CNDHC
COMISSÃO NACIONAL PARA OS DIREITOS HUMANOS E A CIDADANIA

ESTUDO SOBRE O EXERCÍCIO DA CIDADANIA EM SAÚDE EM CABO VERDE

ESTUDO SOBRE O EXERCÍCIO DA CIDADANIA EM SAÚDE EM CABO VERDE

2022

Ficha Técnica

Titulo
Estudo sobre o Exercício da Cidadania em Cabo Verde

Propriedade
Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania
Instituição Responsável pelo Estudo:
IPED – Instituto de Pesquisa e Estudos para o Desenvolvimento

Consultores
Doutor Nardi Sousa – Coordenador do Estudo – Sociólogo e Investigador – Membro do IPED
Mestre Marcília Fernandes – Técnica de Saúde/Farmacêutica e Investigadora– Membro do IPED
Mestre Anderson Barbosa – Jurista e Investigador – Membro do IPED
Mestre Lamine Tavares – Estatístico/Engenheiro – Membro do IPED

Financiador
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Composição Gráfica e Capa
Eneias Rodrigues (CS Design)

Impressão
Tipografia Santos

Conteúdos

Nota de apresentação 13

SIGLAS E ABREVIATURAS 15

Agradecimentos 17

Sumário Executivo 19

1. Introdução 29

2. Cidadania e participação em Saúde: Conceitos e Abordagens 39

3. Literacia em Saúde 47

   3.1. O que é Literacia em Saúde? 48

   3.2. A importância da Literacia na Saúde 50

   3.3. Promoção da Literacia em Saúde 52

   3.4. Gestão de Informação em Saúde 53

4. Metodologia do Estudo 55

   4.1. Limitações do Estudo 56

5. O exercício da cidadania em saúde em Cabo Verde: Medidas legislativas, administrativas, de políticas públicas ou de outra natureza, colocadas em prática, com relevância para a efetivação do Direito à Saúde (O período pré e pós pandemia Covid-19 em Cabo Verde) 61

   5.1. O direito à saúde como direito fundamental 61

   5.2. O direito à saúde como direito humano fundamental 62

   5.3. Cidadania em saúde: Perspetiva da Constituição Cabo-verdiana 65

   5.4. As atividades e prestações do Estado na concretização do direito à saúde 71

   5.5. Missão e Visão para o setor da Saúde 72

   5.6. Estratégias político-administrativas de efetivação do direito à saúde 72

   5.7. As medidas legislativas de efetivação do direito à saúde 78

   5.8. As medidas administrativas e legislativas no período pós covid-19 79

6. Componente Empírica: Vozes das Associações, dos Técnicos / Responsáveis de Saúde, dos Cidadãos Comuns sobre a Cidadania em Saúde 83
6.1. Cidadania em saúde: Vozes das Associações da Sociedade Civil 84
6.2. Resultados sumários de dois grupos focais: Delegacias de Saúde do Mindelo e da Ribeira Brava de São Nicolau e Associação APIMUD 108
6.3. A Voz dos cidadãos imigrantes 120
6.4. Cidadania em saúde por 4 cidadãos (Mulheres): Visões indicativas 128
7. Política Nacional de Saúde e Perfil Sanitário do País 133
7.1. A Saúde em Cabo Verde: Perfil Sanitário 133
7.2. O Pragmatismo dos PNDS (Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário) 136
7.3. PNDS 2012-2016 138
7.4. O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2017-2021) 140
7.5. PNDS 2017-2021 142
7.6. Programa de Promoção da Saúde 146
7.7. Parceria para a Saúde 147
8. Indicadores da Situação Sanitária em Cabo Verde 149
8.1. Dados Demográficos 149
8.2. Mortalidade Infantil, Menores de cinco anos e Materna 151
8.3. Morbilidade 160
8.4. Fecundidade nas Mulheres (15-49 anos) 171
8.5. Telemedicina 177
8.6. Doação de Sangue e de Leite Humano 179
8.7. Diabetes e Hipertensão 181
8.8. Evacuações Internas e Externas 183
8.9. Saúde em Cabo Verde: Recursos 187
9. Indicadores Relativos ao Conhecimento da Pandemia do Coronavírus 195
10. Indicadores sobre Usuários de Drogas 199
10.1. Caraterísticas Sociodemográficas do Consumidor de drogas 200
10.3. Padrão de consumo das drogas 201

10.4. Vulnerabilidade face às infeções 201
11. Inquérito sobre Nível de Satisfação dos Cidadãos relativamente à Qualidade dos Serviços de Saúde Prestados 203
11.1. Síntese dos Resultados 205
11.2. Perfil do Usuário 207
11.3. Regularidade com que Frequenta uma Estrutura de Saúde 211
12. CONCLUSÕES 235
13. Recomendações 241
Bibliografia 249
ANEXOS 253
ANEXO 1 – Quadro Legislativo Complexo e Diversificado 253
ANEXO 2 – Medidas e Políticas Produzidas, no período pós Covid-19 (um conjunto de legislações especificamente ligados à pandemia). 265
ANEXO 3: PLANO DE TRABALHO DETALHADO E CRONOGRAMA (Calendário de Atividades) 274
ANEXO 4- Questionário 277
ANEXO 5- Guião de Entrevista a Especialistas e Técnicos de Saúde 284
ANEXO 6 – Guião de Entrevista às Associações 288

Índice de Gráficos

Gráfico 1-Taxa de Crescimento da população 1952 – 2021 134
Gráfico 2-Estrutura etária da população de Cabo Verde (2017-2030) 150
Gráfico 3 – Estimativas de evolução da população residente em Cabo Verde (2015-2030) 150
Gráfico 4-Evolução dos óbitos infantis de menores de 1 ano, pós-natal e neonatal, 2009 a 2018 152
Gráfico 5 – Causas de mortalidade Infantil – 2018 153
Gráfico 6 – Evolução da taxa de Mortalidade Materna – 2009 a 2018 154
Gráfico 7 – Representatividade dos óbitos em Cabo Verde segundo as principais causas (2012-2016) 154
Gráfico 8 – Óbitos segundo grupo de idade e género, 2018 155
Gráfico 9 – Causas de óbito, segundo o género e causas, 2018 156
Gráfico 10 – Óbitos por doenças do aparelho circulatório segundo o género, 2018 156
Gráfico 11 – Óbitos por tumores ou neoplasias segundo o género, 2018 157
Gráfico 12 – Óbitos por afeções respiratórias segundo o género, 2018 158
Gráfico 13 – Óbitos por causas infeciosas e parasitárias segundo o género, 2018. 158
Gráfico 14 – Óbitos por traumatismos e envenenamentos segundo o género, 2018 159
Gráfico 15 – Óbitos por causas externas segundo o género, 2018 160
Gráfico 16 – Tuberculose: taxas de incidência, prevalência e mortalidade por 100.000 habitantes (2010 – 2018) 164
Gráfico 17 – Casos de Lepra em Cabo Verde de 2010 a 2018 164
Gráfico 18 – Infeção por VIH – Casos notificados por grupo etário e género, 2018 168
Gráfico 19 – Fecundidade do momento por meio de residência: IDSR-2005 e IDSR-2018 172

Gráfico 20 – : Proporção das adolescentes (15-19 anos) que declararam estar grávida do 1º filho, no momento do inquérito (IDSR-2005 e IDSR-2018)..... 173

Gráfico 21 – Utilização da contraceção no momento do inquérito, pelas mulheres em união (IDSR- 2005 e IDSR-2018)..... 173

Gráfico 22 – Utilização da contraceção no momento do inquérito, pelas mulheres não unidas (IDSR-2018)..... 175

Gráfico 23 – Preferência de fecundidade das mulheres 15-49 anos unidas (IDSR-2005 e IDSR-2018)..... 175

Gráfico 24 – Distribuição da Prevalência contracetiva por método (%), 2018..... 176

Gráfico 25 – Partos assistidos por profissionais qualificados (médicos e enfermeiros), 2014 a 2018..... 176

Gráfico 26 – Evolução das Teleconsultas, 2013 a 2018..... 177

Gráfico 27 – Distribuição das Teleconsultas por Centro de Referência, 2018..... 178

Gráfico 28 – Teleconsultas por Especialidades no Hospital Dr. Agostinho Neto e Dr. Baptista de Sousa, 2018..... 178

Gráfico 29 – Total de Teleconsultas por Núcleo solicitante, 2018..... 179

Gráfico 30 – Doadores de Leite humano, dezembro 2011 a 2018..... 180

Gráfico 31 – Número de doentes evacuados para o exterior (2012-2016)..... 183

Gráfico 32 – Doentes evacuados por género em 2018..... 185

Gráfico 33 – Doentes evacuados para exterior, por ilha de procedência, ano de 2018..... 186

Gráfico 34 – Processos homologados à espera de evacuação externa, ano de 2018..... 186

Gráfico 35 – Doentes evacuados para exterior, por especialidade médica, ano de 2018..... 187

Gráfico 36 – Rácio de efetivos médicos e enfermeiros, por região (2016)..... 189

Gráfico 37 – Efetivos por género, ano de 2017 e 2018..... 190

Gráfico 38 – Evolução de ingressos, ano de 2004 a 2018..... 190

Gráfico 39 – Evolução do OE MSSS 2016 a 2019 e Projeção a 2021(QDMP..... 192

Gráfico 40 – Mapa de farmácias públicas e privadas a nível nacional, ano de 2018..... 193

Gráfico 41 – Idade dos Inquiridos..... 207

Gráfico 42 – Sexo/Género..... 207

Gráfico 43 – Escolaridade 208
Gráfico 44 – Situação Laboral 208
Gráfico 45 – Descontos para a segurança social 209
Gráfico 46 – Descontos para Segurança Social – Pessoas que frequentam as Clínicas e Centros de Saúde 209
Gráfico 47 – Desconto para a Segurança Social – Pessoas que frequentam os Hospitais 210
Gráfico 48 – Unidade(s) que costuma frequentar 211
Gráfico 49 – Regularidade que vai a um Centro de Saúde/Hospital/Clínica ... 211
Gráfico 50 – Regularidade que vai a uma Clínica ou Centro de Saúde 212
Gráfico 51 – Regularidade que vai a um Hospital 212
Gráfico 52 – Propósito da Ida ao Médico/Hospital/Centro de Saúde 213
Gráfico 53 – Propósito da Ida ao Médico/Clínicas e Centro de Saúde 213
Gráfico 54 -Avaliação da Limpeza/Higienização dos Ambientes 214
Gráfico 55 – Avaliação da limpeza/higienização dos Ambientes nas Clínicas 214
Gráfico 56 – Avaliação da Limpeza/higienização dos Ambientes nos Centros de Saúde 215
Gráfico 57 – Conforto dos Ambientes 215
Gráfico 58 – Boa sinalização das estruturas de saúde 216
Gráfico 59 – Higiene das Roupas Fornecidas 216
Gráfico 60 – Satisfação quanto à Limpeza e Conforto das Roupas 217
Gráfico 61 – Alimentação Fornecida pela Estrutura 217
Gráfico 62 – Informações e Esclarecimentos sobre o estado de saúde 218
Gráfico 63 – Conhecimento do Nome do Profissional de Saúde que Atendeu 218
Gráfico 64 – Conhecimento de um Local Onde Reclamar 219
Gráfico 65 – Conhecimento de um Local onde reclamar num hospital 219
Gráfico 66 – Pagamento de procedimento no atendimento 220
Gráfico 67 – Pagamento de procedimento no atendimento num Hospital 220
Gráfico 68 – Custo de Pagamento do Procedimento numa estrutura de saúde 221
Gráfico 69 – Expectativa quanto à Estrutura de saúde 221
Gráfico 70 – Tempo de marcação da consulta 222

Gráfico 71 – Tempo de marcação da consulta em Hospitais 223
Gráfico 72 – Satisfação com o tempo de marcação da Consulta 223
Gráfico 73 – Obtenção da Consulta 224
Gráfico 74 – Atendimento – Sala de Espera 225
Gráfico 75 – Atendimento Sala de Espera – Hospitais 226
Gráfico 76 – Atendimento 226
Gráfico 77 – Custo 228
Gráfico 78 – Humanização dos Cuidados 228
Gráfico 79 – Atenção Imediata: Urgência/Emergência 229
Gráfico 80 – Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades 230
Gráfico 81 – Atenção em Regime de Internamento 230
Gráfico 82 – Saúde Materno-infantil 231
Gráfico 83 – Atendimento a Pessoas com Deficiência/PvVIH+ (Pessoas vivem com VIH), Doentes Crónicos 232
Gráfico 84 – Dificuldades enfrentadas pelas PcD/PvVIH nas estruturas de saúde 232
Gráfico 85 – Dificuldades por que passam as PcD (Pessoas com Deficiência) nas estruturas de saúde 233
Gráfico 86 – Dificuldades enfrentadas pelos UD (Usuários de Drogas) nas estruturas de saúde 233
Gráfico 87 – Avaliação dos serviços oferecidos às PcDs, PvVIH, UD 234
Gráfico 88 – Situação pós-Covid-19 - Atendimento numa Estrutura de saúde durante e pós quarentena 234

Índice de Tabelas

Tabela 1-Tabela: Informações sobre a população, 2010 e 2014 a 2018 149

Tabela 2-População por faixas etárias e género 2018 151

Tabela 3-Evolução do Número de óbitos de crianças
e Óbitos maternos de 2009 a 2018 151

Tabela 4 – Total de óbitos dos 0 a 364 dias por grupos de idade e género, 2018 152

Tabela 5 – Tabela: Casos de afeções e doenças prioritárias notificados,
2014 a 2018 162

Tabela 6 – Nº de casos de doenças de notificação obrigatória
em Cabo Verde (2012 - 2017) 163

Tabela 7 – Paludismo (autóctone e importado) – incidência
e mortalidade de 2011 a 2018 165

Tabela 9 – Evolução das taxas de deteção de novos casos de VIH, SIDA
e mortalidade de 2008 a 2018 167

Tabela 10 – Evolução da infeção VIH-SIDA, 2008 a 2018 169

Tabela 11 – Gravidez em menores de 17 anos nas consultas Pré-natais,
por Concelho, 2014 a 2018 170

Tabela 12 – Gravidez na adolescência por concelho, 2018 171

Tabela 13 – Segurança Transfusional, 2018 179

Tabela 14 – Casos de Diabetes e Prevalência notificados
por Delegacia de Saúde, 2017 e 2018 181

Tabela 15 – Casos de Hipertensão Arterial e Prevalência notificados
por Delegacia de Saúde, 2017 e 2018 182

Tabela 16 – Distribuição das camas por serviço nos Hospitais Centrais, 2018 183

Tabela 17 – Doentes evacuados para exterior por faixa etária, ano de 2018 185

Tabela 18 – Estruturas de prestação de cuidados de saúde
por tipologia (2012-2016) 188

Tabela 19 – Taxas de respostas certas do questionário de conhecimentos
da população residente em Cabo Verde sobre COVID-19 196

Tabela 20 – Prevalência do VIH, VHB, VHC, TB e sífilis 201
Proposta Original 274
Instrumentos metodológicos e Stakeholders – Plano de Trabalho no Terreno 275
B – Processo de Consulta 277
Faça um círculo no número que corresponde ao seu grau de concordância relativamente a afirmação feita: 277
Atendimento 278
Caso o atendimento tenha sido no centro de saúde, hospital ou clínica faça um círculo à volta da estrutura e continue respondendo à pergunta..... 278
Caso o atendimento tenha sido no centro de saúde, hospital ou clínica faça um círculo à volta da estrutura e continue respondendo à pergunta..... 279
Humanização dos cuidados 280
Faça uma avaliação das estruturas de saúde na sua zona 280
Atenção Imediata: Urgência/Emergência..... 280
Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades..... 281
Atenção em Regime de Internamento 281
Saúde Materno-infantil 281
Atendimento a Pessoas com Deficiência/PvVIH (Pessoas vivem com VIH), Doentes Crónicos 282
Situação Pós Covid-19 283

Índice de Figuras

Gonçalves e Ramos (2010,9) 42
Ana Rita Pedro (2018, p7) 48
Figura 1 – Modelo(Transitório) do sistema de saúde em Cabo Verde..... 98
Figura 2-PNDS 2017 – 2021 141
Figura 3-Principais Fatores de Mudança de Paradigma 142
Figura 4-Síntese da Avaliação Final do PNDS 2012-2016..... 145
Figura 5- Principal oferta privada de cuidados de saúde (2017)..... 191

Nota de apresentação

A Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania apresenta o "Estudo sobre o Exercício da Cidadania em Saúde em Cabo Verde", na expetativa de contribuir para a melhoria do acesso e cuidados de saúde em Cabo Verde.

Importa recordar, antes de mais, que a Constituição da República de Cabo Verde estabelece que Cabo Verde é uma República soberana, que garante o respeito pela dignidade da pessoa humana e que reconhece que os direitos humanos são invioláveis e inalienáveis.

Para uma vida com dignidade, todos os direitos humanos devem ser garantidos e efetivados, em particular o direito à saúde, sem o qual a vida e a dignidade de qualquer cidadão poderão ficar severamente comprometidas.

A este propósito, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, instrumento fundamental a nível da proteção dos direitos humanos, consagra que "toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para assegurar a sua saúde e o seu bem-estar, bem como os da sua família, (…)".

O Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, ao qual Cabo Verde está vinculado, reconhece o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir. Para isso, o Estado, quer através do seu próprio esforço, quer através da assistência e cooperação internacionais, deve assegurar progressivamente o pleno exercício dos direitos económicos, sociais e culturais, nos quais se inclui o direito à saúde.

Ao longo dos anos, Cabo Verde tem desenvolvido esforços para aproximar os cuidados de saúde das populações e tem procurado, através das várias medidas de política adotadas, reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde.

