três indicadores principais utilizados na avaliação antropométrica têm os seguintes significados (MSPS, 1991):

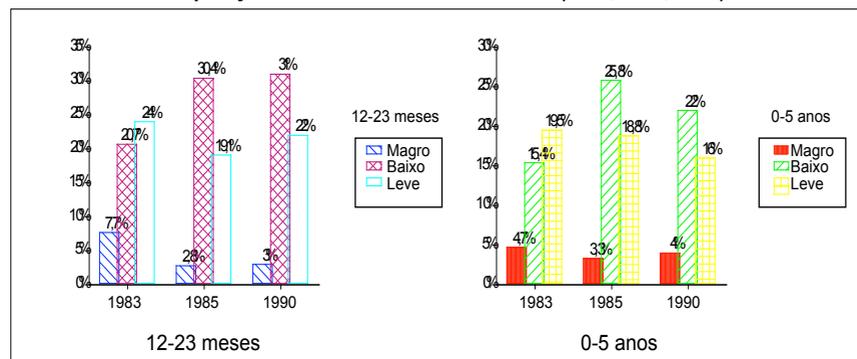
- **Magro**, traduz a relação entre baixo peso e estatura e corresponde à desnutrição aguda ou actual. Isto manifesta-se em crianças que tenham tido uma perda recente de peso, como resultado de uma doença (diarreia ou outras doenças epidémicas) como também do consumo insuficiente de alimentos.

- **Baixo**, significa baixa estatura em relação à idade e corresponde à desnutrição crónica ou antiga. Manifesta-se em crianças como resultado cumulativo da falta de crescimento do esqueleto ou de um crescimento retardado no passado e está associado a vários factores como falta crónica de alimentos, infecções frequentes e baixo nível socioeconómico.

- **Leve**, traduz a relação entre o baixo peso e a idade e corresponde à desnutrição global. É um indicador que serve para definir a prevalência da desnutrição e as tendências no tempo, sem distinguir entre as crianças magras e as baixas.

O Gráfico 8 mostra a evolução, entre 1983 e 1990, desses três principais indicadores – desnutrição aguda, crónica e global – para os grupos 12-23 meses e 0-5 anos. As percentagens de cada indicador correspondem ao número de crianças com dois ou mais desvios padrão (-2 DP), comparadas ao padrão do National Center for Health Statistics-NCHS (NCHS, 1979) recomendado pela OMS para esses estudos.

Gráfico 8 - CABO VERDE: Desnutrição
Comparação de resultados de três estudos (1983, 1985, 1990)



Fonte: Ministério da Saúde, citado pela UNICEF, 1993.
(*) Dados referentes somente à Ribeira Grande.

Segundo os autores dos trabalhos, enquanto a prevalência da desnutrição global em Cabo Verde não mudou muito na década de 1980, a aguda sofreu uma diminuição, sobretudo, no grupo etário dos 12-23 meses. Por outro lado verificou-se um aumento marcado da desnutrição crónica (atraso de crescimento) de perto de 50%, com valores particularmente altos no grupo de 12-23 meses. Este aumento é mais acentuado nos concelhos rurais, como se depreende da Tabela 22. As ilhas de Santiago, Fogo, Brava e Santo Antão (concelho da Ribeira Grande), praticamente duplicaram os percentuais da desnutrição crónica.

As diferenças na evolução dos tipos de desnutrição poderão encontrar

uma explicação, segundo a Unicef (1993), no efeito da distribuição de alimentos a crianças com carências nutricionais, pelos serviços da PMI/PF: a consequência imediata terá sido a diminuição da desnutrição aguda, porém persistiram os factores determinantes da crónica – falta prolongada de alimentos, hábitos alimentares, infecções repetidas, condições de vida insalubres, entre outros – que continuaram a afectar as crianças com importante proporção delas apresentando grave atraso de estatura.

Tabela 22 - CABO VERDE: Prevalência da desnutrição, por ilha, 1983-1990
(Dados administrativos)

ILHAS	Desnutrição aguda		Desnutrição crónica		Desnutrição global	
	1983	1990	1983	1990	1983	1990
SANTO ANTÃO (*)	3%	2%	16%	25%	22%	19%
S. VICENTE	5%	5%	14%	12%	13%	13%
S. NICOLAU	3%	...	9%	...	10%	...
SAL	3%	1%	6%	7%	12%	3%
BOAVISTA	11%	2%	11%	5%	7%	8%
SANTIAGO	6%	4%	18%	28%	23%	22%
MAIO	15%	...	21%	...	19%	...
FOGO	3%	2%	15%	28%	22%	18%
BRAVA	3%	6%	11%	19%	20%	17%

Legenda: (*) Dados referentes somente à Ribeira Grande.