A construção de novos hospitais, centros de saúde e delegacias de saúde e a formação de médicos, enfermeiros e auxiliares de saúde são sinais demonstrativos dos esforços para garantir um melhor nível de cuidados de saúde às populações.

Não obstante, persistem ainda desafios enormes no que concerne à qualidade e equidade na prestação dos serviços a toda a população, sendo que um dos mais preocupantes tem a ver com o acesso à saúde por parte das populações vulneráveis, em particular as pessoas com deficiência.

O II Relatório Nacional de Direitos Humanos (2010-2019), elaborado pela Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania, assinala a insuficiência das infraestruturas, recursos e serviços de saúde; o acesso diferenciado aos serviços de saúde nas diferentes regiões; a precariedade dos atendimentos

realizados nos serviços de saúde; os custos dos serviços de saúde; a morosidade e qualidade dos cuidados de urgência; o fornecimento de medicamentos; a falta de equipas multidisciplinares e dos equipamentos que permitam o desempenho das suas funções, como alguns dos desafios no campo da saúde.

Pode-se, assim, afiançar que, no campo da saúde, todos os esforços são necessários para garantir que, gradualmente, haja melhoria de condições que propiciem a cada cidadão alcançar o melhor estado de saúde possível de atingir.

O direito à saúde está intimamente relacionado e dependente da realização de outros direitos humanos, tal como contidos na Carta Internacional dos Direitos Humanos, incluindo os direitos à alimentação, habitação, trabalho, educação, dignidade humana, vida, não discriminação, igualdade, proibição da tortura, privacidade, acesso à informação, e as liberdades de associação, reunião e movimento. Estes e outros direitos e liberdades abordam componentes integrais do direito à saúde (*Observações Gerais N. º14 parágrafo 3, (E/C.12/2000/4 de 11 agosto 2000) do Comité dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais*).

Considerando que a Pandemia da COVID-19, declarada pela Organização Mundial da Saúde, em março de 2020, veio trazer novos desafios no domínio da saúde, com alguns impactos ainda em fase de estudo e com efeitos que perdurarão por tempo ainda não determinado, a CNDHC, com o apoio do Sistema das Nações Unidas em Cabo Verde, levou a cabo um "Estudo sobre o Exercício da Cidadania em Saúde em Cabo Verde", com o objetivo de analisar como tem sido exercida a cidadania em saúde em Cabo Verde, comparando o período pré e o abrangido pela pandemia Covid-19.

A realização do presente estudo justificou-se pela necessidade de auscultação dos vários intervenientes no campo da saúde e análise das políticas existentes de modo a se conhecer melhor o estado do exercício da cidadania em saúde em Cabo Verde e formular recomendações que contribuam para a definição de políticas que propiciem uma melhor efetivação do direito humano à saúde em Cabo Verde.

Considerando a vasta informação constante neste estudo, apelamos a uma leitura atenta deste documento e a uma reflexão sobre como podemos contribuir para uma melhor literacia em saúde e dar o nosso contributo para que o gozo do direito à saúde seja uma realidade na vida de cada cidadão.

A Presidente da CNDHC
Zaida Morais de Freitas

SIGLAS E ABREVIATURAS

AGRCV – Associação dos Guineenses Residentes em Cabo Verde

AISRCV – Associação dos Imigrantes Senegaleses Residentes em Cabo Verde

ACARINHAR – Associação das Famílias e Amigos de Crianças com Paralisia Cerebral

ADEVIC – Associação de Deficientes Visuais de Cabo Verde

A PONTE – Associação de Promoção da Saúde Mental

APIMUD – Associação Cabo-verdiana de Promoção e Inclusão das Mulheres com Deficiência

CENORF – Centro Nacional Ortopédico e de Reabilitação Funcional

COLMEIA – Associação de Pais e Amigos de Crianças e Jovens com Necessidades Especiais

CCCD – Comissão de Coordenação do Combate à Droga

CNDHC – Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania

CREC – Comunicação de Risco e Envolvimento Comunitário

COPAC – Comité Paralímpico de Cabo Verde

DCERP – Documento de Crescimento e Redução da Pobreza

DNE – Direção Nacional do Ensino

DNS – Direção Nacional da Saúde

DPS – Decisão Partilhada em Saúde

FECAD – Federação Cabo–verdiana das Associações de Pessoas com Deficiência

IDSR – Inquérito Demográfico em Saúde Reprodutiva

HI – Handicap Internacional

INSP – Instituto Nacional de Saúde Pública

MSS – Ministério da Saúde e Segurança Social

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Orçamento do Estado

PNDS – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PMI–PF – Planeamento Materno Infantil – Planeamento Familiar

PcDs – Pessoas com Deficiência

PvVHI – Pessoas que vivem com VIH

PNADHC – Plano Nacional de Ação para os Direitos Humanos e a Cidadania

ONUDOC – Agência das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

RPASM – Rede de Prevenção de Abuso Sexual de Menores de Santo Antão

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

UD – Usuário de Drogas

UBS – Unidade Sanitária de Base

Agradecimentos

A equipa de consultores aproveita para agradecer a gentileza dos responsáveis das instituições de saúde pública, e não só, que colaboraram neste estudo, fornecendo informações úteis e preciosas para a conclusão do mesmo. Essa colaboração foi crucial para o alcance dos resultados sobre o exercício da cidadania em saúde em Cabo Verde.

Começamos por agradecer o Ex-Diretor Nacional de Saúde; o atual Diretor Nacional de Saúde e a Presidente do Instituto Nacional de Saúde Pública – INSP, assim como os Delegados de Saúde de Mindelo (São Vicente) e de Ribeira Brava (São Nicolau) pela disponibilidade, discussão e esclarecimentos sobre os serviços de saúde a nível nacional e local.

Da mesma forma, agradecemos os representantes das seguintes associações: i) A Ponte (Associação de Promoção da Saúde Mental); ii) Colmeia (Associação de Pais e Amigos de Crianças e Jovens com Necessidades Especiais); iii) Acarinhar (Associação das Famílias e Amigos de Crianças com Paralisia Cerebral); iv) ADEVIC (Associação de Deficientes Visuais de Cabo Verde); v) FECAD (Federação Cabo-verdiana das Associações de Pessoas com Deficiência); vi) CENORF (Centro Nacional Ortopédico e de Reabilitação Funcional); vii) Rede Nacional das PvVIH (Apoio a PvVIH+); viii) COPAC (Comité Paralímpico de Cabo Verde); ix) APIMUD (Associação Cabo-verdiana de Promoção e Inclusão das Mulheres com Deficiência); x) AGRCV (Associação dos Guineenses Residentes em Cabo Verde); AISRCV (Associação dos Imigrantes Senegaleses Residentes em Cabo Verde).

A equipa gostaria também de agradecer de forma calorosa quatro senhoras que, amável e gentilmente, partilharam as suas histórias de vida e o seu estado de saúde, e que muito contribuíram na compreensão da literacia em saúde, assim como a questão do direito à saúde.

Sumário Executivo

Esta pesquisa foi realizada de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021, e teve como objetivo geral, elaborar um estudo sobre o exercício da cidadania em saúde em Cabo Verde, comparando o período pré e o abrangido pela pandemia Covid-19 em Cabo Verde. Da mesma forma, procurou analisar as medidas legislativas, administrativas, de políticas públicas ou de outra natureza, colocadas em prática, com relevância para a efetivação do Direito à Saúde; recolher, junto dos principais organismos governamentais e da sociedade civil, dados colocados em prática, com relevância para a efetivação do direito à saúde; referenciar algumas denúncias que têm vindo a ser feitas, bem como as situações sinalizadas como atentatórias deste direito fundamental, que podem consubstanciar uma violação do direito à saúde e dificultarem o exercício deste direito; e elaborar recomendações sobre medidas e políticas públicas de saúde a adotar com vista à melhor efetivação do direito de saúde no país.

Em termos metodológicos, fez-se uma i) **revisão documental abrangente** das diretivas internacionais no domínio do direito à saúde, dos estudos produzidos no país, da produção legislativa, documentos de política governamental, projetos e programas implementados ou em fase de implementação, assim como informações estatísticas ou de outra índole; ii) **organizou-se Grupos Focais**, entrevistas com dirigentes de instituições-chave e utentes de serviços de saúde para a implementação da proposta e discussões com organizações, grupos e pessoas chave que visam promover o direito ao acesso à saúde de grupos vulneráveis, assim como algumas associações, instituições, cujos grupos focais estiveram bem representados pelo género, idade e diversidade das partes interessadas; iii) realizaram-se algumas **entrevistas Individuais** com o objetivo de obter alguns *insights* do cidadão; **iv)** foi aplicado ainda um **Questionário sobre o Nível de Satisfação dos Cidadãos relativamente à Qualidade dos Serviços de Saúde Prestados; v) e foi feita a socialização dos resultados,** no dia 22 de junho junto de várias instituições públicas e privadas, mormente o Ministério da Saúde, a Direção Nacional de Saúde, várias Organizações da Sociedade Civil, o representante do PNUD (Nações Unidas), Alta Autoridade para Imigração, e incorporou-se as recomendações da plateia na versão final do estudo.

Notou-se que Cabo Verde está numa transição, um pouco acelerada, de um modelo médico para um mais holístico. O interessante é que o modelo holístico é assumido pelo PNDS 2017-2021 e pelos técnicos e pessoal da saúde. Os técnicos de saúde consideram que o modelo de intervenção, pelo menos na teoria, é mais holístico. Verifica-se uma mudança paulatina de paradigma que está a deixar

de ser *hospitalocêntrica,* ou baseada no médico, para se focar na multissetorialidade, com equipas constituídas por médicos, psicólogos e assistentes sociais. Há ainda muito trabalho a ser feito, desde controlo/monitoramento, formação, diálogo, abertura, avaliação, de modo a se chegar ao modelo que se pretende. É que da parte da sociedade civil (associações) e das populações, o modelo que ainda mais se verifica é o médico. São duas narrativas diferentes, e talvez ambas com um pouco de verdade. Há necessidade de se trabalhar mais afincadamente as práticas, os hábitos e *modus operandi*. É verdade que o país ainda não chegou a um nível de literacia em saúde elevado, em que o próprio cidadão é visto, e sente-se, como um parceiro do sistema nacional de saúde. Está-se longe daquilo que se designa por *Decisão Partilhada em Saúde* (DPS), algo fundamental para a participação das pessoas nas suas decisões relativas à sua saúde. A participação dos doentes/utentes no planeamento e execução dos cuidados ganha uma importância cada vez maior.

Enquadramento: Por uma Agenda da Cidadania em Saúde: O Compromisso da CNDHC

A CNDHC, ao encomendar este estudo sobre *o Exercício da Cidadania em Saúde*, afirma-se como uma instituição que tem procurado forjar uma agenda da cidadania em saúde. Nesse processo, e esforço, contínuo de efetivação do direito à saúde, em 2016 a CNDHC visitou e recebeu várias instituições, no sentido de conhecer a situação, os constrangimentos e promover algumas soluções concertadas: o Serviço da Psiquiatria – Extensão Trindade do Hospital Dr. Agostinho Neto e a Associação Acarinhar (crianças com paralisia cerebral).[1]

A CNDHC tomou parte ativa, como entidade parceira, na *Campanha Nacional de Prevenção do Uso Abusivo do Álcool* – Presidência da República, com o propósito de conhecer melhor e de se identificar a forma mais adequada de se contribuir para a erradicação ou redução do alcoolismo no país. Participou ainda no lançamento da "*Cartilha de Prevenção à Droga e Crime, Direitos Humanos e Cidadania*", junto da Comissão de Coordenação do Combate à Droga (CCCD) e da Direção Nacional do Ensino (DNE), em parceria com a ONUDC, visando o público estudantil do ensino secundário; e no XVI Fórum A Ponte sob o lema "*Dignidade em Saúde Mental: Primeiros Socorros Psicológicos e Saúde Mental para todos.*"[2]

Estas ações colocam a CNDHC numa posição de destaque, de *plaidoyer*, na promoção da saúde como um Direito Humano fundamental e um *bem comum* inadiável que deve ser promovido por todos. É nesta senda que, ao longo de 2017,

1 Relatório Anual de Atividades da CNDHC, abril 2016, p34.

2 A CNDHC apresentou uma comunicação intitulada "*Cidadania, Responsabilidade Cívica e Saúde Mental para todos*».

a CNDHC proporcionou a 32 monitoras e educadoras de infância dos jardins da Câmara Municipal da Praia uma formação sobre abuso sexual de menores, capacitando-as para a identificação de casos de abuso sexual nas crianças sob seus cuidados, assim como dotá-las de conhecimentos sobre os direitos e deveres das crianças e sobre as instituições que devem ser acionadas no caso das diferentes violações dos direitos das crianças.[3]

Nesse mesmo ano, houve uma série de visitas a instituições como i) Rede de Prevenção de Abuso Sexual de Menores de Santo Antão (RPASM); ii) Centro de Acolhimento de Doentes Mentais, Vila Nova, São Vicente**.** Fez-se ainda um trabalho de *Receção, tratamento, encaminhamento e seguimento de denúncias***,** de violações dos Direitos Humanos, num total de 64 casos, notando que 16% estão relacionadas com a **saúde**, 13% com **Criança**, 11% com Imigrante.[4]

O destaque dado à questão do Direito à saúde ganhou mais visibilidade na agenda da CNDHC, com a **Publicação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência,** uma brochura com o texto da Convenção sobre os Direitos das PcDs, com o desígnio de superar os desafios no que se refere ao respeito pelos seus direitos e divulgar as Convenções internacionais de Direitos Humanos ratificadas por Cabo Verde, remetendo ao Governo uma Recomendação, com enfoque nos constrangimentos, na efetivação do direito à saúde em Cabo Verde, sobretudo no que se refere às evacuações.[5]

O *II Plano Nacional de Ação para os Direitos Humanos e a Cidadania* (PNADHC) vem confirmar que a cidadania em saúde ganhou um espaço considerável na agenda da CNDHC, visto que, para além de focar na cidadania e direitos humanos (direitos económicos, sociais e culturais), apresenta um plano rico de objetivos, ações/medidas que, se bem trabalhadas, irão contribuir bastante para que a situação atual seja superada, garantindo maior e melhor saúde, um direito humano fundamental com suporte constitucional.[6]

São objetivos e ações/medidas que vão desde a questão da melhoria do monitoramento da *segurança no trabalho* (inspeção, uso de equipamentos, denúncia de situações que violam a segurança no trabalho) à *prevenção da sinistralidade rodoviária* (campanhas de sensibilização); *controlo de programas e mensagens violentas* na televisão e rádio que possam afetar crianças e jovens;

3 Relatório de Atividades da CNDHC 2017, Praia 2018, p26.

4 Idem, pp90-91. Em 2017, a *Receção, tratamento, encaminhamento e seguimento de denúncias* relacionadas com a saúde aumentaram 5% (passando de 13% em 2016 para 18% em 2017), apesar de o número de casos total ter diminuído de 64 para 54. Cerca de 15% das denúncias tinha a ver com Criança (Ver o Relatório de Atividades da CNDHC 2017, p72).

5 Relatório de Atividades da CNDHC, 2018, p63.

6 O plano está dividido em 4 partes: I) Promoção da cultura de cumprimento e proteção dos direitos humanos, assim como de mecanismos eficazes de tutela e de defesa que colocam os direitos humanos como farol de um Estado de Direito Democrático; II) Consolidação e reforço dos índices de concretização dos direitos civis e políticos, intervindo sobre as áreas mais problemáticas; III) – Materializar, progressivamente, os direitos económicos, sociais e culturais; e IV) Garantir a cidadania, proteção, emancipação e inclusão de membros de grupos vulneráveis. Ver o II PLANO NACIONAL DE AÇÃO PARA OS DIREITOS HUMANOS E A CIDADANIA (2017-2022), Praia, 2018.

prevenção de utilização de substâncias psicoativas e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas (campanhas de prevenção); *controlo da lei que proíbe a frequência de menores de dezasseis anos a certos estabelecimentos de venda e consumo de álcool*; *reabilitação de dependentes*; *melhoria da resposta a situações de risco para a vida* ou integridade física e prevenção da ocorrência de casos de perigo para a saúde pública (fornecimento de antirretrovirais e acompanhamento de pessoas com HIVSIDA bem como o reforço do atendimento de pessoas com outras DST); *controlo de doenças com potencial epidémico como paludismo, dengue e cólera*; e *fortalecimento e melhoria dos serviços de urgência médica préhospitalares*.[7]

Da mesma forma, existem diretrizes, objetivos e propostas de ações/medidas no campo dos direitos económicos, sociais e culturais que, direta ou indiretamente, podem afetar a melhoria e qualidade de saúde a da população: *luta contra a pobreza extrema, diminuição das desigualdades sociais e assimetrias regionais*; *apoio a famílias pobres* (famílias monoparentais); *mapeamento da pobreza e do seu impacto no seio das famílias carenciadas*; atenção e ação visando a *segurança alimentar e nutricional das famílias e crianças* em municípios mais pobres; *promoção de uma visão holística da saúde e prestação de cuidados integrados* mais próximos da população; *incremento da capacidade de cuidados primários*; maior cobertura médica e *melhor qualidade dos serviços de saúde*; *investimento nas novas tecnologias, plataformas virtuais de prestação de cuidados de saúde* visando, diminuindo as assimetrias de informação e geográficas no acesso aos cuidados de saúde; *saúde nas escolas e nas comunidades*; promoção de *boas práticas na saúde*; atenção especial aos pacientes em situação de vulnerabilidade, reduzindo os riscos de saúde; *melhoria da qualidade de vida e segurança individual dos evacuados*; *reforma do sistema de proteção social com enfoque nos segmentos ainda não abrangidos pelo regime não contributivo*; *melhoria das condições de habitabilidade, de segurança e de dignidade de vida* das pessoas e dos grupos familiares, sobretudo dos *idosos e pessoas com deficiência*; sustentabilidade ambiental.[8]

O II Plano prioriza também diretrizes, objetivos, ações/medidas concernentes à cidadania, proteção, emancipação e inclusão de membros de grupos vulneráveis: *proteção da criança contra todas as formas de violência* (maus tratos, exploração sexual, trabalho infantil); *proteção das crianças e jovens em relação ao consumo do álcool e consumo e tráfico de drogas*; *igualdade de oportunidades entre os géneros*; *proteção e apoio das adolescentes grávidas* (orientação, apoio escolar e aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva); *promoção dos direitos, e proteção das pessoas com deficiência, sobretudo crianças com deficiência* (salas de recurso multifuncionais); *adaptação dos transportes públicos e das instituições às necessidades das pessoas com deficiência*; *proteção e promoção dos direitos dos*

7 PNADHC, pp41-45.

8 Idem 57-58.

doentes mentais, no seio da família e no trabalho, e sobretudo ao nível do diagnóstico e tratamento a nível nacional; *promoção e proteção do idoso*, garantindo-lhe maior segurança e qualidade de vida, apostando em estruturas de acolhimento dos mesmos.