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

O estado nutricional das crianças é, reconhecidamente, um bom indicador do estado sanitário, não só da população infantil, mas de toda a população. Os dados disponíveis e descritos acima indicam que em Cabo Verde a desnutrição constitui, ainda, um grave problema, e reflecte – sobretudo a desnutrição crónica –, o estado carencial da uma boa parte da população. O cabo-verdiano possui hábitos alimentares diversificados, embora a maioria deles, por razões culturais e, fundamentalmente, por razões económicas, se tenha de contentar apenas com alguns pratos muito simples, à base de milho, provocando carências de vários nutrientes.

A ligeira diminuição verificada nos índices da desnutrição aguda terá entre os seus factores, além dos apontados acima, as acções em nível familiar no tocante à alimentação e hábitos de higiene e, ainda, a melhoria na prestação de cuidados de saúde conseguida durante a década, principalmente as actividades contra as doenças diarreicas e contra as doenças preveníveis pela imunização.

Já os valores elevados da prevalência da desnutrição global podem ser atribuídos à persistência dos factores estruturais, como a falta crónica de produção alimentar, infecções frequentes e o baixo nível socioeconómico dos menos favorecidos, que constituem, ainda, uma boa parcela da população cabo-verdiana.

Da evolução dos indicadores globais que acabamos de abordar se deduz que, durante a década de 80, houve uma melhoria do nível de saúde da população infantil cabo-verdiana. Ao final da Primeira República, Cabo Verde havia ganhado um lugar justo entre os países pobres que melhoraram significativamente a saúde das suas populações – Porto Rico, Cuba, Sri Lanka, Ilhas Maurícias, para citar alguns.

Em relação aos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa-PALOP, com os quais possui uma história comum de colonização e de luta de libertação, Cabo Verde ocupa, desde 1985, o 1º lugar quanto às taxas de mortalidade de menores de cinco anos e infantil e, ainda, relativo à esperança de vida, no que é acompanhado de perto somente por São Tomé e Príncipe (Tabela 23).

Tabela 23 - Indicadores Básicos: Comparação entre os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa – PALOP, 1984-1990

PAÍS	PNB/hab (US\$)		TMM5 (o/oo)		TMI (o/oo)		E.VIDA (anos)		% IMUN. SARAMPO
	1984	1990	1985	1990	1985	1990	1985	1990	1990
CABO VERDE	320	890	95	56	70	41	60	67	79
S.TOMÉ E PRÍNCIPE	330	340	...	55	50	43	...	66	57
GUINÉ-BISSAU	190	180	232	242	138	146	44	43	52
ANGOLA	470	610	242	292	143	173	43	46	26
MOÇAMBIQUE	130	80	252	297	147	173	46	48	58

Fonte: Unicef, *Situação Mundial da Infância, 1987-1992*.

A Guiné-Bissau apresenta uma piora nos seus indicadores, apesar de não terem ocorrido, neste período, alterações situacionais do tipo guerra, como acontece em Angola e em Moçambique. Ressalva-se a comparação com estes dois países com maiores potencialidades económicas entre os PALOP, pelo agravamento das condições de vida devido esta condição idiossincrásica que impede avanços em todos os domínios. Entretanto, Cabo Verde experimentou neste período um desenvolvimento económico muito mais expressivo que financiou políticas sociais dentre elas a política de saúde.

Destacamos o papel fundamental desempenhado por cada um dos

componentes do SNS na melhoria do nível de saúde. Na actuação dos serviços de saúde, os aspectos preventivos tiveram uma evolução bastante favorável. A atenção às crianças foi particularmente feliz, e mobilizou os esforços do SNS, reflectindo a prioridade que lhes foi conferida já por Amílcar Cabral, pai da nacionalidade cabo-verdiana, que dizia que *“as crianças são as flores da nossa revolução; para elas tudo”*.

Por sua vez as gestações tiveram um seguimento preventivo tecnicamente aceitável, mas o SNS não conseguiu dar uma atenção satisfatória ao parto e, assim, persistiram problemas como a mortalidade peri-natal, a natimortalidade e a mortalidade materna a ensombrar o desempenho dos serviços de saúde cabo-verdianos.

No entanto, apesar das melhorias assinaladas, outros problemas evitáveis permaneceram, afectando os grupos de crianças e gestantes, reflexo do nível socioeconómico ainda baixo, que se traduz, p. ex., nos índices de desnutrição que persistem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos capítulos anteriores descrevemos o país e as adversidades que têm condicionado a trajetória do Sistema de Saúde de Cabo Verde:

- Condições naturais agrestes, de entre elas a descontinuidade territorial, devida à divisão natural do país em dez pequenas ilhas (nove habitadas), com reflexos nos custos de unificação do país;

- Clima seco e a aridez do solo que se repercutem na produção agrícola escassa e no abastecimento de água, influenciado o estado de saúde da população, ao condicionar, por exemplo, a satisfação interna das necessidades alimentares;

- Desenvolvimento económico dominado pela ausência de recursos naturais, pela falta de infra-estruturas, pela fraca produção nacional e grande dependência da ajuda externa que, apesar de um crescimento apreciável no período, é francamente insuficiente para responder às prementes necessidades sociais e daí a persistência de um importante nível de pobreza, mãe de todos os males.