É interessante notar que a CNDHC deixou transparecer, nos dois primeiros Relatórios Nacionais dos Direitos Humanos (2004-2009; 2010-2019), esta preocupação em prol da cidadania em saúde em Cabo Verde:

I Relatório Nacional Direitos Humanos 2004-2009, Praia, 2010

- **Ano 2000.** Transição epidemiológica (diminuição progressiva de doenças transmissíveis ou das que se relacionam com a precariedade das condições higiénicas e sanitárias e aumento das doenças crónicas, nomeadamente a hipertensão e as doenças cardiovasculares).

- **Cobertura dos serviços de saúde considerada aceitável.** 73,5% da população poderia aceder aos serviços de saúde em menos de 30 minutos (88% nas zonas urbanas e 61% nas zonas rurais); cerca de 89% dos inquiridos satisfeitos com os serviços que recebem. As razões de insatisfação estão relacionadas com o **prolongado tempo de espera para serem atendidos** (51,3%), com o elevado custo dos serviços (27%) e com a falta de medicamentos (13%) – (**QUIBB 2007**).[9]

- **Reclamações de famílias de baixa renda sem cobertura do sistema contributivo de previdência social** e sem recursos para autofinanciamento dos cuidados de saúde. Problemas de qualidade e rapidez do tratamento, no pagamento de determinados cuidados de saúde e no acesso difícil a medicamentos nas farmácias públicas.

- **Não denegação dos cuidados de saúde (urgência).** A política nacional de saúde oferece um serviço universalmente acessível, eficaz e equânime (PNS, 2008:18), e "reconhece a natureza social das prestações de saúde, enquanto fator de desenvolvimento, de justiça social e de luta contra a pobreza".

- **Proteção contra o Trabalho Infantil**. Dados de 2008 (Inquérito Semestral do Emprego) revelam que o número de crianças trabalhadoras era de **16.328**, sendo que 77% dessas crianças se encontravam no interior da ilha de Santiago. Desse total, 7.708 estavam na faixa etária entre os 6 e os 14 anos e 8.620 entre os 15 e os 17 anos. Grande parte dessas crianças era trabalhador familiar (trabalhos agrícolas), e 54% frequentavam um

9 I Relatório Nacional dos Direitos Humanos 2004-2009, 2010, Idem p83

estabelecimento de ensino. As crianças trabalhadoras atingiam 7,6% do total das crianças nessa faixa etária (6-17 anos) em 2008, mormente nas lides domésticas e nos trabalhos agrícolas.[10]

- **Abuso Sexual de menores – práticas de pedofilia e sedução de menores**. Num *universo de 49 crianças que admitiram ter saído com adultos em troca de dinheiro, 30,6% identificaram esse adulto como "um estrangeiro". Desses, 25% pertencem à faixa etária dos 7 aos 13 anos e 34,4%, dos 14 aos 17 anos, sendo 27,3% rapazes e 37,5% meninas»*. Dados da Polícia Judiciária, de 2004 a 2009 (sobre os crimes sexuais denunciados) apontam 634 casos, cerca de 95,1% dos crimes contra menores, sendo 80% (cerca de 507) agressões sexuais e abusos sexuais.[11]

- **Mulheres – Violência Baseada no Género.** «Os dados produzidos pelo INE no âmbito do Inquérito Demográfico e à Saúde Reprodutiva e publicados em 2005, "a partir de 15 anos, mais de uma cabo-verdiana em cada 5 (21%) foi violentada fisicamente" (INE,2005:199)».

- **Idosos**. Constituem a maioria dos beneficiários da pensão social do regime não contributivo (cerca de 75%). Para além dos idosos, encontram-se nesta situação as pessoas com deficiência sem recursos, os órfãos e os indivíduos provenientes de famílias vulneráveis. Pensão de 6.000$00. Beneficiam também do Fundo Mutualista, que reforça a proteção social básica dos beneficiários da pensão social, através das prestações dos cuidados de saúde de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e assistência medicamentosa, e atribuição de um subsídio de funeral a um familiar ou herdeiro legal do pensionista falecido. Uma parte considerável de idosos também sofre de Violência Doméstica, por razões ligadas à pobreza, que levam ao abandono, maus-tratos e negligência. (pp131-132)

- **Pessoas com Necessidades Físicas e Mentais Especiais.** O Censo 2000 revelou que Cabo Verde tinha cerca de 13.948 pessoas com deficiência. Desse grupo, as crianças representam cerca de 3.157 (23% do total das PcDs). Do das PcDs, 81% têm idade inferior a 15 anos, 65% entre os 6 e os 14 anos, 8% entre 0-3 anos e 9% entre os 4-5 anos. Cerca de 37% dessas crianças estão fora do sistema escolar, sendo que 21% nunca frequentaram um estabelecimento escolar. Apenas 36% do total de crianças dos 4-5 anos frequentavam um estabelecimento de ensino em 2000.

10 Idem pp 105-106
11 Idem, 108-109.

- **Saúde Mental.** Programa Especial que garante o atendimento psiquiátrico e psicológico a nível dos Centros de Saúde, bem como das Unidades Especializadas nos Hospitais Centrais.

II Relatório Nacional de Direitos Humanos 2010-2019, Praia, 2020

- **Código Penal de 2015**. O novo Código Penal criminaliza a prostituição forçada (artigos 268ºA e 268ºB) e o recurso à prostituição de menores (artigos 145º A). Entre os anos de 2013 a 2017 foram reportados à Polícia 265 homicídios, 544 casos de abuso sexual de menores, 474 casos de agressão sexual e 19.535 casos de ofensas à integridade física.[12]

- **Riscos e Acidentes**. Em 2011 houve 202 acidentes de trabalho; em 2012 registaram-se 288 e em 2013 registaram-se 194 acidentes. Em 2017, foram registados 255 acidentes de trabalho, com 5 mortos e 2 amputações de membros.

- **Utilização de substâncias estupefacientes e psicoativas e consumo abusivo de bebidas alcoólicas.** Resultados do I Inquérito Nacional sobre a Prevalência do Consumo de Substâncias Psicoativas (ilícitas) na População Geral (2013) mostram que 7,6% da população de Cabo Verde com idade compreendida entre os 15 e os 64 anos consumiram/experimentaram uma droga ilícita em um momento qualquer da sua vida. A iniciação do consumo de "*padjinha*" ocorre a partir dos 14 anos e a experiência de embriaguez acontece antes dos 13 anos de idade O álcool é a mais consumida na população em geral. Consequências do álcool: acidentes de viação, violência doméstica e incapacidades diárias.[13]

- **Estudo Diagnóstico sobre o Perfil dos Condenados por Crimes Sexuais contra Menores (CNDHC, 2017).** Cerca de 12,5% das 70 pessoas que foram entrevistadas afirmaram ter cometido o crime sob o efeito do álcool. Também na Avaliação do Programa de Reinserção de Homens Arguidos por Violência Baseada no Género, realizado em 2017, foi reportado que 20% das 360 pessoas que participaram do Programa fizeram referência que o uso do álcool ou drogas foi o motivo da prática do ato.[14]

- **Saúde sexual reprodutiva.** Criação/Promoção em 2001 do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, substituindo o anterior Programa de Saúde MaternoInfantil/Planeamento Familiar (PMI/PF). Atendimento multidis-

12 II RELATÓRIO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS 2010-2019, Praia – 2020, pp47-48
13 Idem p56-57
14 idemp59.

ciplinar, com enfoque na promoção da saúde e de estilos saudáveis. Existência de Pacote de Cuidados Essenciais de Atenção Primária (cuidados a doenças infeciosas/transmissíveis (VIH/SIDA, IST, Tuberculose, entre outras) e atenção integrada às doenças na infância (AIDI). Os pacotes AIDI e saúde reprodutiva, com exceção dos contracetivos para os quais é cobrado um valor de 100 escudos), e os cuidados com as doenças infeciosas, com exceção dos medicamentos para algumas situações, são gratuitos, incluindo o acesso ao tratamento antirretroviral, generalizado a todos os concelhos do país. Todas as mulheres grávidas têm acesso gratuito aos serviços de SSR, que inclui o teste de prénatal do VIH, cuidados prénatais e pós-natais, cuidados pós-aborto, com exceção do tratamento medicamentoso que é comparticipado, sendo a realização do aborto também propensa a cobrança. No Pacote inclui-se também a gratuidade dos serviços de despistagem do cancro de mama e colo uterino e despistagem do cancro de próstata.[15]

- **VIH/SIDA.** De 2010 a 2016 houve variação quanto ao número de casos de VIH/SIDA detetados, tendo havido uma redução entre os anos de 2013 a 2016 de 447 casos para 381. A taxa de mortalidade aumentou em 2016. O Relatório ODM Cabo Verde aponta que a percentagem da população com infeção por VIH em estado avançado, com acesso a tratamento antirretrovirais, em 2014 era de 56%, tendo avançado significativamente em relação a 2010 (39%), verificando-se avanços no que se refere ao tratamento. Em termos de sexo, verifica-se que as mulheres são as mais afetadas, havendo variações entre os anos de 2010 a 2016. O número de óbitos, porém, é maioritário entre os homens. Apenas 1 em cada 4 pessoas vivendo com o VIH comunica a sua condição serológica positiva aos familiares e a maioria manifesta baixa autoestima (52,3%). (p96)

- **Habitação Social.** Existência de assentamentos informais e precários (nas ilhas de Boa Vista, Sal, São Vicente e Cidade da Praia), sem saneamento ou água canalizada. Relatos de que "mulheres e jovens compartilhavam a sua aflição e preocupação por terem que lavar e defecar em espaços públicos por falta de casas de banho dentro de casa ou por condições precárias de serviços públicos."

- **Desastre natural/erupção vulcânica e os furacões**. Acabam por deixar pessoas desabrigadas e a necessidade de reconstruções pós desastre. Caso Chã das Caldeiras (ilha do Fogo) em 2014, com deslocação de mais de mil pessoas, sendo que aproximadamente 900 pessoas foram realocadas em centros de acomodação temporária e em casa de famílias anfitriãs. (p117)

15 idem pp9-95.

- **Acesso à água e eletricidade.** A falta de água e saneamento reflete em outros direitos como no direito à saúde (existência de doenças provocadas pela falta de água ou pela falta de tratamento da água, doenças provocadas pelo trabalho de coleta de água, com grandes distâncias percorridas com peso na cabeça ou costas, risco de violência sofrida maioritariamente pelas mulheres no caminho), no direito à educação, com a redução do tempo para estudo, revertido na coleta de água; no direito ao trabalho, em função do uso do tempo para coleta de água, etc. (pp120-121)

- **Crimes sexuais contra crianças. Plano Nacional de Combate à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes – 2017 - 2019**. **Dados estatísticos da Polícia Judiciária** (534 denúncias de crimes sexuais contra menores entre 2014 e o primeiro semestre do ano de 2016); (218 denúncias entre 2014 e 2015); (98 casos até o primeiro semestre de 2016). **Dados do ICCA** (261 casos de abuso sexual contra menores entre 2014 e 2015). **Dados do Ministério Público** (168 crimes de abuso sexual de crianças entre 2015/2016); (48 casos de abuso sexual de menores entre os 14 e 16 anos, 5 tentativas de abuso sexual e 9 de lenocínio; 193 crimes de agressão sexual e a 34 crimes de agressão sexual com penetração entre 2015/2016). No ano judicial 2016/2017 foram denunciados 197 crimes de abuso sexual de crianças, 46 de abuso sexual de menores entre os 14 e 16 anos, 3 tentativas de abuso sexual e 6 de lenocínio. As vítimas são maioritariamente meninas. Perpetradores: (34%) entorno intrafamiliar (parentes/familiares); 32% por vizinhos; 11 das vítimas eram alunas (10%), para 9 vítimas o autor era desconhecido (8%), para 5 vítimas o autor era amigo (5%), para 4 vítimas havia uma alegada relação de namoro (4%), para 8 outras vítimas (7%) o vínculo inclui cunhado, marido da tia, pai da amiga, etc.

- **Pessoas com deficiência.** O Estudo Bio comportamental sobre a vulnerabilidade das pessoas com deficiência face ao VIH/SIDA realizado em 2018 revela que o tratamento dado às pessoas com deficiência nos serviços de saúde ainda está impregnado de estereótipos discriminatórios, com a conceção de que as pessoas com deficiência são incapazes e devem estar limitadas em determinados direitos, como os sexuais e reprodutivos. Os serviços ainda são insuficientes. Existem somente dois Centros de Reabilitação, um na Ilha de São Vicente e outro na Cidade da Praia, ficando as demais ilhas desprovidas desses serviços, especialmente para aqueles que não possuem condições económicas para se deslocarem a estas localidades. São mais vulneráveis a sofrerem atos de violência, incluindo a violência baseada no género, especialmente pela sua limita-

da capacidade de defesa. Segundo o estudo, 45% das pessoas inquiridas responderam já ter sofrido algum tipo de violência, sendo 14,4% verbal; 10,4% abuso físico e 4,7% violência económica, dentre outras.[16]

A promoção da agenda da cidadania em saúde, num país que, desde a independência tem vindo a trilhar um caminho árduo, reconhecido nacional e internacionalmente, em prol do crescimento e desenvolvimento, pode trazer benefícios enormes em termos humanos, financeiros, materiais, espirituais.

16 Idem, pp188-189

1. Introdução

O conceito de *cidadania em saúde* torna-se, neste aspeto, uma praxis reflexiva que vê a saúde como um bem comum, edificado por todos no sentido de um bem-estar geral, e meio para atingir objetivos comuns de saúde e não como um valor ou um fim em si mesmo. É um instrumento que pode contribuir para atenuar ou resolver alguns dos principais problemas do sistema de saúde e da sociedade. Implica que cada cidadão/pessoa, independentemente do seu *status*, assuma ativamente as regras reguladoras da convivência, da pertença, do envolvimento, do dar e do receber na sua relação com os outros, no contexto em que vive.

Todos estão abrangidos por um conjunto de *direitos-deveres* essenciais (Gonçalves e Ramos, 2010):[17]

a) o direito a ser ***reconhecido*** como pessoa humana integral com características, necessidades, expectativas, preferências e aspirações próprias e o dever de as ***reconhecer*** reciprocamente nos outros;
b) o direito a ser ***respeitado*** na sua autonomia e dignidade e o dever de as ***respeitar em*** si próprio e nos outros;
c) o direito a obter ***respostas*** adequadas dos serviços de saúde e o dever de contribuir para que tais ***respostas*** sejam dadas a si e aos outros;
d) o direito a receber cuidados com ***rigor*** profissional (com competência técnica, justiça/equidade, verdade, honestidade e afetividade) e o dever recíproco em relação a si próprio e aos outros naquilo que estiver ao seu alcance;
e) o direito a esperar ***responsabilidade*** por parte dos serviços e dos profissionais de saúde e o dever de assumir também ***responsabilidade*** por si e pelos outros nos aspetos que estiverem na sua mão influenciar e controlar.

O desígnio é chegar a um nível de desenvolvimento que permita uma transição de uma situação onde se verifica escassez de informação, passividade e dependência dos saberes e das ações de outrem para inter-relações de produção e partilha constante de informação e de conhecimento (***literacia em saúde***), de pro-atividade, de auto-controlo (***capacitação***) e da máxima autonomia possível no que respeita à saúde individual e coletiva (***"empowerment"*** ou ***empoderamento***) – a que corresponde também uma quota-parte de responsabilidade de cada um

17 Célia Gonçalves, Vítor Ramos CIDADANIA e SAÚDE: Um caminho a percorrer… Escola Nacional de Saúde Pública/ UNL, outubro de 2010, p3.

pela sua saúde e, por extensão, pelo estado de saúde da sua comunidade, assumindo assim uma atitude de cidadania em saúde, bem-estar individual e coletivo).[18]

Neste sentido, dialogando com outras experiências, podemos colocar a seguinte pergunta**:** *até que ponto Cabo Verde tem criado condições para o cidadão exercer, de modo informado e responsável, poder/influência sobre o seu estado de saúde e sobre o desenvolvimento do sistema e dos serviços de saúde*?

Num país com um défice crónico de cidadania como é o caso de Cabo Verde, na última década, a abordagem da questão da *cidadania* ou da *participação do cidadão* passou a ser mais comum quer numa perspetiva política/governativa, quer a nível académico e da sociedade civil.