Também apontamos que na luta contra estes obstáculos, foram mobilizadas duas armas importantes e indispensáveis – uma enorme determinação política em viabilizar o país e o grande empenho profissional dos poucos quadros

existentes – que resultaram na formulação de políticas públicas adaptadas às condições concretas de Cabo Verde e em consonância com os objectivos sociais defendidos pelo Estado.

A construção do sistema de saúde enquadrou-se, assim, na luta contra essas adversidades e constituiu-se em um processo de acumulação social – cognitivo, físico e instrumental – ao serviço da promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Buscamos enfatizar os fundamentos do que consideramos como relativo sucesso das políticas de saúde, ressaltando também as causas dos seus fracassos. Partimos de um referencial teórico utilizado na análise comparada de sistemas de saúde, destacando algumas características específicas dos modelos socialistas de organização sanitária e das estratégias de Saúde Para Todos que terão influenciado a implantação das actividades dos serviços de saúde em Cabo Verde.

Nesse processo, foi preciso ensaiar uma mudança na forma tradicional de prestação de cuidados, cuidar dos aspectos de maior impacto na saúde das populações, introduzir novas tecnologias e mobilizar recursos não disponíveis no país. Para fazer tudo isso, o país dispunha de pouco quadros que não mediram os esforços e se lançaram nessa tarefa gigantesca cujos resultados são, felizmente, palpáveis.

Examinamos, ao longo da dissertação, a evolução e o desempenho dos serviços de saúde em relação a: aplicação dos princípios enunciados nas políticas de saúde; organização técnico-administrativa do sector; evolução da disponibilidade dos recursos humanos e físicos e as fontes e o uso do financiamento; e alguns indicadores epidemiológicos mais importantes, para ilustrar o impacto das acções de saúde.

Não obstante as falhas e omissões ocorridas no decurso da década, umas próprias de um processo implantação do SNS em que pesou a inexperiência dos seus actores principais, outras resultantes do contexto sócio-político em que ocorreram, os serviços de saúde deram uma contribuição de valor na melhoria da qualidade de vida do povo cabo-verdiano, ocupando um lugar de destaque na construção do país.

O SNS implementado até 1990 fez parte da utopia do regime político monopartidário de inspiração socialista, dominado por um pensamento colectivista, na busca de justiça social. Esta política obteve resultados que consideramos satisfatórios, com o país tendo atingido níveis de saúde, expressos por alguns indicadores, que colocaram Cabo Verde entre os países pobres que apresenta-

ram melhora significativa no nível de saúde da população ao longo da década de 80 e destacaram-no entre os primeiros no continente africano no desempenho desses indicadores.

O SNS traduziu-se, assim, em um ganho social importante para a maioria da população cabo-verdiana mas, tal como o país, esse ganho se apresenta frágil em função das limitações estruturais de Cabo Verde e da conjuntura económica desfavorável, acrescida das incertezas que aumentaram com as mudanças políticas ocorridas em 1991.

Embora a implementação dos serviços de saúde de Cabo Verde tenha sido marcada por uma carência acentuada de recursos de toda espécie, duas ordens de princípios e orientações convergentes lhe foram favoráveis: uma, específica à natureza do regime político, que atribuiu ao Estado a responsabilidade pela socialização dos serviços de saúde, e outra mais universal e técnica, na linha das estratégias de cuidados primários.

Da aplicação conjunta dos dois grupos e do papel central que coube ao Ministério da Saúde na formulação das políticas e na prestação de serviços, resultou um sistema único, público, universal, integrado e gratuito. Foi possível ampliar o número de profissionais, alargar e diversificar a rede de instituições sanitárias e reformular a oferta de serviços.

No nosso entender, as autoridades sanitárias souberam conjugar os princípios políticos com os recursos técnicos disponíveis, actuar com um grau considerável de coerência na materialização desses princípios e maximizar a capacidade de captação de recursos internacionais.

Todavia, a aplicação dos princípios políticos – a estatização dos serviços, a gratuidade e a socialização dos serviços médico-medicamentosos – teve como limitantes a falta de discussão e de negociação com os actores cruciais ao desenvolvimento do sistema. A essência colectivista desses princípios atropelou interesses individuais, como o exercício privado de medicina, que foram relegados para um plano secundário, e fez esquecer a necessidade de renovar a legitimidade dessas acções. A consequência foi a diminuição do impacto pretendido com as políticas de saúde.

Apesar disso, os efeitos da aplicação desses princípios sobre o nível de saúde foram suficientes para criar um ambiente propício à implementação dos princípios técnicos, que tiveram como referência dominante as estratégias da STP/2000.

A descentralização dos serviços de saúde se constituiu no fundamento

para a extensão da cobertura dos cuidados a toda a população e, na sua essência, foi bem conduzido. Paralelamente, manteve-se a administração centralizada dos recursos humanos e financeiros, visando maior equidade na sua distribuição pelas regiões e um tratamento homogéneo a todo o território nacional.

A descentralização encontrou na divisão natural do país, ao mesmo tempo que dificuldades peculiares que só a experiência acumulada permitiu contornar, uma boa condição para a sua materialização, sobretudo na criação de um poder técnico-administrativo local, tendo como base as Delegacias de Saúde, com poderes de decisão quanto às acções a levar a cabo no terreno. As falhas que assinalamos podem ser tidas como o produto da falta de experiência na gestão de serviços de saúde e da escassez de recursos do país face à enorme dívida sanitária para com a população.

O SNS em Cabo Verde concentrou-se prioritariamente no desenvolvimento de actividades preventivas e profiláticas de amplo impacto, como estratégias para oferecer serviços gratuitos, aumentar o acesso aos serviços e ampliar a cobertura.

A maior prioridade conferida às crianças, através de acções de rehidratação oral, vacinações, controle da desnutrição, atendimento hospitalar precoce, teve o efeito imediato de reduzir as mortes prematuras.

Em relação às gestantes, as acções produziram índices satisfatórios de atendimento à gravidez, mas não foram seguidas de medidas eficazes no que tange à atenção ao parto, do que terá resultado, em parte, a persistência de altos valores de mortalidade materna e de mortalidade perinatal.

Consideramos, também, como modelos eficazes aqueles implementados para o controle de doenças endémicas como malária, lepra, tuberculose.

A ênfase dada na adopção de medidas específicas de alto impacto e de baixo custo como vacinas e rehidratação oral e a difusão de informações socialmente úteis através de uma rede bem distribuída no país é o que melhor explica a melhoria de sobrevivência da criança cabo-verdiana.

Cabo Verde, apesar de ter acompanhado a tendência mundial de redução de indicadores de saúde, foi particularmente bem sucedido. O melhor desempenho de indicadores tais como a mortalidade infantil, a mortalidade de menores de cinco anos e a esperança de vida ao nascer, nos parece ser o resultado das estratégias definidas, tanto para a aplicação desses novos recursos tecnológicos, como para a utilização racional dos recursos públicos e da cooperação internacional. Neste particular, consideramos o desenvolvimento do pro-

grama Protecção Materno-Infantil/Planeamento Familiar-PMI/PF como o factor que mais contribuiu para a melhoria desses indicadores.

A melhoria nas actividades clínicas não acompanhou o ritmo do desenvolvimento dos cuidados preventivos. O SNS não pode oferecer uma gama maior de actos médicos, porque apresenta ainda um grande défice de médicos, um recurso basilar para o sistema de saúde porém, altamente custoso (Cabo Verde dispunha de 11 médicos no dia da Independência), e uma escassez acentuada de enfermeiros, paralelamente à não disponibilidade de tecnologia sofisticada e cara, mas apropriada e indispensável à prática clínica. Esta incapacidade do SNS, função tradicionalmente esperada dos serviços de saúde, deixou a descoberto algumas necessidades de saúde da população e esmoreceu o impacto das políticas, apesar da melhoria dos indicadores do nível de saúde.

Perante a fraca capacidade financeira do país, as estratégias na organização dos programas tiveram que se adaptar às políticas preconizadas pelas instituições de ajuda externa.

Com isso, o sector saúde conseguiu receber um apoio importante da cooperação internacional, habitualmente veiculado a programas específicos: em recursos humanos, permitindo-lhe minorar a carência acentuada de médicos; em equipamentos e materiais para o desenvolvimento da oferta de serviços; e em recursos financeiros para investir na rede de serviços e criar as bases institucionais.

O relativo sucesso de alguns programas como PMI/PF, PAV, de Lepra, foi devido ao equilíbrio conseguido entre: (1) a organização vertical, melhor adaptada para captar recursos externos e garantir a participação dos doadores na administração dos programas e (2) o controle interno dos aspectos técnicos e organizativos para a integração das actividades dos programas na rotina dos serviços descentralizados.

Falhas e omissões ocorreram no decurso da década, algumas delas próprias de um processo em que pesou a inexperiência dos seus actores principais, outras resultantes do contexto sociopolítico e económico em que tiveram lugar e, ainda, alguns conflitos, mas que não impediram que os serviços de saúde dessem uma contribuição de valor na melhoria da qualidade de vida do povo cabo-verdiano, ocupando um lugar de destaque na construção do país.

No entanto, avanços na condição de saúde da população cabo-verdiana esbarraram nas limitações impostas pelas condições climáticas e pela fragilidade da estrutura económica do país.

O crescimento económico foi conseguido, basicamente, pela aplicação

da ajuda externa – doações e empréstimos – que chegou a representar mais de 46% do PIB em 1986, e de remessas de emigrantes (12,4% do PIB no mesmo ano). Dirigido por um processo de gestão centralizado, os resultados foram positivos mas não o suficiente para traduzirem o aumento da capacidade interna de produção e para substituir essa dependência externa.