Em saúde, o tema assume particular importância depois de na Conferência de Alma-Ata, em 1978, ter sido declarado – o direito e o dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos seus cuidados de saúde (OMS e UNICEF, 1978).[19]

No estado moderno, o estatuto de cidadania identifica a "pertença" do indivíduo a uma determinada organização estatal, condição dos que, entrando a fazer parte do "povo" – conjunto de cidadãos – representam o elemento pessoal constitutivo do Estado.[20]

Convém distinguir de facto a noção de ***cidadania social*** da ***cidadania cívica***, de modo a evitar, como afirmam Gonçalves e Ramos (2010), conceções demasiado individualistas dos direitos do cidadão, «*pois se é verdade que os cidadãos são a origem e o fim do sistema de saúde e dos seus serviços públicos de saúde, também é verdade que a saúde de cada pessoa e de toda a comunidade é um assunto que envolve simultaneamente duas dimensões de responsabilidade: individual e coletiva; pessoal e pública…*».

A cidadania não implica somente direitos do cidadão, existem um leque de deveres que este está obrigado quer para com o Estado quer para com a sociedade e os seus pares, quer para consigo próprio. Neste sentido, a ***cidadania em saúde*** pressupõe um conjunto complexo de conceitos, atitudes e ações. No centro deste sistema conceptual e de ação residem os conceitos de *soberania democrática*, de *poder* e de *gestão de expectativas* em relação aos fatores e determinantes da saúde que estiverem ao alcance da influência de cada um e de todos.

Para um país como Cabo Verde, faz sentido trazer o termo cidadania numa ótica mais soysaliana, que para além de definir direitos e deveres precisos, denota práticas de participação e contestação no interior da esfera pública. Os indivíduos mediante as suas atividades coletivas (formais e informais) mobilizam-se e avançam com reivindicações na esfera pública. Desta forma surge um espaço

18 Idem p4.

19 Idem p7.

20 Nardi Sousa, Imigração e Cidadania Local: Associativismo Imigrante e Políticas Públicas de Portugal, IBNL, 2003, p55.

público dividido entre a interação e o ativismo dos atores sociais que é essencial para o *exercício da cidadania.*[21]

A cidadania ganha mais vigor e dinamismo quando surgem formas emergentes da vida associativa e participação coletiva, novas bases para a participação e multiplicação das formas de mobilização a vários níveis de vida política e social.

Como afirma Jost Halfman (1998), só quando a cidadania for definida como papel, ou seja, como uma relação específica entre participação política (*political lay*), voto, protesto, *lobby*, e práticas profissionais (atividades nas organizações de tipo político) é que a ideia de participação e comunidade podem inserir-se na relação Estado-Cidadão.[22]

Os direitos sociais conduziram, por sua vez, à definição de um nível mínimo de vida que é assegurado a todos, independentemente do valor dos indivíduos no mercado, eliminando a estigmatização e discricionalidade típicas das práticas filantrópicas. Conduziram à melhoria de serviços, de modo que as categorias dos que têm direitos não são definidos em termos de classe social, mas de classe de risco.

Com o raciocínio liberal não é a pobreza, mas sim as políticas sociais que ameaçam a autonomia e a plena realização individual. Em vez de direitos sociais, de serviços públicos e do próprio conceito do nível mínimo universal, o debate atual sobre as transformações necessárias do "*welfare*" tendem a privilegiar um mercado de serviços baseados numa filosofia do "*user pays*" e reformular as políticas sociais numa base individual e contratual.[23]

Nota-se que, numa sociedade democrática de mercado, a maior parte dos bens e serviços são adquiridos através do *cash nexus*, ou melhor, pagando para estar no mercado. O Estado, assim como a família, interrompem esta dependência do mercado, fornecendo diretamente recursos e serviços, satisfazendo tais funções primárias. São recursos "contextuais".

As intervenções públicas são fornecidas com base em direitos de que gozam os indivíduos e/ou a família de um determinado contexto e baseiam-se num *princípio redistribuidor*, enquanto que as intervenções fornecidas pela família se baseiam em *princípios de solidariedade e reciprocidade.*

Falar da cidadania em saúde é abordar o Direito à Vida, defendido no artigo 28º da Constituição da República de Cabo Verde como algo "inviolável", o que obriga o Estado a estabelecer um sistema de fiscalização e prevenção de qualquer tipo de ação (interna ou externa ao indivíduo) que possa colocar em risco a vida. É neste âmbito, como realça o I Relatório Nacional e Direitos Humanos

21 Yasemin Soysal, "Mutamenti della Cittadinanza: Il Caso Dell'Islam Organizatto" in Inchiesta Nº120 Aprile-Giugno, 1998, pp44-51.

22 Jost Halfman, "Universalismo, Migrazione e I Rischi di Esclusione" in Inchiesta nº120 Aprile-Giugno. Edizione Dedalo, 1998, pp52-60.

23 Nardi Sousa, op cit. Pp71-72

(2004-2010)[24], que surgiram algumas políticas públicas que visam, direta ou indiretamente, ter um impacto sobre a proteção da vida, como por exemplo:

- A *Prevenção, tratamento e controlo do VIH/SIDA* (v. Lei nº 19/VII/2007 de 26 de novembro), através de medidas legislativas, e não só, destinadas a formar, informar, proteger e assistir no domínio do HIV-SIDA, assim como programas criados para esse efeito (CCS-SIDA);[25]
- A inspeção das condições de segurança no trabalho, com destaque para os privados, nomeadamente no que toca à utilização de instrumentos de proteção pessoal em relação a acidentes de trabalho (capacete e luvas – ou na venda de produtos comercializáveis, como medicamentos e outras drogas) que podem pôr em risco a vida.
- A Lei da Segurança ou proteção social que obriga o Estado Parte a reconhecer o direito de todas as pessoas à segurança social, incluindo os seguros sociais, proporcionando às famílias, mães e crianças o direito a um conjunto de benefícios e proteção social obrigatórios, como a Lei 131/V/2001 (Lei de Bases da Protecção Social) e o Decreto-Lei 5/2004 (Regime Geral de Protecção Social por Conta de Outrem), que cria condições para o acesso universal dos cidadãos à segurança social, no sentido de evitar situações de desamparo total, garantindo uma certa proteção.

Nota-se que o setor da saúde em Cabo Verde é alicerçado num Sistema Nacional de Saúde em que a maioria dos recursos existentes e dos cuidados prestados pertencem ao setor público, apesar da tendência para um crescimento, ainda que ténue, da componente privada (PNDS 2017-2021, p39).

Em relação à oferta pública de cuidados de saúde, a hierarquia da rede de estruturas de saúde públicas está alicerçada em 3 níveis de atenção:

- **Atenção primária**, organizada em Delegacias de Saúde e constituída em 3 tipologias de unidades para prestação de cuidados: Centros de Saúde, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base. Adicionalmente, existem algumas estruturas de prestação de cuidados de saúde em

24 I RELATÓRIO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS 2004 – 2010, Praia – 2011, pp25-26. Importa realçar que foram criados programas no domínio das doenças transmissíveis prioritárias: as IST, incluindo o HIV/SIDA, a tuberculose, a poliomielite, o paludismo e outras doenças (cólera, disenteria bacteriana, meningite, síndroma respiratória aguda severa).

25 I RELATÓRIO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS 2004 – 2010, Praia – 2011, pp25-26. Importa realçar que foram criados programas no domínio das doenças transmissíveis prioritárias: as IST, incluindo o HIV/SIDA, a tuberculose, a poliomielite, o paludismo e outras doenças (cólera, disenteria bacteriana, meningite, síndroma respiratória aguda severa).

áreas específicas como os Centros de Saúde Reprodutiva e o Centro de Terapia Ocupacional;
- **Atenção secundária**, prestada a nível hospitalar, nos hospitais regionais (HR) e também nos hospitais centrais;
- **Atenção terciária** prestada exclusivamente nos 2 hospitais centrais do país, o Hospital Agostinho Neto (HAN) e o Hospital Baptista de Sousa (HBS).

Os indicadores de saúde levantam alguns factos curiosos e preocupantes que obrigam a repensar, permanentemente, as políticas, estratégias e ações de saúde, assim como as alianças com a sociedade no seu todo, sobretudo as universidades, associações, igrejas, clubes desportivos, etc.

Antecipando uma parte das conclusões:

- Cabo Verde, neste momento, tem um dividendo demográfico, mas as projeções apontam que a população do país com idade igual ou inferior a 24 anos reduzirá substancialmente, passando dos atuais 47% para 38% em 2030, enquanto a população com 65 ou mais anos passará de 6% para 8% do total. Considerando a população com 60 ou mais anos, prevê-se um aumento ainda mais significativo, passando dos atuais cerca de 8% da população, para cerca de 12%, em 2030.
- Os dados revelam que a faixa etária com mais população em Cabo Verde é a de 25-49 anos (38,3%), seguida da de 50-64 anos (11,4%). Porém, se considerarmos os menores de 25 anos, chegamos a 46,2% da população.
- Em Cabo Verde, com exceção da faixa etária dos 0-4 anos, uma taxa de 2,9, denota-se que se morre mais a partir da faixa etária dos 15-49 anos (1,6), sendo que grande parte das mortes se verifica na faixa etária dos 65 anos+, a população idosa (55,4). Nota-se que, da faixa etária de 0-4 anos até à faixa etária dos 50-64 anos, **morrem mais pessoas do sexo masculino**, sendo que a viragem se dá na faixa etária 65 anos + em que se verifica **mais mortes no sexo feminino**.
- As causas de óbito mais comuns em Cabo Verde têm a ver com as Doenças do aparelho circulatório, **a única causa de morte que afeta mais mulheres que homens**, seguida de Afeções Respiratórias, Infeciosas e parasitárias e tumores ou neoplasias.
- De facto, é preciso compreender porque é que as doenças do aparelho circulatório afetam mais mulheres que homens, sobretudo as cerebrovasculares, a paragem cardíaca, assim como a insuficiência cardíaca. Normalmente, as mulheres são mais cuidadosas que os homens, frequentam mais vezes as consultas. Das doenças do aparelho circulató-

rio, onde se verifica **mais vítimas homens que mulheres, está o Enfarto agudo do miocárdio.**

- Da mesma forma, os homens morrem mais do que as mulheres de causas infeciosas e parasitárias (septicemia, sida, tuberculose pulmonar, hepatite). Provavelmente, isso pode ter a ver com os cuidados e controlo que as mulheres fazem. Elas levam mais a sério as consultas e os tratamentos que os homens. Outro fator pode ter a ver também com os estilos de vida. Normalmente, as mulheres bebem menos, drogam-se menos e saem menos à noite do que os homens.
- Os dados apontam que mais homens morrem por suicídio, homicídio, afogamentos e submersão sem especificação.
- Verifica-se, de 2008 a 2018, que **o número de casos novos de infeção por VIH é maior nas mulheres do que nos homens**, como já foi frisado, provavelmente pelo facto de as mulheres visitarem mais vezes as estruturas de saúde, mais do que os homens; o facto de estes não irem com frequência ao médico pode ter consequências **no maior número de casos novos de sida nos homens, mais do que nas mulheres, assim como no número de óbitos**. O cuidado e o controlo feitos pelas mulheres fazem com que controlem melhor as doenças e façam os tratamentos de forma mais correta e de acordo com as orientações médicas.
- No que concerne aos dados sobre a Gravidez na adolescência por concelho, notamos que do total de grávidas captadas em Cabo Verde em 2018 (9.593), **13,9% estava na faixa etária 17-19 anos** que correspondem a 1.333 casos; **3,9% na faixa etária 15-16 anos (3,9%)** correspondente a 375 casos, e **0,5% na faixa etária 10-14 anos**, correspondente a 44 casos.
- A Teleconsulta cresceu consideravelmente em Cabo Verde, passando de 62 em 2013 para 812 em 2018. É uma forma de fazer chegar a especialização a todas as ilhas de Cabo Verde, valorizando o princípio de 'igualdade' no acesso a consultas especializadas.
- Nota-se que as consultas de Neurologia e Ortopedia, são as mais procuradas no Hospital Agostinho Neto, enquanto as consultas de Cardiologia e Cirurgias forma as mais procuradas no Hospital Baptista de Sousa.
- No que concerne às evacuações, nota-se que as mulheres são mais evacuadas (53%) do que os homens (47%). Será que tem a ver com o facto de as mulheres consultarem mais vezes que os homens e levaram mais a sério o tratamento médico.
- A especialidade que mais contribui para a evacuação dos doentes é a Oncologia, seguida da cardiologia, Neurocirurgia e Ortotraumatologia.
- A maior representatividade da oferta disponível situa-se ao nível de clínicas/consultórios médicos com consultas nas diferentes especialida-

des, caracterizadas por um número significativo de pequenos consultórios de médicos individuais.

- As Clínicas/Policlínicas que disponibilizam uma oferta mais diversificada, incluindo imagiologia e cirurgia de reduzida complexidade estão localizadas em São Vicente e em Santiago.
- Os dados apontam que há mais mortes de crianças do sexo masculino (59,12) que feminino (40,87). Seria interessante saber as razões do maior número de morte dos meninos. Por isso, ao iniciar esta pesquisa, confirmou-se aquilo que os dados já mostravam, que os homens morrem e sofrem de mais patologias do que as mulheres.

As mulheres, como diria Marianne J. Legato,

> (…) sobrevivem e vivem quase mais uma década. Está na altura de pensar na natureza das vulnerabilidades dos homens (…) A biologia masculina fundamental torna-o mais fraco. Tem menos probabilidades de sobreviver no útero do que as suas irmãs; tem um atraso de seis semanas na maturidade do seu desenvolvimento na altura do nascimento, em comparação com as raparigas. Os homens têm quatro vezes mais deficiências de desenvolvimento do que as mulheres. Os homens sofrem com mais gravidade de que as mulheres sete das dez infecções mais comuns que afligem os seres humanos, porque simplesmente não têm sistemas imunitários tão vigorosos como os que defendem as mulheres. É provável que os homens tenham os primeiros sintomas de doença coronária por volta dos 35 anos, quinze ou vinte anos antes das mulheres. E morrem duas vezes mais homens do que mulheres com essa doença. (2009: 11-12).

- Outro dado interessante é o facto de o Sistema Nacional de Saúde em Cabo Verde ser composto na sua maioria por mulheres, com mais de 60% dos efetivos. A 'vocação' feminina para os serviços de cuidados sanitários é forte em Cabo Verde.
- Em 2017 a base de contribuintes para o INPS representou menos de metade da população ativa, correspondendo a cerca de 45% dos trabalhadores de Cabo Verde. As despesas efetuadas pelo INPS no âmbito da saúde, registaram desde 2013, um aumento médio anual da ordem dos 8%, sendo que os custos com os transportes relativos a evacuações de doentes, representaram valores próximos das despesas com a Assistência Médica e Hospitalar ou com a Assistência Medicamentosa (PNDS 2017-2021, p46).

- Outro aspeto muito interessante tem a ver com facto de o financiamento do Ministério da Saúde ser proveniente de 4 grandes fontes (dados de 2014 a 2016), com destaque para o peso das famílias, dado que elas são o segundo grupo com maior contribuição, representando **35,6%** do valor total em 2014, e registando um aumento muito ligeiro da representatividade, comparativamente a 2012. **O governo** representa a maior fonte de financiamento, sendo responsável por **41,8%** do financiamento total em 2016. No entanto, verificou-se uma ligeira diminuição do peso do governo, diminuindo cerca de 1% entre 2012 e 2014;

De facto, ter certos direitos (sociais) pode significar, ou não, o usufruto da cidadania (efetiva) em saúde. Há necessidade de se repensar as políticas, iniciativas e comportamentos que podem ter um impacto nos estados de saúde e de bem-estar individual e coletivo. Este estudo identificou alguma evidência científica que fundamenta o papel da cidadania na proteção e na promoção da saúde em Cabo Verde, assim como recomendações concretas.

Não existem no país estudos e produções científicas que tenham tratado este tema. Para superar este défice, baseou-se na pesquisa de alguma documentação a nível internacional, e em dados qualitativos e observacionais recolhidos junto de algumas organizações que trabalham a questão da saúde com populações específicas e em *focus groups*, em entrevistas ou na recolha de testemunhos, estudos locais relacionados com a cidadania na saúde.

Este trabalho tem como objetivo geral, de acordo com o Caderno de Encargos, e*laborar um estudo sobre o exercício da cidadania em saúde em Cabo Verde, comparando o período pré e o abrangido pela pandemia Covid-19*. Da mesma forma, procura analisar as *medidas legislativas, administrativas, de políticas públicas ou de outra natureza, colocadas em prática, com relevância para a efetivação do Direito à Saúde*; *recolher, junto dos principais organismos governamentais e da sociedade civil, dados colocados em prática, com relevância para a efetivação do direito à saúde*; *referenciar algumas denúncias que têm vindo a ser feitas, bem como as situações sinalizadas como atentatórias deste direito fundamental, que podem consubstanciar uma violação do direito à saúde e dificultarem o exercício deste direito*; e *elaborar recomendações sobre medidas e políticas públicas de saúde a adotar com vista à melhor efetivação do direito de saúde no país*.

Acreditamos que com os resultados do estudo apresentados: i) Diagnóstico da situação da efetivação do direito à saúde em Cabo Verde; ii) Inquérito sobre o Nível de satisfação dos cidadãos relativamente à qualidade dos serviços de saúde prestados e iii) as Recomendações sobre medidas e políticas públicas de saúde a adotar com vista à efetivação do direito à saúde no país (no período pré- e pós pandemia Covid-19), justifica-se a necessidade de se instituir e de aprofundar estratégias e dispositivos para desenvolver a *cidadania em saúde* em Cabo Verde.