Durante os primeiros dezasseis anos de país independente, não foi possível mudar as bases produtivas e as relações de produção e garantir uma profunda alteração nas condições de vida. Os recursos internos permanecem insuficientes, com o sector terciário a dominar a composição do PIB, com mais de 60%, durante toda a década de 80. A produção agrícola e a pesca não garantem uma suficiência alimentar. O parque industrial é ainda rudimentar, essencialmente de transformação, e actua com matéria-prima importada. Por outro lado verifica-se uma tendência para diminuição das ajudas internacionais.

Perante esta fragilidade do sistema económico, crescem as incertezas de como dispor de recursos para serem alocados à implementação de uma política social e, particularmente, ao incremento das acções de saúde.

Ainda, as discretas melhorias nas situações sociais descritas retratam as precárias condições de vida de uma boa parte dos cabo-verdianos, no tocante a meios básicos – sem água potável ou saneamento básico, com habitação sem conforto, com salários irrisórios ou desempregada – que a mantém em condições sub-humanas de sobrevivência à espera da acção do Estado. Atente-se ao facto de 10% das famílias com mais baixa renda disporem de apenas 2% do total da renda do país.

Perante isto, é importante alertar que a nova ordem político-social interna, reflexo da nova ordem internacional, onde destacamos as práticas do mercado e o estabelecimento do misto público/privado na área da saúde, poderá comprometer os fundamentos e os avanços obtidos pelo SNS, pois a intervenção do Estado, necessária para compensar a incapacidade individual de ultrapassar as condições difíceis, poderá não caber dentro do discurso de “menos Estado” que prevalece.

No tocante ao Sistema Nacional de Saúde, a aplicação das estratégias da SPT/2000 apresentou bons resultados na recuperação do atraso da “dívida sanitária” para com as populações, pelo impacto imediato sobre os grandes problemas de saúde. No entanto, para os países pobres como Cabo Verde, continua sendo uma incógnita como ultrapassar esta fase, uma vez conseguido o controle dessas situações, e oferecer cuidados médicos mais diferenciados.

Como dispor de recursos humanos qualificados, perante o custo, em tempo e dinheiro, que representa formá-los, como aplicar tecnologia sofisticada, mas também apropriada, como prolongar a vida sem desnutrição, sem cárie dentária, sem SIDA, sem enfartes, como poderemos privar desses sofrimentos as nossas criancinhas que arrebatamos da morte prematura com as milagrosas gotinhas de vacina ou com os saquinhos de sais de rehidratação oral.

É nesta encruzilhada que se encontra, ainda, o Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, J. P., (1991) “Influência da emigração sobre o desenvolvimento económico e social”, in *Emigrason*, Praia, nºs 3 e 4 - II série, Janeiro e Maio.
- ARAÚJO, J.D. de O. (1979) “O Direito à Saúde: um Problema de Administração e de Política” in *Rev. Brasil. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, 3 (3).
- CABO VERDE, (1975) Mapa Global da Eleição, in *Suplemento ao Boletim Oficial* nº 26, de 4 de Julho, Praia.
- _____, (1980) Assembleia Nacional Popular. Constituição da República de 1980. *Boletim Oficial* de Setembro.
- _____, (1989) Assembleia Nacional Popular. Lei nº 62/III/89 *Suplemento ao Boletim Oficial* nº 53, 30 de Dezembro.
- _____, (1990) Assembleia Nacional Popular-ANP. Lei nº 74/III/90. *Boletim Oficial* nº 25, 2º *Suplemento*, 29 de Junho.
- _____, (1990a) Assembleia Nacional Popular-ANP. Lei nº 81/III/90. *Boletim Oficial* nº 25, 2º *Suplemento*, de 29 de Junho.
- _____, (1990b) Assembleia Nacional Popular-ANP. Lei constitucional nº 2/III/90. *Boletim Oficial* nº 39, *Suplemento*, de 29 de Setembro.
- _____, (1986) Chefia do Governo, *Programa de Governo 1986-1990*. Praia, Gabinete do Primeiro-ministro.
- _____, (1988-89) Direcção-Geral de Emprego, *Inquérito sobre o rendimento das famílias*, Praia/Cabo Verde, DGE.
- _____, (1991) Direcção-Geral do Planeamento, *Inquérito sobre a fecundidade em Cabo Verde: 1988*, Praia, DGP.
- _____, (1991a) Direcção-Geral do Planeamento, *Contribuição ao estudo das perspectivas de desenvolvimento de longo prazo*, Praia, DGP.