O Diagnóstico está estruturado da seguinte forma: i) um ponto 1 que faz um pequeno enquadramento sobre uma Agenda da Cidadania em Saúde, forjada pela CNDHC; ii) um segundo ponto que tem a ver com a introdução; iii) um terceiro ponto concernente à cidadania e participação em Saúde: Conceitos e Abordagens; iv) um quarto ponto relativo à Literacia em saúde; v) um quinto ponto sobre metodologia do estudo; vi) um sexto ponto que trata do exercício da cidadania em saúde em Cabo Verde: (*Medidas legislativas, administrativas, de políticas públicas ou de outra natureza, colocadas em prática, com relevância para a efetivação do Direito à Saúde e o período pré e pós pandemia Covid-19 em Cabo Verde*); vii) um sétimo ponto que aborda a componente Empírica: Vozes das Associações, dos Técnicos/Responsáveis de Saúde, dos Cidadãos Comuns sobre a Cidadania em Saúde; viii) um oitavo ponto que aborda a Política Nacional de Saúde e Perfil Sanitário do País; ix) um nono ponto sobre os indicadores da Situação Sanitária em Cabo Verde; x) um décimo ponto que aborda, ligeiramente, alguns indicadores Relativos ao Conhecimento da P; xi) um décimo primeiro ponto que aborda a situação dos Usuários de droga em Cabo Verde; xii) um décimo segundo ponto que traz os resultados do Inquérito sobre Nível de Satisfação dos Cidadãos relativamente à Qualidade dos Serviços de Saúde Prestados, xiii) e o ponto/tópico final relativo às conclusões e Recomendações.

2. Cidadania e participação em Saúde: Conceitos e Abordagens

A palavra "cidadania" provém do latim, *civitas*, e significa cidade, estando associada ao desenvolvimento das polis gregas, entre os séculos VIII e VII a.C. Nessa época, considerava-se cidadão o indivíduo nascido em Atenas, para o qual eram garantidos todos os direitos políticos.

Atualmente, o conceito de cidadania, como *direito a ter direitos*, tem-se prestado a diversas interpretações, verificando-se a existência de quatro gerações de direitos, denominados: 1. direitos civis e políticos; 2. direitos sociais; 3. direitos coletivos; e 4. direitos relacionados à Bioética.[26]

Os *direitos de primeira geração*, ditos civis, correspondem aos direitos individuais de liberdade de ir e vir, propriedade, direito à vida, segurança, dentre outros. Os direitos políticos, por sua vez, dizem respeito à liberdade de associação e reunião, de organização política e sindical e à participação política e eleitoral.

Os *direitos de segunda geração* envolvem os direitos sociais, económicos ou de créditos e reportam-se aos direitos de trabalho, saúde, educação, aposentadoria e seguro-desemprego. Podem ser representados pela garantia ao acesso aos meios necessários à vida e ao bem-estar social, por meio do Estado.

Os *direitos da terceira geração* são aqueles que apresentam como titular os grupos humanos, ou seja, o povo, a nação, coletividades "étnicas" ou a própria humanidade. Referem-se ao direito à paz, ao meio ambiente, à autodeterminação dos povos, dentre outros.

A *quarta geração* contempla a bioética, no sentido de impedir a destruição da vida e regular a criação de novas formas de vida em laboratório.

A cidadania não se reduz ao direito ao voto, à política. Consiste também na preservação das necessidades humanas básicas, tais como a manutenção da saúde, a oferta de condições dignas de habitação, alimentação, educação e saneamento básico.

Ampliando-se o conceito de saúde para além da ausência de doenças, aceita-se que o direito à saúde não se restringe à conquista do acesso aos serviços e à assistência médica, mas incorpora também a necessidade de obter seus determinantes. Dessa forma, a inter-relação entre cidadania e saúde implica exercer o direito a essas condições, com a finalidade maior de alcançar o bem-estar biopsicossocioespiritual.

---

26 Paula Pereira de Figueiredo, Nalú Pereira da Costa Kerber, A SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DA CIDADANIA, remE - Rev. Min. Enferm.;13(2): 275-282, abr./jun., 2009, 283-287

A cidadania, hoje, perpassa a condição de igualdade civil e política, chega à questão dos direitos humanos, associado à justiça social. No entanto, a consciência dos direitos iguais está intrinsecamente relacionada ao sentir-se igual aos outros. Significa tomar decisões, opinar sobre a sua vida e reivindicar os seus direitos. Significa fazer-se sujeito, ser protagonista da própria existência numa sociedade e, sobretudo, significa manejar o conhecimento, apropriar-se dele e reconstruí-lo.

Verifica-se a necessidade de se trabalhar o *empowement* como ferramenta nesse processo, para que a busca pelo direito à saúde se torne habitual, dada a sua relevância para a obtenção/manutenção da qualidade de vida das populações.[27]

A Emancipação do Indivíduo/Comunidade para o Exercício da Cidadania em Saúde

A Constituição da República garante a saúde como um direito, reconhecido e legitimado. Porém, numa perspetiva socio-antropológica, percebe-se que a sua garantia decorre de vários factores (políticos, meios materiais, políticas públicas, etc.), e não somente dos ideais humanitários de solidariedade, moralidade, ética e justiça social.

Numa sociedade moderna, os cidadãos são vistos como integrantes de uma sociedade política fundamentada no sufrágio universal, na qual todas as pessoas são consideradas iguais perante a legislação. Isso, porém, nem sempre ocorre na prática. Em muitos países, direitos como a educação, a propriedade e a saúde estão a ser negligenciados (Figueiredo e Kerber, 2009). A sociedade, ao conviver e aceitar situações que a impedem de ter acesso aos determinantes e condicionantes da saúde, permite que seja violada a sua cidadania, muitas vezes por ingenuidade, ao desconhecer ou não saber valer os seus direitos enquanto indivíduo/ comunidade.

Nisto, ganha força a ideia da conscientização dos indivíduos como protagonistas do seu viver e detentores de direitos, a fim de que esses possam usufruí-los com o propósito de conquistar a melhoria da sua qualidade de vida. Os seres humanos normalmente lutam contra tudo o que possa constituir-se em obstáculos ao seu desenvolvimento, adotados como norma perante a sociedade, a fim de preservarem a sua condição humana.

A conscientização para a cidadania, por meio de um processo crítico e dinâmico, procura o entendimento e a utilização da praxis para alcançar a autonomia do indivíduo e da comunidade, permitindo a obtenção de uma saúde consciente. Estar consciente dos seus direitos, mormente o de ter saúde, disponibiliza ao cidadão condições para procurá-los, exigindo do Estado a elaboração

27 idem p285.

e implantação de políticas sociais e económicas que propiciem o bem-estar da população.

É neste sentido que uma perspetiva de cidadania mais participativa e reivindicativa ganha força, com base em iniciativas políticas e reflexivas dos atores, num movimento mútuo de respeito pelos direitos e deveres inerentes à cidadania. Nesta perspetiva, é importante considerar a corresponsabilização do Estado e da sociedade perante a defesa e o atendimento das necessidades sociais, as quais incluem a saúde e os seus determinantes.

O *empowerment* extrapola o repasse de informação e a indução de determinados comportamentos ditos como verdades absolutas, visando apoiar o indivíduo/coletividade para que possam realizar as suas próprias análises, tomando, portanto, decisões que considerem corretas e desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre o seu processo de viver. O *empowerment* pode acontecer tanto a nível coletivo quanto da relação intersubjetiva, ocorrendo em distintos espaços de ação comunitária, sejam eles de promoção, prevenção, cura ou reabilitação da saúde.

Ao olhar para a saúde como um direito universal, compreende-se a postura passiva, oprimida e conformada, que não altera a situação. Os cidadãos podem transformar-se em sujeitos. Essa capacidade que o homem possui de agir, indica que ele é capaz de realizar o improvável e o inesperado.

O conceito ampliado de saúde não se restringe à acessibilidade dos serviços. Depende, também, de outros fatores considerados determinantes e condicionantes da saúde, como: a educação, habitação, trabalho, renda, transporte, alimentação, lazer e meio ambiente, devendo estes serem assegurados pelo Estado.

Já a cidadania, por sua vez, é considerada o exercício dos direitos político-civis, sociais, coletivos e relacionados à bioética, nos quais estão inseridos, justamente, os factores determinantes e condicionantes da saúde. Logo, a inter-relação entre cidadania e saúde implica o exercício do direito a essas condições, com a finalidade maior de alcançar o bem-estar biopsicossocioespiritual.

Alguns caminhos já têm sido apontados, como o *empowerment* individual/comunitário; a conscientização e a construção de um novo estado de "normalidade" social; além do respeito simultâneo pelos direitos e deveres dos cidadãos.

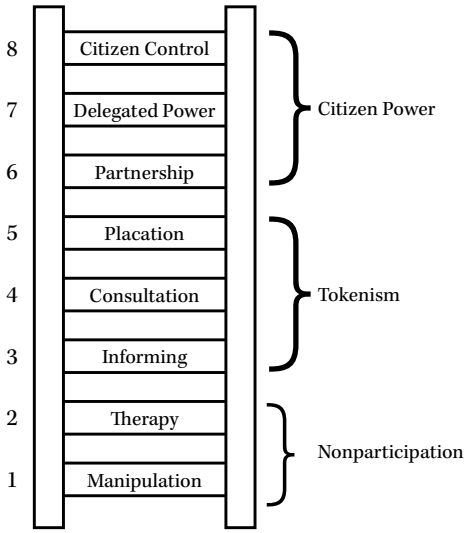
Diante do exposto, cabe destacar que os profissionais da saúde exercem um papel de grande relevância na orientação e instrumentalização da população sobre os seus direitos e deveres, contribuindo, assim, para a construção de sujeitos sociais, políticos, críticos e reflexivos, capazes de utilizar a ação e o discurso em benefício da coletividade.

Normalmente, quando se trata o tema da Cidadania em Saúde encontra-se referências à ***participação***, ***envolvimento***, ***engagement*** ou ***empowerment***. O conceito de ***cidadão*** é tratado, na literatura, com diferentes papéis e significados, designadamente: *doente, utente, consumidor, cuidador, membro de uma família, de um grupo* (de pacientes, de utilizadores, de amigos, etc.), *da comunidade, pú-*

blico ou seja, todo ou todos aqueles que podem afetar ou ser afetados pelas decisões em saúde ou em cuidados de saúde (Gonçalves e Ramos, 2010, p8).

De facto, é cada vez mais comum o reconhecimento do múltiplo papel que o paciente do século XXI ocupa no sistema nacional de saúde: decisor, gestor da sua saúde, coprodutor de saúde, avaliador, um agente potencial de mudança, contribuinte e um cidadão ativo cuja voz deve ser tida em conta pelos decisores em saúde. Esta pluralidade de papéis é reduzida a três grupos: i) cidadãos ou –leigos; ii) pacientes ou utilizadores de serviços; iii) e representantes (*advocates*) de consumidores e cidadãos cujo modelo de intervenção depende do contexto onde decorrem os processos de tomada de decisão. É importante que não se esqueça a origem social dos indivíduos, assim como as diferenças culturais, organizacionais, educacionais, etc.

A participação do cidadão, em sentido lato, tem estimulado o desenvolvimento de vários modelos e teorias. O modelo de Arnstein (1969) – *A Escada da Participação (*Figura 1*)* – é dos mais citados na literatura, e defende uma conceção de participação em oito níveis (degraus). Os inferiores correspondem a formas de não-participação, os intermédios traduzem formas de concessão mínima de poder (*tokenism*) e os superiores correspondem a formas efetivas de poder pelo cidadão:[28]



Gonçalves e Ramos (2010,9)

Neste modelo, o conceito de *envolvimento* situa-se nos níveis intermédios (informação, consulta); só existe participação quando o cidadão detém *poder*. Esta abordagem não é consensual. Os autores que mais se aproximaram daquele

28 Gonçalves e Ramos, 2010, 0p cit. p9.

modelo defendem que **participar** implica – tomar parte dos processos de formulação e implementação das políticas públicas por parte dos cidadãos com o objetivo de influenciar as decisões; enquanto **envolvimento** se refere a *tentativas* locais de incluir os cidadãos/utilizadores dos serviços, individualmente ou em grupo, no planeamento e, eventualmente, na gestão desses serviços.

Neste sentido, o Relatório *Citizens as Partners* da OCDE (2001) defende que*:*

> As relações governo-cidadão estão no topo da agenda pública. Cidadãos e organizações da sociedade civil têm-se tornado cada vez mais reivindicativas nos últimos anos, apresentando questões e exigências e tentando influenciar os decisores políticos. Ao mesmo tempo, os cidadãos participam cada vez menos em processos democráticos. A afluência às urnas nas eleições, por exemplo, está a desgastar-se. Face ao declínio da confiança, os governos estão sob pressão para se relacionarem com os cidadãos, em novos moldes. Os governos também se apercebem cada vez mais que o contributo dos cidadãos pode ser um vasto recurso para a elaboração de políticas – especialmente num mundo complexo.[29]

Este relatório da OCDE distingue três níveis de *envolvimento* do cidadão:

i) *Informação* – relação unidirecional, do sistema para o cidadão;

ii) *Consulta* – relação bidirecional *limitada*, na qual os cidadãos são convidados a contribuir com as suas opiniões;

iii) *Participação* – relação bidirecional *avançada*, na qual os cidadãos estão verdadeiramente envolvidos (*engage*) nos processos de decisão e gestão e que se baseia nos princípios da *parceria.*

A principal distinção entre ***consulta***, enquanto forma de envolvimento e ***participação*** reside no grau em que é permitido aos cidadãos influenciar, partilhar e/ou controlar a decisão (Simces et al., 2003, apud Gonçalves e Ramos, 2010).

Muitos autores estão de acordo de que graus diferentes de envolvimento do cidadão podem constituir meios eficientes de atribuição de algum poder. Atualmente, tende a seguir-se abordagens mais amplas do conceito de cidadania em saúde, situadas no domínio do *empowerment* enquanto extensão das abordagens

29 Marc Gramberger, Citizens as Partners OECD HANDBOOK ON INFORMATION, CONSULTATION AND PUBLIC PARTICIPATION IN POLICY-MAKING, OCDE, 2001, p7.

participativas. Em 1998, a OMS apresentava este conceito como – um processo através do qual os cidadãos adquirem maior controlo sobre as decisões e as ações que afetam a sua saúde.

Contudo, é no domínio da promoção da saúde que o conceito de *empowerment* adquire maior relevância, legitimado pelas recomendações da **Carta de Ottawa** no final da década de 80. Mais do que uma visão paternalista dos cuidados em saúde, cujo principal objetivo visa responder às necessidades dos cidadãos, a Carta de Ottawa antecipa um processo de emancipação do cidadão, que passa pela capacitação e responsabilização por todos os aspetos da sua vida, visando um estado de saúde e bem-estar plenos.

A Carta de Ottawa enfatiza os pré-requisitos para a saúde, considerando que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda – Ecossistema Estável – Recursos Sustentáveis – Justiça Social e Equidade.[30]

A Carta de Ottawa prioriza e destaca a **ação comunitária**, propondo que a promoção da saúde seja trabalhada através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde e incrementando o poder das comunidades – a posse e o controlo dos seus próprios esforços e destino. O desenvolvimento das comunidades é feito sobre os recursos humanos e materiais locais, intensificando a auto-ajuda e o apoio social, e desenvolvendo sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde. Isto requer um total e contínuo acesso à informação, às oportunidades de aprendizado para os assuntos de saúde, assim como apoio financeiro adequado.

Assiste-se, desta forma, ao desenvolvimento do ***empowerment* comunitário.** O significado da categoria *empowerment*, como tem sido traduzido, não tem um caráter universal. No entanto, de modo geral, os autores concordam que o empoderamento pode ocorrer em diferentes níveis, referindo-se ao empoderamento individual, organizacional e comunitário. Segundo Wallerstein e Bernstein (apud Baquero, 2012, p176), o empoderamento é uma construção a nível individual, quando se refere às variáveis intrafísicas e comportamentais; a nível organizacional, quando se refere à mobilização participativa de recursos e oportunidades em determinada organização; e a nível comunitário, quando a estrutura das mudanças sociais e a estrutura sociopolítica estão em foco. O empoderamento individual refere-se ao nível psicológico de análise. A nível individual, o empoderamento refere-se à habilidade das pessoas de ganharem conhecimento e controlo sobre forças pessoais, para agir na direção de melhoria de sua situação de vida. Diz respeito ao aumento da capacidade de os indivíduos se sentirem influentes nos processos que determinam as suas vidas.[31]

30 Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, 1986.

31 Rute Vivian Angelo Baquero, EMPODERAMENTO: INSTRUMENTO DE EMANCIPAÇÃO SOCIAL? – UMA DISCUS-

O *empowerment* do cidadão é um instrumento ou recurso para alcançar um fim, e ao mesmo tempo, uma abordagem transformativa ou um processo de capacitação do cidadão enquanto agente de mudança, incitando-o a procurar as respostas às suas próprias necessidades e expectativas. Por outro lado, o cidadão deve conquistar o poder logo que possível.

SÃO CONCEITUAL REVISTA DEBATES, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.173-187, jan.-abr. 2012, 176.

3. Literacia em Saúde

O cidadão sempre foi reconhecido como importante na materialização dos objetivos da saúde. Mas, foi a partir da *Conceção dos Cuidados de Saúde Primários*, nos finais da década de 70, e do movimento da Promoção da Saúde ao longo dos anos 80 que esta questão ganhou espaço e relevância teórica e prática. Esta nova praxis reforçou-se com a *Promoção de Literacia em Saúde*, enquadrada nos modelos teóricos da educação para a saúde e com a *Gestão de Informação de Saúde*, acoplada aos Sistemas de Informação em Saúde (informação clínica e de gestão centradas no cidadão).