- _____, (1992) Direcção-Geral de Estatística. *Resultados preliminares do censo de 90: 2º recenseamento geral da população e habitação*. Praia.
- _____, (1982) Ministério de Saúde e Assuntos Sociais /MSAS, *Plano Nacional de Desenvolvimento: Texto do Sector Saúde*, Praia.
- _____, (1986) Ministério de Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais -MSTAS. *Programa de acção 1986-1990*. Praia Gabinete de Estudos e Planeamento / MSTAS.
- _____, (1987) Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais, *Cuidados Primários de Saúde: políticas, estratégias, objectivos, problemas e resultados*, Praia, Direcção-Geral de Saúde.
- _____, (1990) Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais-MSTAS. *Sistema de Saúde Cabo-verdiano: 15 anos ao serviço da população*. Praia, Edições "Voz di Povo".
- _____, (1991) Ministério da Saúde e Promoção Social. *Diagnóstico do sector saúde - III PND*. Praia, Gabinete de Estudos e Planeamento/MSPS.
- _____, (1989) Ministério do Plano e Cooperação-MPC, *Elementos para apreciação da evolução socioeconómica em Cabo Verde*, Praia, Direcção Geral do Planeamento.
- _____, (1889a) Ministério do Plano e Cooperação-MPC, *Relatório ao Governo sobre execução do II Plano Nacional de Desenvolvimento*, Direcção Geral de Planeamento Praia.
- _____, (1992) Ministério das Finanças e do Planeamento. *III Plano Nacional de Desenvolvimento 1992-95: II volume - Relatórios Sectoriais*. Praia.
- CARREIRA, A., (1977) *Cabo Verde - Classes Sociais, Estrutura Familiar, Migrações*, Lisboa, Ulmeiro.
- CARVALHO, I.A.S. & Loreti, A., (1987) *Dados quantitativos e qualitativos sobre a rede de serviços de saúde em Cabo Verde: Subsídios para uma carta sanitária*. Praia, Gabinete de Coordenação de Saúde Pública/ MSTAS.
- CONILL, E., Mendonça, M., Silva, R. da, & Gawryszewski, V., (1991) "Organização dos serviços de saúde: a comparação como contribuição, in *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Secretaria de Desenvolvimento Educacional/ENSP, 7(3): 328-346, Jul./Set.
- DAVIS, C.M., (1989) The Soviet health system: a national health service in a socialist soviete in Field, M.G., (ed) *Success and crisis in national health systems: A comparative approach*, New York London, Routledge.

- DONABEDIAN, A., (1976) *Benefits in Medical Care Programs*. Cambridge, Harvard University Press.
- DUPRET, A. & Reitmaier, P., (1985) *Programa de vacinação no PMI/PF: Avaliação retrospectiva 1978/1985*, Praia, Gabinete de Coordenação de Saúde Pública/MSTAS.
- FIELD, M.G. (ed) (1989) *Success and crisis in national health systems: A comparative approach*, New York London, Routledge.
- FRENK, J. & Donabedian, A. (1987) "State intervention in medical care: types, trends and variables" in *Health Policy and Planning*; 2(1): 17-31. Oxford University Press.
- GIOVANELLA, L., (org), (1992) *Planeamento estratégico, programação e organização em saúde: Textos de apoio ao ensino da saúde colectiva*. Rio de Janeiro, ENSP.
- GIRALDES, M. do R., (1985) *O sector saúde no contexto do desenvolvimento socioeconómico de Cabo Verde*, Lisboa, V Jornadas de Economia de Saúde/ENSP.
- HEIDENHEIMER, A., Hecló, H. & Adams C, (1975) *Comparative public policy. The politics of social choice in Europe and America*. New York, St. Martin's Press.
- HODGES, T., (1987/88) Cape Verde in *New African Yearbook - 1987/88* (7ª ed) London, IC Magazine.
- KLEINMAN, A., (1981) *Patients and healers in context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, California, University of California Press.
- LABRA, M.E. & Buss, P. M., (1994) *Sistemas de Saúde: Continuidades e Mudanças, Rio de Janeiro, FIOCRUZ -ENSP/DAPS*, Mimeo, Março/94.
- LEE, K. & Mills, A. (1985) *Policy-making and planning in the health sector*, London & Sydney, Croom Helm.
- LEICHTER, H. M., (1979) *A comparative approach to policy analysis: Health care policy in four nations*, Cambridge, London, New York, Melbourne. Cambridge University Press.
- LIMA, A. (1992) *Reforma Política em Cabo Verde: do Paternalismo à Modernização do Estado*, Praia, Cabo Verde, edição do autor, patrocinada pela Fundação Friedrich Ebert.
- NATIONS UNIES, Conférence des Nations Unies sur les pays les moins avancés (1981) Réunions de consultation par pays (Afrique de

- l'Ouest et Afrique Centrale, 25 mai au 5 juin 1981) *Mémoire du Cap Vert*, s.l.p., Nations Unies.
- NAVARRO, V. (1976) *Medicine under capitalism*, New York, Prodest.
- Organización Panamericana de Salud/OPAS, (1987) *Esquema tentativo para el análisis de las implicaciones de APS y de SPT/2000: documento preliminar*, Washington, OPS.
- OPAS/OMS, (1990) *Las condiciones de la salud en las Américas*, Washington, Vol. I.
- Organisation Mondiale de la Santé, (1987), *Evaluation de la stratégie de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 : Septième rapport sur la situation sanitaire dans le monde*, Genève, OMS.
- _____, (1979) *Formulation de stratégies en vue de l'instauration de la santé pour tous d'ici à l'an 2000*, Genève, OMS.
- _____, (1990) *D'Alma Ata à l'an 2000 : Réflexions au mi-parcours*, Genève, OMS.
- _____, (1993) *Mise en œuvre de la stratégie mondiale de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 Deuxième évaluation : Huitième rapport sur la situation sanitaire dans le monde*, Genève, OMS.
- QUERIDO, J. (1994) «Um fim esperado e uma decisão inadiável» in *A Semana*, Praia/Cabo Verde, Ano III, nº 2, 14 de Fevereiro.
- ROEMER, M. (1989) "National Health System as Market Intervention", in *Journal of Public Health Policy*, spring-89, pp. 62-77.
- _____, (1988) "Perspectiva mundial de los sistemas de salud" in Josepha Hulshof (ed), *La comunidad y su ambiente: una introducción a la medicina social*, Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- _____, (1991) *National health systems of the world: vol. I the countries*. New York, Oxford University Press.
- ROEMER, R., (1989) El derecho a la atención de la salud in Fuenzalida - Puelma, H. I. & Connor, S.S. (ed) *El derecho a la salud en las Américas: Estudio constitucional comparado*. Washington, OPS/OMS (publicación científica n.º 509).
- SABROZA, P. C. & Leal, M. C., (1992) Saúde, Ambiente e desenvolvimento: Alguns conceitos fundamentais, in Leal, M.C., Sabroza, P.C., Rodriguez, R. H., Buss, P.M. (org.) *Saúde, ambiente e desenvolvimento, Vol. I: Uma análise interdisciplinar*, São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO.
- SARTORI, G., (1982) *Partidos e sistemas políticos*, Rio de Janeiro, Zahar.

- SERENKO, A. F., & Ermakov, V.V., (1986) *Higiene social y organización de la salud pública*. Moscú, Editorial Mir, (trad. española).
- Société d'études pour le développement économique et social-SEDES, *Rapport de l'étude de l'émigration et des transferts des émigrés capverdiens*, slp ; sd.
- TEIXEIRA, S.M.F., (1993) "A Construção Social dos Estados Nacionais e dos Cidadãos" in *Estado sem Cidadãos*, Tese de Doutorado, IUPERJ, Rio de Janeiro.
- TERRIS, M., (1980) "Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica", in *Foro Mundial de la Salud*, 1 (1,2): 93 -103.
- UNICEF, (1987-1992) *Situação Mundial da Infância*, Brasília, Unicef.
- _____, (1993) *Criança e mulher em Cabo Verde: Análise de situação*, Praia-Cabo Verde, Unicef.
- URIBE RIVERA, J. (org) (1992) *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*, (2ª ed.) S. Paulo, Cortez.
- VERAS, C.M.T., (1992) *Equity in the use of Private Hospitals Contracted by Compulsory Insurance Scheme in the City of Rio de Janeiro in 1986*, Tese de doutorado, London School of Economics and Political Science.
- VIEIRA, Henrique. L. S. R., (1989) *História da Medicina em Cabo Verde*. Praia, Instituto Cabo-verdiano do Livro.
- World Health Organization, (1978) *Alma Ata: Primary health care*, Geneva, WHO.
- World Bank, (1992) *Trends in developing economies*. Washington, WB.

1. QUESTIONÁRIO

A. Política de saúde em Cabo Verde na década de 80:

O contexto em que se deu a formulação das políticas de saúde após a independência apresentava, como aspectos relevantes: ruptura com o sistema colonial e herança do tipo de organização e legislação; projecto de sociedade de inspiração socializante defendido pelo partido no poder; influência das políticas de Atenção Primária e de Saúde para Todos no ano 2000-SPT/2000 – veiculadas pela OMS; carência acentuada de recursos humanos, materiais e financeiros.

A.1. - Definição de princípios

A.1.1 - Podes indicar os princípios que no teu ponto de vista eram mais evidentes na configuração da política de saúde cabo-verdiana?

A.1.2 - Como tomaste conhecimento desses princípios?

- Documentos oficiais Quais?
- Discursos De quem?
- Reuniões de trabalho Quais?
- Outras fontes Por favor, assinala quais.
- Em qual(ais) das fontes assinaladas eram melhor explicitadas?

A.2. - Operacionalização

Por vezes, entre a elaboração teórica dos princípios e a operacionalização dos mesmos há uma grande distância. O que acontecia em Cabo Verde, nomeadamente, quanto a:

A.2.1 - Os cuidados primários de saúde (CPS) constituíam um dos pilares da política de saúde. Existia uma prática efectiva de cuidados primários? Em que se traduzia?

A.2.2 - Outro princípio adoptado era a articulação entre os CPS e os cuidados diferenciados. Que aspectos salientes contrariavam esse princípio?

A.2.3 - Na tua avaliação, que factores, para além das limitações estruturais, terão condicionado a descentralização dos recursos – humanos, rede de serviços e materiais – em nível local?

A.2.4 - Como avalias a descentralização do poder técnico e administrativo em nível local?

A.2.5 - Que efeitos (positivos e negativos) o princípio da gratuidade dos cuidados terá tido sobre a demanda dos serviços? Cite alguns.