O conceito Literacia em Saúde surge na década de 70, muito conectado com as questões de educação para a saúde. A literacia em saúde tornou-se necessária de modo que as pessoas sejam capazes de enfrentar os desafios de saúde e relacionados com os cuidados de saúde, cada vez mais complexos. E um desses desafios, como diria Ana Rita Ferro (2018), prende-se com a Decisão – «*As decisões em saúde mais eficientes são aquelas que conseguem concomitantemente relacionar a melhor utilização dada à evidência científica atual, com os recursos de saúde disponíveis, as circunstâncias clínicas e as preferências do cidadão*».[32]

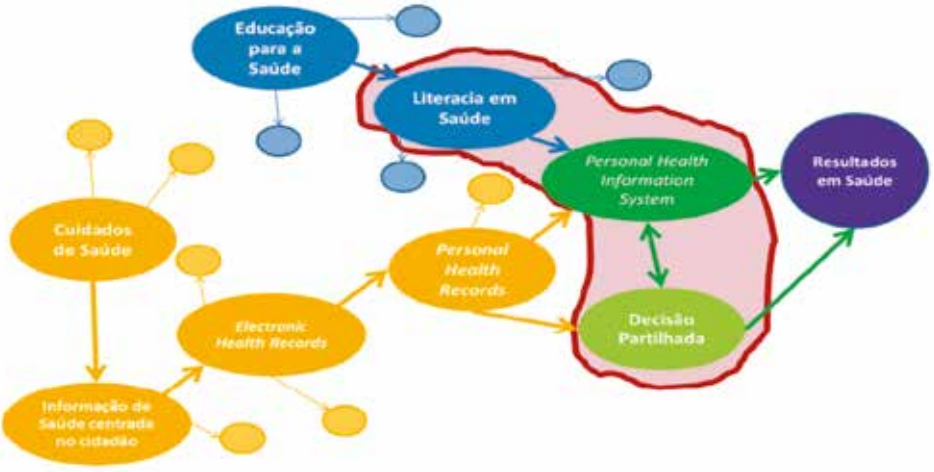
As pessoas passaram a ser vistas como parceiras efetivas nos seus cuidados de saúde, surgindo a preocupação crescente de determinar formas eficientes de envolvê-las no processo através do qual as decisões de saúde são tomadas, desenvolvendo também para o efeito instrumentos que os apoiam neste processo. Surge também o conceito *Decisão Partilhada em Saúde* (DPS) como fundamental para a participação das pessoas nas suas decisões relativas à sua saúde. A participação dos doentes no planeamento e execução dos cuidados ganha importância, visto que os cidadãos devem ser considerados como parte integrante da equipa de saúde. Essa inclusão traduz-se numa mais-valia para os cuidados de saúde e para os resultados em saúde.[33]

Numa sociedade de informação, com mudanças frenéticas, as organizações de saúde preocupam-se com a gestão das informações e do conhecimento, desenvolvendo novos meios de resposta para os cidadãos, novas vias de comunicação e de transmissão da informação. O plano Individual de cuidados pode ainda vir a constituir-se como uma plataforma de apoio à promoção da literacia em saúde, ajudando, por exemplo, o utilizador a acom-

32 Ana Rita Ferro, Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente, Escola Nacional de Saúde Pública- Universidade Nova de Lisboa, Tese Policopiada, julho de 2018.

33 idem p5.

panhar e interpretar os seus resultados em saúde, a navegar no sistema e a analisar os seus percursos e opções.[34]



Ana Rita Pedro (2018, p7)

3.1. O que é Literacia em Saúde?

Literacia em saúde é uma conceção que, apesar de relativamente recente, tem vindo a ganhar uma crescente importância e destaque nos domínios da saúde pública e dos cuidados de saúde. Apesar do conceito ter sido utilizado pela primeira vez em 1974 num artigo intitulado "*Health education as social policy*", foi somente no final da década de 90 que surgiram as suas primeiras definições.

O conceito evoluiu de uma definição relacionada com o desempenho de determinadas tarefas, numa perspetiva completamente individual, para

34 Em termos evolutivos, nos anos 60 surge nos EUA os sistemas de informação em saúde, como ferramentas de apoio à gestão e aos serviços financeiros. Durante os anos 70, a sua utilização começou a generalizar-se nos hospitais, ainda com limitações e encargos significativos próprios da época, e sendo exclusivamente utilizados para fins no âmbito dos sistemas financeiros e administrativos, pouco ainda orientados para a e avaliação de resultados. Nos anos 90 surgem os Electronic Health Records (EHR), que são sistemas de informação clínica, que visam uma organização da informação de saúde centrada no utente/cliente. E início do ano 2000 começam a emergir os Personal Health Records (PHR), que acrescentam à definição de EHR a possibilidade do próprio cidadão fazer parte deste processo, podendo ter acesso à sua informação de saúde, geri-la e decidir como e com quem partilhá-la. Mais recentemente surgiram os Personal Health Information Systems (PHIS) que acrescentam aos PHR a noção de personalização e de sistema de apoio ao conhecimento. Atualmente, começam a surgir instrumentos de gestão de informação que possibilitam ao cidadão, em conjunto com a sua equipa de saúde, construir o seu Plano Individual de Cuidados (PIC), com base na Decisão Partilhada e na negociação de objetivos de saúde (Ana Rita Ferro, 2018, p6).

um conceito que contempla, não só a componente pessoal, mas também a componente social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia, assumindo as responsabilidades dessas decisões.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de "*competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso, a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde (WHO, 1998): é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia a dia – em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde e no contexto político; possibilita o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde, a sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades.*[35]

A literacia em saúde é entendida como a capacidade do doente de ler e compreender prescrições, informações sobre medicamentos e tudo o que tem a ver com a saúde e que facilite o sucesso no processo de tratamento (*Council of Scientific Affairs* da *American Medical Association*, datado,1999), capacidade do próprio indivíduo de obter as informações necessárias, tomar decisões fundamentadas e ter um autocontrolo sobre a sua própria saúde, assumindo as suas responsabilidades (*Ilona Kickbusch* et al., em 2005, apud Ana Rita Ferro, 2010, p8).

A literacia também é vista como sendo constituída por dois elementos fundamentais: as *tarefas* (*tasks*) – se o indivíduo consegue realizar determinadas tarefas, como ler um texto básico ou escrever frases simples- e as *competências* (*skills*) – centra-se no nível de conhecimento e capacidades que as pessoas devem ter para realizar tais tarefas (Nutbean D., 2009;54(5):303-5, citado por Rita Ferro, 2018, p8).

Neste caso, considera-se três tipos/níveis de literacia: *funcional* (ou básica), *interativa* (comunicacional) e *crítica*.

- **Literacia funcional/básica**: competências suficientes para ler e escrever permitindo um funcionamento efetivo nas atividades do dia a dia;

- **Literacia interativa/comunicativa**: competências cognitivas e de literacia mais avançadas que, em conjunto com as capacidades sociais, podem ser usadas para participar nas atividades no dia a dia, para obter informação e significados a partir de diferentes formas de comunicação e aplicar essa nova informação;

- **Literacia crítica**: competências cognitivas mais avançadas que, juntamente com as capacidades sociais, podem ser utilizadas para analisar

35 World Health Organization. Health promotion glossary. Genebra: WHO, 1998.

criticamente a informação usando-a para exercer maior controlo sobre as situações do quotidiano.

As competências das pessoas em literacia em saúde incluem:[36]

1 – *Competências básicas em saúde* que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, bem como o **autocuidado**;
2 – *Competências do doente*, para se orientar no sistema de saúde e **agir como um parceiro ativo dos profissionais**;
3 – *Competências como consumidor*, para **tomar decisões de saúde na seleção de bens e serviços** e agir de acordo com os direitos dos consumidores, caso necessário;
4 – *Competências como cidadão*, através de **comportamentos informados** como o conhecimento dos seus direitos em saúde, **participação no debate de assuntos de saúde** e pertença a organizações de saúde e de doentes.

A literacia em saúde tem a ver com a interação entre as aptidões dos indivíduos e os respetivos contextos de saúde, o sistema de saúde, o sistema de educação e os fatores socais e culturais em casa, no trabalho e na comunidade. é um processo (com)partilhado entre vários setores.

3.2. A importância da Literacia na Saúde

A literacia pode desempenhar um importante papel na manutenção ou melhoria da condição de saúde. Os efeitos de adequados níveis de literacia em saúde incluem um melhor estado de saúde, a redução dos custos de cuidados de saúde, o aumento do conhecimento em saúde e a utilização menos frequente dos serviços de saúde, ou seja, mais autoeficácia, atitudes e comportamentos positivos.

Os Estudos mostram que um nível inadequado de literacia em saúde pode ter implicações significativas tanto na saúde individual como coletiva e na gestão dos recursos e gastos em saúde. Apresenta ainda uma forte ligação com um baixo conhecimento ou compreensão quer dos serviços de prestação de cuidados, quer dos próprios resultados em saúde, e elevada probabilidade de internamentos mais longos e mais exames de diagnóstico, elevada prevalência

36 http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx, consultado em fevereiro 2021.

e gravidade de algumas doenças crónicas, piores condições gerais de saúde, e uma desvalorização dos serviços de prevenção e rastreio.

A literacia em saúde tem também vindo a ser identificada, nalguns estudos, como um fator de risco para diversas doenças, tais como obesidade (um nível de literacia em saúde inadequado tem sido associado a valores superiores de Índice de Massa Corporal), diabetes, doenças cardiovasculares e cancro. O risco de mortalidade nos **idosos** é claramente superior nos que têm uma baixa literacia em saúde, dado que se verifica uma menor capacidade dos idosos em tomar os medicamentos corretamente, de interpretar os rótulos e as mensagens de saúde e na existência de piores condições de saúde geral neste grupo populacional (Ana Rita Pedro, 2018:9).

Os idosos, os doentes crónicos, aqueles que precisam de tomar medicação regularmente (tidos como grupos mais vulneráveis) são os mais afetados pelos inadequados níveis de literacia em saúde e os que mais fazem sentir os efeitos de inadequada literacia em saúde. Estudos recentes destacam também a relação entre um nível inadequado de literacia e taxas de mortalidade mais elevadas.

Alguns autores defendem que é difícil determinar com precisão o custo da literacia em saúde, quer do ponto de vista individual, quer do ponto de vista do sistema como um todo. O facto é que uma utilização ineficiente do sistema de saúde, isto é, um nível baixo de literacia em saúde, acarreta muitos custos para o sistema. Seria interessante contabilizar estes custos adicionais associados a inadequados níveis de literacia em saúde, a nível individual e para o sistema de saúde, em Cabo Verde.[37]

Tendo em consideração o impacto dos níveis de literacia na saúde individual, coletiva e na utilização dos recursos de saúde disponíveis, **tornou-se imperativo o desenvolvimento de instrumentos de diagnóstico do nível de literacia em saúde das populações**. O facto de as pessoas apresentarem níveis de literacia em saúde inadequados mostram dificuldades significativas no que diz respeito à compreensão de prescrições médicas, instruções relacionadas com a saúde e mesmo com a monitorização de parâmetros analíticos. A avaliação do nível de literacia em saúde torna-se um aspeto fundamental para a saúde pública. Em alguns países como Portugal, por exemplo, num estudo de 1995 que tinha algumas perguntas relativas à saúde, notou-se que são idosos, desempregados e domésticas que apresentam níveis mais baixos de literacia (Ana Rita, 2018).

37 Não existem ainda estudos em Cabo Verde sobre a questão dos custos associados à literacia em saúde. Contudo, sabe-se que, sendo as situações de evolução prolongada – como o cancro, a diabetes e as doenças cardiovasculares – as mais prevalentes e mais dispendiosas para o sistema de saúde, a literacia em saúde pode assumir aqui um papel central na prevenção destas e na adesão a planos de tratamento, uma vez diagnosticadas.

Fatores preditores de um nível inadequado de Literacia em Saúde

Segundo a literatura internacional, pode-se identificar como fatores preditores dos níveis de literacia em saúde a *privação financeira* (pessoas com baixos rendimentos e com dificuldades em pagar as contas tendem a ter níveis de literacia em saúde mais baixos), a *condição socioeconómica* (grupos mais vulneráveis, com uma condição socioeconómica mais baixa, tendem a ter níveis de literacia em saúde inferiores), a *escolaridade* (tendencialmente, quanto mais elevado o grau académico, maior o nível de literacia em saúde), a *idade* (quando correlacionadas as curvas, à medida que a idade aumenta, o nível de literacia em saúde tende a diminuir) e a *utilização dos serviços de saúde*, em especial os de urgência (são os que utilizam com maior regularidade os serviços de saúde que apresentam as taxas mais baixas de literacia em saúde).[38]

Reconhece-se que a literacia em saúde está intimamente relacionada com a literacia de forma geral, com impacto direto no estado de saúde e na qualidade de vida da pessoa, e indireto nos estilos de vida, na utilização dos serviços e no acesso à informação. As pessoas com maiores capacidades de literacia geral têm maior probabilidade de apresentar maiores capacidades de literacia em saúde.[39]

3.3. Promoção da Literacia em Saúde

Com a evolução da sociedade, dá-se a necessidade de se evoluir **de um modelo paternalista**, no qual os profissionais de saúde assumem a tomada de decisão relativamente aos cuidados de saúde, substituindo-se neste processo os cidadãos, para um **modelo mais colaborativo e partilhado**, no qual é prestada ao cidadão a informação necessária para que este possa tomar as decisões sobre a sua própria saúde.

Cresce a ideia do cidadão como parceiro na gestão da sua saúde (um direito), que, como é óbvio deve manifestar o interesse em ser envolvido. É evidente que isso dependerá do nível de literacia em saúde. Ganha força também a questão da parceria efetiva entre os cidadãos, os prestadores de cuidados e as organizações de saúde nos vários níveis de prestação, planeamento e avaliação, sobretudo a gestão dos sistemas de informação pessoal, a decisão partilhada em cuidados de saúde que se traduz num processo colaborativo que, por um lado, permite ao cidadão participar ativamente nas decisões que lhe dizem respeito, e por outro, pela informação que é partilhada, promove a literacia em saúde.

A literatura tem vindo a reforçar a importância da participação dos cidadãos no planeamento e execução dos cuidados e que estes sejam considerados como parte integrante da equipa de saúde. **Esta parceria, permitindo ao doen-**

38 Ana Rita (2018), p13.
39 Idem p13.

te transmitir o seu ponto de vista, preferências e características pessoais, traduz-se numa mais-valia para os cuidados de saúde e para os resultados em saúde.

Destaca-se então a ***Decisão Partilhada em Cuidados de Saúde*** – entendida como um *processo colaborativo que permite às pessoas e aos seus prestadores de cuidados de saúde tomar decisões em conjunto, tendo em conta a melhor evidência científica disponível sobre o tema, bem como os valores e preferências da pessoa – como um mecanismo fundamental para a participação das pessoas nas decisões de saúde e como ação fundamental para a promoção da literacia em saúde.*[40]

O desenvolvimento das **Tecnologias de Informação e Comunicação**, aplicadas ao domínio da saúde, permite hoje encarar a promoção da literacia em saúde de uma forma inovadora, sem qualquer paralelo com as abordagens do passado.

No final da década de 90 começaram a surgir nos Estados Unidos os primeiros *Personal Health Records* que funcionavam apenas como repositórios estáticos de informação de saúde de cada pessoa. No entanto, este conceito tem vindo a evoluir ao longo da última década para **Sistemas Personalizados de Informação de Saúde**, que são ferramentas de apoio ao conhecimento, promoção da literacia em saúde e gestão da doença. Quando um sistema de informação possibilita uma comunicação interativa entre o profissional de saúde e o cidadão, permite partilhar informação e importar informação de outras fontes para a gestão da sua saúde e interação com o sistema de saúde, e transforma dados biométricos e observações em informação com significado, estamos perante importantes possíveis mudanças na prática clínica, na autogestão de saúde e na promoção de literacia em saúde.[41]

Para que a literacia de saúde venha a melhorar os resultados em saúde e a qualidade dos cuidados de saúde, torna-se estratégico o envolvimento das estruturas de governação, dos profissionais de saúde e dos próprios cidadãos na operacionalização de uma estratégia nacional concertada de promoção de literacia em saúde.

3.4. Gestão de Informação em Saúde

A Sociedade da Informação é uma realidade cada vez mais notória e abrangente em todos os setores sociais. **O rápido crescimento das redes digitais de informação**, com o suporte da Sociedade de Informação, abriu novos horizontes ao planeamento e concetualização de sistemas de informação, que têm em consideração o ambiente em que a organização se insere.

40 Idem p14.

41 Araújo S. (2007), citado por Ana Rita (2018).

Através dos sistemas de informação, novas relações podem ser estabelecidas ou reforçadas entre os diversos intervenientes do Sistema de Saúde, possibilitando o estabelecimento de novos canais de comunicação com os utentes, disponibilizando-lhes mais informação e introduzindo inovadoras formas de prestação de cuidados, mais acessíveis, mais eficazes e mais centradas nas suas necessidades.

Um sistema de informação é uma combinação de procedimentos, informação, pessoas e tecnologias de informação, organizadas para o alcance de objetivos de uma organização. São sistemas formais e tecnológicos utilizados em contexto institucional na área da saúde, para fins de prestação de cuidados de saúde ou para fins administrativos ou de gestão, tanto em hospitais públicos e privados, como em clínicas, consultórios, farmácias, ou serviços de enfermagem. Para além de produzirem informação para apoio à tomada de decisão e ao controlo organizacional, procuram fornecer aos diferentes membros da organização, uma perceção do estado e do funcionamento da organização e do seu meio envolvente.

4. Metodologia do Estudo

Este trabalho foi desenvolvido de dezembro de 2020 a fevereiro de 2021. O IPED – Instituto de Pesquisa e Estudos para o Desenvolvimento apresentou **à Comissão Nacional para os Direitos Humanos e a Cidadania, um plano de trabalho.** Os consultores trabalharam em estreita articulação com a CNDHC, proponente do estudo.

A metodologia de trabalho incluiu:

- Uma revisão documental abrangente das diretivas internacionais no domínio do direito à saúde, dos estudos produzidos no país, da produção legislativa, documentos de política governamental, projetos e programas implementados ou em fase de implementação, assim como informações estatísticas ou de outra índole.
- Organização de Grupos Focais, entrevistas com dirigentes de instituições-chave e utentes de serviços de saúde para a implementação da proposta e discussões com organizações, grupos e pessoas chave que visam promover o direito ao acesso à saúde de grupos vulneráveis. Para tal, um conjunto de instrumentos que permitam aos dirigentes de instituições-chave governamentais e não-governamentais avaliar o estado de integração da promoção do direito ao acesso à saúde e universalização do acesso e identificar as fraquezas e forças que devem ser elaborados.

A aplicação desta metodologia permitiu uma análise da situação do acesso à saúde no país, explorando: a) o quadro regulamentar e legal; b) o quadro político e estratégico necessário para analisar o compromisso quanto à promoção do direito ao acesso à saúde no país, com especial enfoque nos grupos vulneráveis; c) integração da abordagem de direitos humanos, incluindo a avaliação do estado de priorização na agenda pública e nos diferentes níveis de gestão e de atuação, assim como ter uma visão das assimetrias regionais, sociais e económicas.

A metodologia proposta assentou em alguns princípios: i) **A participação ativa** dos públicos-alvo (*stakeholders*); ii) **O princípio de inclusão/a perspetiva integrada (multidimensional):** uma atenção particular foi dada à questão da cidadania em saúde. A abordagem foi participativa centrada nos grupos focais e nas instituições com a utilização de instrumentos específicos.

Os consultores realizaram igualmente grupos focais com algumas associações e instituições, cujos grupos focais estiveram bem representados pelo género, idade e diversidade das partes interessadas.

A execução do trabalho seguiu uma orientação fundamentada nos objetivos propostos e utilizou, na abordagem do problema como caminho das consequências, **o método dedutivo**, que é um método lógico e que pressupõe a existência de verdades gerais já afirmadas que servem de base (premissas) para se chegar através dele a conhecimentos novos, ou seja, uma cadeia de raciocínios em conexão descendente do geral para o particular, levando à conclusão.

A realização do processo formal e sistemático deste método tem por base o **procedimento descritivo**, através do qual os dados foram observados, registados, analisados, classificados e interpretados. Ademais, ao desenvolver a pesquisa em saúde, e em face das peculiaridades de saúde, optou-se por um estudo interdisciplinar. A investigação enveredou por uma perspetiva teórica de natureza jurídico-sociológica que, mesmo utilizando-se de várias disciplinas, privilegia o diálogo do discurso jurídico com o discurso atual da cidadania em saúde e insere-se numa postura epistemológica, concebendo o conhecimento como uma representação ou aproximação do objeto real, o qual lhe serve de perspetiva e referência.

A pesquisa bibliográfica ajudou a traçar considerações importantes sobre a saúde e a cidadania, legislação criada após a pandemia. Em termos práticos, os consultores procuraram estimular a participação, criando um clima psicológico favorável, regulando a participação, dirigindo a atividade de grupos e resumindo as conclusões obtidas. Essas técnicas ajudam a desenvolver esses pontos e aplicam-se, essencialmente, na realização de tarefas comuns ou na procura de solução de problemas, e contribuem para o empenhamento de todos os elementos do grupo sob a orientação dos consultores.

4.1. Limitações do Estudo

Existem alguns fatores que colocaram em risco ou que podem ter limitado o alcance de alguns objetivos do estudo. Esses fatores estão ligados à participação das instituições e das pessoas indicadas, tempo, informação e participação dos grupos e utentes. Os fatores ligados à informação têm a ver com as documentações-chave disponibilizadas. A limitação temporal é o que mais impacto poderá ter na qualidade do produto final.

Verificou-se ainda a questão do estado de contingência e os fatores ligados à segurança sanitária. Como se sabe a COVID-19 é uma doença respiratória emergente causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), declarada pela OMS, a 30 de janeiro de 2020, emergência de saúde pública de alcance internacional, e classificada como pandemia

pela OMS, a 11 de março de 2020, obrigando o Governo de Cabo Verde a elaborar um plano nacional de contingência (10 de março de 2020), com fortes medidas de proteção e restrições, seguindo as diretrizes emanadas da Organização Mundial de Saúde.[42]

Ao registar, a 19 de março de 2020, o primeiro caso importado de COVID-19 na ilha da Boa Vista intensificaram-se as medidas restritivas e de saúde pública, de entre as quais, o reforço da vigilância dos portos e aeroportos para combater a pandemia e evitar a propagação do vírus no seio da população residente naquela ilha. A 25 de março de 2020 foi confirmado o primeiro caso positivo de COVID-19 na cidade da Praia, o quarto do país e o primeiro cidadão nacional a infetar-se pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Face a esta situação, as autoridades locais redobraram as medidas restritivas, levando à declaração do Estado de emergência a nível nacional (Decreto Presidencial nº 06/2020), por um período de 20 dias, com início a partir da 0h do dia 28 de março de 2020. O estado de emergência permitiu adotar as medidas do confinamento obrigatório (encerramento de todos os serviços públicos e privados) e o distanciamento social.

No peródo de realização do estudo, o país não se encontrava em estado de emergência, mas algumas ilhas se encontravam em estado de confinamento, e isso acabou por afetar a calendarização inicialmente programada (contatos/entrevistas), junto de alguns atores públicos e da sociedade civil, de modo a permitir concluir mais cedo o Diagnóstico da Cidadania em Saúde e conhecer a situação real. O Plano de Trabalho foi sendo atualizado consoante a disponibilidade dos atores e das dinâmicas no terreno. Os consultores acabaram por precisar de mais tempo para se informar, recolher informações e entregar os produtos finais.

Diagnóstico da situação nacional – Focus Group

Foi feita uma abordagem diagnóstica da situação atual da "**cidadania em saúde**", tendo em conta o modelo concetual de referência descrito, embora a produção e a análise científica nesta área sejam ainda escassas em Cabo Verde. Como já foi frisado foram tidos em conta documentos legais e normativos, as experiências formais de participação nos órgãos dos serviços do SNS e os relatos de experiências e eventos veiculados pelos órgãos de comunicação social ou em boletins produzidos pelas organizações cabo-verdianas relacionadas com a cidadania em saúde. Foram ainda recolhidos **testemunhos de pessoas-chave**, algumas das quais participaram dos grupos focais da componente empírica do estudo.

Componente empírica

42 INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, RELATÓRIO DO ESTUDO CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE A COVID-19 NA POPULAÇÃO RESIDENTE EM CABO VERDE, junho de 2020, pp7-8.

Recorreu-se à adoção, num primeiro momento, de uma **metodologia de carácter qualitativo**, desenvolvida através de **grupos focais (*focus groups*) e entrevistas individuais,** com o objetivo de explorar e aprofundar vários aspetos do tema em estudo e a sua relação com os atores envolvidos. **Ao potenciar o discurso livre e as reações espontâneas**, o recurso a métodos qualitativos permitiu compreender os aspetos mais intrínsecos da relação entre o público-alvo e o tema em estudo, expressos nas *atitudes*, *motivações* e *barreiras* percecionadas.

Realizaram-se algumas entrevistas e visitas a alguns Institutos ligados à saúde pública, de modo a conhecer a materialização, assim como os constrangimentos na implementação da Política Nacional de Saúde:

1. Ex-Diretor Nacional de Saúde (Doutor Artur Correia)
2. Atual Diretor Nacional de Saúde (Dr. Jorge Barreto)
3. Presidente do Instituto Nacional de Saúde Pública – INSP – (Dra. Maria da Luz Lima))

Da mesma forma, foram realizadas entrevistas com algumas Associações que trabalham com populações específicas, e que têm a ver com a questão da cidadania em saúde:

4. A Ponte (Associação de Promoção da Saúde Mental)
5. Colmeia (Associação de Pais e Amigos de Crianças e Jovens com Necessidades Especiais)
6. Acarinhar (Associação das Famílias e Amigos de Crianças com Paralisia Cerebral)
7. ADEVIC (Associação de Deficientes Visuais de Cabo Verde)
8. FECAD (Federação Cabo-verdiana das Associações de Pessoas com Deficiência)
9. CENORF (Centro Nacional Ortopédico e de Reabilitação Funcional)
10. Rede Nacional das PvVIH (Apoio a PvVIH+)
11. COPAC (Comité Paralímpico de Cabo Verde)
12. APIMUD (Associação Cabo-Verdiana de Promoção e Inclusão das Mulheres com Deficiência)

Grupos Focais (Focus Groups)

Foram realizados dois grupos focais, com um total de 7 participantes, incluindo uma diversidade de experiências e de pontos de vista:

<u>Grupo 1</u>: Diretores executivos e elementos dos conselhos clínicos de agrupamentos de centros de saúde (Delegacia da Saúde do Mindelo – São Vicente e Delegacia da Saúde da Ribeira Brava – São Nicolau)

<u>Grupo 2</u>: Elementos de associações cívicas de participação na área da saúde e investigadores e académicos na área (APIMUD e Investigadores da US)

As informações recolhidas foram submetidas a análise de conteúdo e sistematizadas em relatório estruturado (documento autónomo), no qual se incluíram *verbatins* com as principais ideias surgidas.

A recolha de dados das entrevistas decorreu de 5 de janeiro a 5 fevereiro de 2021.

Outras Entrevistas Individuais

Com o objetivo de obter alguns *insights* do cidadão foram realizadas quatro entrevistas aos seguintes agregados familiares, todos da ilha de Santiago:

A. 1 casal com 1 filho até 6 anos e gravidez
B. 1 casal com 2 filhos até 6 anos, sendo um dos filhos doente crónico
C. 1 família monoparental (48 anos) com um filho entre os 7 e os 14 anos
F. 1 idosa na 3ª idade (62) doente crónico

A constituição desta amostra não teve por objetivo realizar qualquer inferência estatística ou obter representatividade populacional. Teve apenas o propósito de recolher um leque diversificado de perspetivas e experiências pessoais e familiares. Deste modo, os resultados devem ser interpretados a título indicativo, sem qualquer objetivo de extrapolação para a população.

Questionário sobre o Nível de Satisfação dos Cidadãos relativamente à Qualidade dos Serviços de Saúde Prestados

Da mesma forma, face à situação da pandemia houve a necessidade de se aplicar um **questionário online** para averiguar o nível de satisfação dos cidadãos/utentes relativamente à qualidade da prestação dos serviços ligados à saúde.[43]

Componente documental internacional

A **componente documental** deste estudo suportou-se na pesquisa e análise bibliográfica geral, sobretudo internacional, procurando identificar e sistematizar os principais conceitos e definições, alguns centros de investigação

43 O questionário foi elaborado na plataforma Google form, e disponibilizado aos sujeitos, através das redes sociais (Facebook, WatsApp), E-mail e SMS, de 16 de janeiro a 2 de fevereiro.

dedicados ao tema em estudo, suas linhas de trabalho e resultados relatados. Procurou-se, igualmente, identificar alguns projetos e boas práticas em alguns países, com especial enfoque em Portugal, Canadá. As principais fontes de informação utilizadas foram:

- Bases de dados eletrónicas e publicações especializadas
- Sítios da OMS, OCDE e outras organizações internacionais de relevância
- Universidades e Institutos de Pesquisa

Diagnóstico da situação nacional

A recolha de dados foi efetuada entre os dias 15 de dezembro de 2020 a 25 de janeiro de 2021.

Convém enfatizar que não foi possível realizar mais grupos focais com os médicos de outras delegacias de saúde, dado que houve incompatibilização de horários. Da mesma forma, houve muitos constrangimentos na obtenção de alguns documentos oficiais nos sites do Ministério da saúde e Segurança Social e da própria página do governo porque com o problema na NOSI, alguns sites tiveram problemas desde o mês de novembro. Alguns médicos informaram-nos que perderam muitos dados, inclusive dos pacientes.

Socialização do Estudo sobre "Exercício da Cidadania em Saúde em Cabo Verde"

No dia 22 de junho de 2021, realizou-se a socialização do estudo "Exercício da Cidadania em Saúde em Cabo Verde", em que estiveram presentes várias instituições públicas e privadas, mormente o Ministério da Saúde, a Direção Nacional de Saúde, várias Organizações da Sociedade Civil, o representante do PNUD (Nações Unidas), Alta Autoridade para a Imigração. O encontro serviu para apresentar os resultados do estudo, a metodologia, assim como as recomendações.

No final, dividiu-se a plateia em grupos e cada um trabalhou uma recomendação, fornecendo as respetivas contribuições para a melhoria das mesmas. Essas contribuições forma aproveitadas na versão final do estudo.

5. O exercício da cidadania em saúde em Cabo Verde: Medidas legislativas, administrativas, de políticas públicas ou de outra natureza, colocadas em prática, com relevância para a efetivação do Direito à Saúde (O período pré e pós pandemia Covid-19 em Cabo Verde)

5.1. O direito à saúde como direito fundamental

Antes de se falar do direito à saúde é preciso percebermos o que é a saúde. Estaremos já aqui ante uma dificuldade. Não é fácil concetualizar sobre o que é a saúde! O ambiente social do fim do século XIX e primeira metade do século XX propiciou um debate entre duas grandes correntes que procuraram definir o conceito de saúde. De um lado, grupos marginais ao processo de produção, que viviam em condições de vida miseráveis, enfatizavam a compreensão da saúde como diretamente dependente de variáveis relacionadas ao meio ambiente, ao trabalho, à alimentação e à habitação. Por outro lado, avanços científicos consideráveis, que possibilitaram o desenvolvimento de medicamentos e tratamentos, levaram a que um outro grupo fosse a favor da concetualização da saúde como ausência de doenças. Com efeito, as drogas aperfeiçoadas, adequadamente empregadas, resultaram na cura de várias doenças, salvando muitas vidas.

A visão da saúde entendida como ausência de doença é largamente difundida no senso comum, porém não está restrita apenas a esta dimensão do conhecimento. Até meados do século XVIII, a doença era vista como um elemento constitutivo do ambiente assim como qualquer outro elemento da natureza. Assim, à medida que todas as pesquisas estavam focadas na análise da doença, o conceito de saúde era negligenciado, ou, no melhor dos cenários, era algo secundário, pois em seu entendimento esteve sempre implícita a ideia da "não-doença".[44]

Sabe-se, porém, que esta definição, centrada no modelo biomédico, é extremamente limitada, porquanto nem sempre a ausência de sinais e sintomas indica a condição saudável. Críticas foram sendo dirigidas e esse modelo biomédico. Segundo Canguilhem, *"é compreensível que a medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer o seu objeto não é objetiva. (...) A clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com os seus órgãos ou funções"* (Canguilhem, 2005, p. 53-55 apud Batistella, 2007).

44 Batisttella, Carlos (2007), Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (Orgs.), (2007) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Os efeitos da segunda Grande Guerra levaram a que se forjasse um consenso que marcou o final do referido debate. Os efeitos devastadores do conflito, nomeadamente, a carência de recursos económicos, a "falência", ou, pelo menos, a descrença na forma de organização social e nos seus líderes, levou a que os povos tivessem de erigir, necessariamente, um novo pacto. Foi então que nasceu a Organização das Nações Unidas (a personificação do novo pacto entre as nações). Fomentou-se a Declaração Universal dos Direitos do Homem, e, ao mesmo tempo, incentivou-se a criação de órgãos especiais dedicados a garantir alguns dos direitos considerados essenciais aos homens, entre os quais o direito à saúde. Assim, a saúde, reconhecida como direito humano, passou a ser objeto da Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa organização define a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença.

Essa definição também foi objeto de algumas críticas. Segundo se diz, a expressão "completo estado", além de indicar uma conceção pouco dinâmica do processo – uma vez que as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar -, revela uma idealização do conceito que, tornado inatingível, não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde. Por outro lado, afirma-se a sua carência de objetividade: fundado numa noção subjetiva de "bem-estar", implicaria a impossibilidade de se medir o nível de saúde de uma população (Fonseca e Corbo, 2007, pp. 57-58). A essa e outras críticas responde, por exemplo, Caponi (2003) que afirma que a crítica ao conceito de saúde da OMS não deveria recair sobre o seu caráter subjetivo, uma vez que a subjetividade é um elemento inerente à definição de saúde-doença e, por ser dela indissociável, estará presente em qualquer conceção de saúde (restrita ou ampla).

Não obstante as críticas feitas ao conceito de saúde da OMS, a verdade é que a nossa lei de bases do Sistema Nacional de Saúde, aprovada pela Lei nº 41/VI/2004, de 5 de abril e alterada pela Lei 76/IX/2020, de 2 de março, define a saúde nos mesmos termos que o faz a OMS, ou seja, como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de doença (cf. art.º 2º, al.).