A.2.6 - Como avalias a política de formação de quadros técnicos de saúde (no país e no exterior)?

A.2.7 - Concordas com a afirmação de que os resultados alcançados pelo sistema de saúde cabo-verdiano foram exitosos? Podes apontar algumas razões?

A.3 - Coerência

A.3.1 - Parto do pressuposto de que os princípios enunciados se reflectiam na organização adoptada para sector e nos métodos escolhidos para operacionalização das políticas de saúde.

Achas que existia coerência nessa relação? Como a caracterizarias (ou sua ausência)?

A.3.2 - As políticas de saúde e a sua execução reflectiam as políticas sociais enquanto uma das suas vertentes principais. Como vias a sua articulação com as outras vertentes (educação, segurança social, transporte etc.)?

A.3.2 - Um dos parâmetros comumente utilizados para medir a prioridade à saúde é a alocação de recursos financeiros ao sector saúde pelo poder público. As políticas económicas davam uma sustentação adequada às políticas de saúde?

A.4 - Voltando aos princípios enunciados nas políticas de saúde:

A.4.1 - Qual(ais) deles merecia(m) a tua discordância e porque?

A.4.2 - Que questões ligadas a esses princípios levantavam mais polémica no grupo profissional da tua convivência?

B. Actores sociais:

Era notória uma tensão crescente entre a implantação do sistema único estatal com base nos Cuidados Primários de Saúde-CPS e na SPT/2000 e a progressiva liberalização do processo político, económico e social, o qual atingiu o seu ponto alto nos finais da década de 80.

B.1 - *A reacção dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros) contra a (em relação à) natureza estatal do sistema de saúde era crescente mas não unânime. No teu ponto de vista, que opiniões prevaleciam particularmente, em relação aos seguintes aspectos:*

B.1.1 - Proibição do exercício privado da medicina;

B.1.2 - Actividade privada exercida por enfermeiros (clandestina/tolerada);

B.1.3 - Permanência em funcionamento de duas clínicas privadas (clínica médico-cirúrgica e dentária) em S. Vicente.

B.2 - *As possibilidades diferentes (na prática) quanto ao exercício de actividade privada terão originado conflitos, pelo menos latentes, no relacionamento entre médicos e enfermeiros, com repercussão negativa no trabalho de equipa. Como vias esses conflitos?*

B.3 - *Notava-se um posicionamento diferente consoante o estrato social da população (baixa, média ou alta renda) em relação à organização estatal dos serviços prestados (acesso incluindo tratamento fora do país, aceitação, satisfação das necessidades). Como percebias*

essas manifestações?

B.4 - Num regime de partido único as disputas pelo poder, por razões óbvias, não se dão no campo político partidário mas se concentram nas esferas dos poderes técnico e administrativo (cargos de direcção; jogo de influências; mecanismos administrativos etc.).

Na tua opinião, como se manifestavam as disputas pelo poder no seio do sector saúde?

C. Organização do Sector Saúde

Tendo em atenção a dispersão natural do território, as dificuldades de comunicação e as dissemelhanças (geográficas, demográficas, sociais e culturais) entre as diferentes ilhas/municípios;

C.1 - Qual a tua opinião sobre a organização/estruturação do sector, a nível central?

C.2 - A organização das actividades locais seguia as orientações derivadas dos princípios definidos? De que forma?

C.3 - A distribuição de recursos humanos pelos diferentes municípios/ilhas reflectia os princípios consagrados nas políticas de saúde?

C.4 - Como avalia a distribuição dos recursos financeiros pelos diversos serviços e programas de saúde?

C.5 - Para ti, a influência da cooperação internacional/doadores sobre a organização do sector saúde se traduzia:

- Apoiando a formulação de políticas coerentes.
- Financiando actividades formuladas no país.
- Impondo formas pré-concebidas de organização.
- Condicionando o financiamento à aceitação de determinadas práticas.

- Outras formas:

D. Condições de oferta e de demanda dos cuidados de saúde

D.1 - Em que medida a oferta de serviços, através de equipas móveis e dos diversos programas e dos estabelecimentos de saúde fixos, respondia à demanda de cuidados (em termos de acesso, aceitação e satisfação das necessidades) da(s):

D.1.1 - Diferentes regiões geográficas do país

D.1.2 - População rural

D.1.3 - População urbana

D.1.4 - Grupos-alvo (crianças, gestantes, 3ª idade, doentes crónicos).

Muito grato pelas tuas respostas!

2. INFORMANTES PRIVILEGIADOS

Enf.^a Germana Neves Gomes

Dr^a. M^a. Alice Valadares Dupret Ribeiro

Dr^a. Arcelinda Barreto

Dr. Ildo Augusto de Sousa Carvalho

Dr. Pitt Reitmaier

Dr. Luiz Eduardo Fonseca

Dr. Pedro do Rosário

Dr. Ernesto Rocha

Dr. Bernardo de Assis Filho

Dr. José Manuel Monteiro d'Aguiar