5.2. **O direito à saúde como direito humano fundamental**

O conceito de direitos humanos, que coloca a pessoa humana no centro da sua preocupação, é baseado num sistema de valores universais e comuns dedicados a proteger a vida e fornece o molde para a construção de um sistema de direitos protegido por normas e padrões internacionalmente aceites. Portanto, tais direitos pertencem à categoria de direitos essenciais à pessoa humana, que visam resguardar a solidariedade, a igualdade, a fraternidade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana. Nos regimes democráticos, toda e qualquer pessoa deve ter a

sua dignidade respeitada independentemente da sua origem, etnia, raça, condição económica, orientação política, classe social, idade, identidade sexual, orientação ou credo religioso. Os Direitos Humanos visam concretizar as exigências de dignidade da pessoa humana, de liberdade e igualdade, as quais devem ser reconhecidas pelos ordenamentos jurídicos em âmbito nacional e internacional.

No âmbito internacional as normas jurídicas de Direitos Humanos se revelam por meio de: a) tratados internacionais; b) costumes; c) princípios gerais do Direito Internacional. No âmbito interno destacam-se: a) a Constituição; b) leis específicas; c) atos normativos secundários. Uma das caraterísticas dos direitos humanos é a *superioridade normativa material* (quanto ao seu conteúdo) e formal (*jus cogens*), pois são imperativas e não podem ser derrogadas por vontade das partes. A historicidade (Os Direitos Humanos são fruto de um longo processo histórico, de diversas lutas pelo reconhecimento do ser humano como o fim, e não um meio, do Direito), a *universalidade* (Os Direitos Humanos se aplicam a todas as pessoas em qualquer parte do mundo. Embora a corrente relativista busque adequar os Direitos Humanos às particularidades sociais de cada Estado, povo ou nação), a *irrenunciabilidade* (Os titulares dos Direitos Humanos não podem renunciar a esses direitos. Tal renúncia é considerada nula, ainda que realizada livremente pelo indivíduo), a *inalienabilidade* (Os Direitos Humanos não podem ser negociados, vendidos, cedidos, emprestados, doados etc.), a *imprescritibilidade* (Os Direitos Humanos não se sujeitam a prazo prescricional, ou seja, não se esvaem com o passar do tempo. A pretensão indemnizatória por violação dos Direitos Humanos está sujeita a prescrição) e a *interdependência* (Os Direitos Humanos possuem uma relação complexa de proteção por meio de diversos diplomas jurídicos internacionais e nacionais) são características os distinguem.

Têm-se dito, e é verdade, que o Direito à saúde é um direito fundamental. A expressão *direitos fundamentais* deve ser empregada para aqueles direitos do ser humano reconhecidos e positivados nas Constituições do Estados, enquanto o termo *direitos humanos* possui relação com os documentos de direito internacional, por se referir àquelas posições jurídicas que reconhecem a todos certos direitos inalienáveis por sua condição de ser humano, independentemente do seu vínculo com determinada ordem constitucional, almejando, dessa forma, a validade universal, para todos os povos e tempos, tendo assim, claramente, caráter supranacional.

Portanto, analisando os textos constitucionais de vários países e a posição atual na doutrina, o principal ponto diferencial entre os direitos fundamentais e os direitos humanos é a sua fonte: os direitos fundamentais são encontrados nos textos constitucionais, enquanto os direitos humanos referem-se às garantias fundamentais integrantes do Direito internacional. Segundo Gomes Canotilho e Vital Moreira (2014), os direitos humanos "*distinguem-se dos direitos fundamentais porque estes são os direitos constitucionalmente positivados e juridicamente garantidos no ordenamento jurídico [interno], enquanto os direitos [humanos] são*

os direitos de todas as pessoas ou coletividades de pessoas independentemente da sua positivação jurídica nos ordenamentos político-estaduais".[45] Desta forma, os direitos humanos trazem uma dimensão jusnaturalista-universalista, enquanto os direitos fundamentais possuem um caráter jurídico-institucionalmente garantido, com uma limitação espácio-temporal.

O direito à saúde é um direito fundamental. Entretanto, resta saber se é um direito fundamental da primeira geração ou da segunda geração.

Na verdade, a Constituição da República de Cabo Verde (CRCV), em temos de sistematização, reservou toda a sua Parte II (do artigo 15.º ao 90.º) aos "Direitos e Deveres Fundamentais", estando a mesma dividida em cinco títulos (o título I sobre "princípios gerais", o título II sobre "direitos, liberdades e garantias", o título III sobre "direitos e deveres económicos, sociais e culturais", o título IV sobre os deveres fundamentais e o título V sobre a família). No entanto, assim como a Constituição portuguesa de 1976 (e outras constituições europeias), deu-se realce à *distinção paradigmática* entre direitos, liberdades e garantias e direitos económicos, sociais e culturais, ou, simplesmente, direitos sociais.

Quanto à *distinção entre as duas categorias* de direitos fundamentais, a mesma deve ser procurada na base de uma perspetiva abrangente, que considere a dimensão histórica, a dimensão jurídico-positiva e a dimensão analítica. Tal distinção reside na existência, dentro da Constituição, de *dois tipos* (juridicamente diferenciados) *de direitos fundamentais*: por um lado, é diferenciado o grau de vinculação das respetivas normas; por outro lado, relativamente aos direitos económicos, sociais e culturais, têm de ser deixadas ao legislador democrático as opções sobre a afetação dos recursos, bem como o primado da respetiva concretização; em terceiro lugar, nestes direitos, a dimensão objetiva (princípios e deveres) tem precedência sobre a dimensão subjetiva (direitos subjetivos). Na verdade, os direitos da primeira categoria têm um cariz marcadamente negativo, ou seja, são defensivos na medida em que existe um dever de abstenção de atos que expressamente violem certos direitos. Ao invés, os direitos sociais têm um cariz essencialmente positivo porque pressupõem uma ação, um "agir" por parte do poder público, não têm necessariamente uma aplicação direta e encontram-se dependentes de políticas e legislação.

De qualquer das formas, a divisão entre esses dois tipos de direitos fundamentais não é absolutamente radical havendo mecanismos de ligação entre eles. Com efeito, *em regra*, os conteúdos de direitos económicos, sociais e culturais não estão constitucionalmente determinados, sendo o grau, extensão, ritmo e evolução da respetiva fixação deixados ao desenrolar do processo político democrático (*primado da concretização legislativa*). Por outro lado, é imediatamente fixada uma série de imposições concretas que obriga à *institucionalização básica* dos princípios de direitos económicos, sociais e culturais, a que o legislador não

45 Gomes Canotilho, Vital Moreira, (2014), Constituição da República Portuguesa Anotada Vol I Artigos 1º a 107º - (4ª Edição Revista - Reimpressão).

pode escapar (*premência institucionalizadora*). Por último, um grau de proteção assimilável à dos direitos subjetivos fundamentais é apenas configurável em situações excecionais (*efetividade excecional*).

O direito à saúde vem consagrado no art.º 71º, como direito social, o que leva a que o mesmo não goze de aplicabilidade direta. Assim sendo, o direito à saúde enquanto direito social não tem a mesma "força de lei" que teria sob o regime dos direitos, liberdades e garantias. O direito à saúde é um direito social propriamente dito e o que o caracteriza essencialmente é o facto de ser um direito «positivo», ou seja, um direito às adequadas atividades e prestações do Estado.

Nem sequer pode considerar-se como um dos «direitos fundamentais de natureza análoga» a que se refere o art.º 26.º e não pode, portanto, reclamar-se, só por isso, do regime específico dos «direitos, liberdades e garantias». Deste modo, o ordenamento jurídico cabo-verdiano concebe o direito à saúde como um direito social, de cariz positivo, e, portanto, "por inteiro" na esfera do legislador e das opções que este traçar. Trata-se assim de um direito social que segundo o nº 3 do art.º 71.º da CRCV é caracterizado como um direito universal, geral e tendencialmente gratuito. Sendo assim, qualquer pessoa tem direito ao seu usufruto e o estado tem o dever de o providenciar.

Contudo, podemos afirmar que o direito à saúde é um autêntico direito fundamental, em linha e com a mesma dignidade dos direitos fundamentais ditos clássicos ou de 1.º geração, tem uma grande aproximação com o direito à vida, assim como com o princípio da dignidade da pessoa, e é precisamente por via desta aproximação que se vivifica e ganha autonomia. A OMS (2011, p.1) refere no nr.º 3 da DPRDSS que "… o gozo do mais alto nível de saúde que se possa atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano …", o que já a ONU (1948) no art.º 25.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) tinha estatuído, pugnando por uma necessária proteção por parte do estado de outros "direitos" conexos com o direito à saúde como a alimentação, vestuário, alojamento além da assistência médica.

5.3. Cidadania em saúde: Perspetiva da Constituição Cabo-verdiana

A cidadania é um termo associado à vida em sociedade. Na sua origem aparece ligada ao desenvolvimento das *polis* gregas, entre os séculos VIII e VII a.C. De lá para cá, tornou-se referência para os estudos que se centram na política e nas próprias condições de seu exercício, mesmo nas sociedades mais primitivas, como também, é óbvio, nas sociedades mais modernas. Alterações nas estruturas sociais, sobretudo, económicas tiveram, também, consequências na evolução do conceito e no exercício da cidadania, moldando-os de acordo com

as necessidades sociais de cada época. Hoje, o conceito de cidadania não está restringido à perspetiva de cidadão apenas como aquele que vota; o cidadão é aquele que tem meios para exercer o voto de forma consciente e participativa. Assim, cidadania é, claramente, a condição de acesso aos direitos sociais (educação, saúde, segurança, previdência) e económicos (salário justo, emprego) que permitem que todos possam desenvolver as suas potencialidades, incluindo a de participar de forma ativa, organizada e consciente da vida coletiva no Estado.

Cidadania em saúde é um aspeto particular da cidadania em geral. Pressupõe que cada pessoa, qualquer que seja o papel e posição que tenha na sua "cidade", assuma ativamente as regras reguladoras da convivência, da pertença, do envolvimento, do dar e do receber na sua relação com os outros, no contexto em que vive.

O conceito de cidadania em saúde é um meio para atingir objetivos comuns de saúde e de bem-estar e não um valor ou um fim em si mesmo. Trata-se de um instrumento que pode contribuir para atenuar ou resolver alguns dos principais problemas do sistema de saúde e da sociedade cabo-verdiana. No que respeita à cidadania em saúde, podem considerar-se aspetos comuns e aspetos específicos consoante os papéis que cada cidadão assume, num dado momento: político, utente de serviços de saúde, utilizador de cuidados, profissional de saúde, gestor de serviços, fornecedor de bens e serviços ao sistema de saúde, etc.

Mas, independentemente da qualidade em que o cidadão aparece, existe para todos um conjunto de direitos-deveres essenciais: a) *o direito a ser reconhecido como pessoa humana integral com características, necessidades, expectativas, preferências e aspirações próprias … e o dever de os reconhecer reciprocamente nos outros*; b) *o direito a ser respeitado na sua autonomia e dignidade… e o dever de os respeitar em si próprio e nos outros*; c) *o direito a obter respostas adequadas dos serviços de saúde… e o dever de contribuir para que tais respostas sejam dadas a si e aos outros*; d) *o direito a receber cuidados com rigor profissional (com competência técnica, justiça/equidade, verdade, honestidade e afetividade) … e o dever recíproco em relação a si próprio e aos outros naquilo que estiver ao seu alcance*; e) *o direito a esperar responsabilidade por parte dos serviços e dos profissionais de saúde… e o dever de assumir também responsabilidade por si e pelos outros nos aspetos que estiverem na sua mão influenciar e controlar*.

A Constituição dispõe um conjunto de normas que criam um quadro de responsabilidade ao legislador ordinário no que tange à cidadania, mormente a cidadania em saúde. Assim, dispõe a Constituição:

Artigo 1º (República de Cabo Verde)

2. A República de Cabo Verde reconhece a igualdade de todos os cidadãos perante a lei, sem distinção de origem social ou situação económica, raça, sexo, religião, convicções políticas ou ideológicas e condição social e assegura o pleno exercício por todos os cidadãos das liberdades fundamentais.

Artigo 7º (Tarefas do Estado)

São tarefas fundamentais do Estado:

e) Promover o bem estar e a qualidade de vida do povo cabo-verdiano, designadamente dos mais carenciados, e remover progressivamente os obstáculos de natureza económica, social, cultural e política que impedem a real igualdade de oportunidades entre os cidadãos, especialmente os fatores de discriminação da mulher na família e na sociedade;
j) Criar, progressivamente, as condições necessárias para a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais por forma a tornar efetivos os direitos económicos, sociais e culturais dos cidadãos;

Artigo 24º (Princípio da igualdade)

Todos os cidadãos têm igual dignidade social e são iguais perante a lei, ninguém podendo ser privilegiado, beneficiado ou prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de raça, sexo, ascendência, língua, origem, religião, condições sociais e económicas ou convicções políticas ou ideológicas.

Artigo 70º (Direito à segurança social)

1. Todos têm direito à segurança social para a sua proteção no desemprego, doença, invalidez, velhice, orfandade, viuvez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.
2. Incumbe ao Estado criar as condições para o acesso universal dos cidadãos à segurança social, designadamente:

   a) Garantir a existência e o funcionamento eficiente de um sistema nacional de segurança social, com a participação dos contribuintes e das associações representativas dos beneficiários;
   b) Apoiar, incentivar, regular e fiscalizar os sistemas privados de segurança social.

3. O Estado incentiva, regula e fiscaliza, nos termos da lei, a atividade das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público, com vista à prossecução dos objetivos de solidariedade social consignados na Constituição.

Artigo 71º (Direito à saúde)

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

    a) Assegurar a existência e o funcionamento de um sistema nacional de saúde;
    b) Incentivar a participação da comunidade nos diversos níveis dos serviços de saúde;
    c) Assegurar a existência de cuidados de saúde pública;
    d) Incentivar e apoiar a iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação;
    e) Promover a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
    f) Regular e fiscalizar a atividade e a qualidade da prestação dos cuidados de saúde;
    g) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos farmacológicos, e outros meios de tratamento e de diagnóstico.

Artigo 74º (Direitos das crianças)

1. Todas as crianças têm direito à proteção da família, da sociedade e dos poderes públicos, com vista ao seu desenvolvimento integral.
2. As crianças têm direito a especial proteção em caso de doença, orfandade, abandono e privação de um ambiente familiar equilibrado.
3. As crianças têm ainda direito a especial proteção contra:

    a) Qualquer forma de discriminação e de opressão;
    b) O exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições a que estejam confiadas;
    c) A exploração de trabalho infantil;
    d) O abuso e a exploração sexual.

4. É proibido o trabalho infantil.

5. A lei define os casos e condições em que pode ser autorizado o trabalho de menores.
6. A lei pune especialmente, como crimes graves, o abuso e exploração sexuais e o tráfico de crianças.
7. A lei pune, igualmente, como crimes graves as sevícias e os demais atos suscetíveis de afetar gravemente a integridade física e / ou psicológica das crianças.

Artigo 75º (Direitos dos jovens)

1. Os jovens têm direito a estímulo, apoio e proteção especiais da família, da sociedade e dos poderes públicos.
2. Também para garantir os direitos dos jovens, os poderes públicos, em cooperação com as associações representativas dos pais e encarregados de educação, as instituições privadas e organizações juvenis, elaboram e executam políticas de juventude tendo, designadamente, em vista:

    a) Assegurar a prevenção, o apoio e a recuperação dos jovens em relação à tóxicodependência, ao alcoolismo, ao tabagismo e às doenças sexualmente transmissíveis e a outras situações de risco para os objetivos referidos no número 2.

Artigo 76º (Direitos dos portadores de deficiência)

1. Os portadores de deficiência têm direito a especial proteção da família, da sociedade e dos poderes públicos.
2. Para efeitos do número anterior, incumbe aos poderes públicos, designadamente:

    a) Promover a prevenção da deficiência, o tratamento, a reabilitação e a reintegração dos portadores de deficiência, bem como as condições económicas, sociais e culturais que facilitem a sua participação na vida ativa;
    b) Sensibilizar a sociedade quanto aos deveres de respeito e de solidariedade para com os portadores de deficiência, fomentando e apoiando as respetivas organizações de solidariedade;
    c) Garantir aos portadores de deficiência prioridade no atendimento nos serviços públicos e a eliminação de barreiras arquitetónicas e outras no acesso a instalações públicas e a equipamentos sociais;
    d) Organizar, fomentar e apoiar a integração dos portadores de deficiência no ensino e na formação técnico-profissional.

Artigo 77º (Direitos dos idosos)

1. Os idosos têm direito a especial proteção da família, da sociedade e dos poderes públicos.
2. Para garantir a proteção especial dos idosos e prevenir a sua exclusão social, incumbe aos poderes públicos, designadamente:

    a) Promover as condições económicas, sociais e culturais que facilitem aos idosos a participação condigna na vida familiar e social;
    b) Sensibilizar a sociedade e a família quanto aos deveres de respeito e de solidariedade para com os idosos, fomentando e apoiando as respetivas organizações de solidariedade;
    c) Garantir aos idosos prioridade no atendimento nos serviços públicos e a eliminação de barreiras arquitetónicas e outras no acesso a instalações públicas e a equipamentos sociais.

Deveres Fundamentais Artigo 83º (Deveres gerais)

1. Todo o indivíduo tem deveres para com a família, a sociedade e o Estado e, ainda, para com outras instituições legalmente reconhecidas.
2. Todo o indivíduo tem o dever de respeitar os direitos e liberdades de outrem, a moral e o bem comum.

Artigo 85º (Deveres para com a Nação e a Comunidade)

Todo o cidadão tem o dever de:

    i) Defender e promover a saúde, o ambiente e o património cultural.

Portanto, o desafio essencial, no que tange à cidadania em saúde, é o de criar uma dinâmica em desenvolvimento contínuo que vise melhorar a situação de parca informação, passividade e a dependência dos saberes e das ações de outrem para uma situação de inter-relações de produção e partilha constante de informação e de conhecimento (literacia em saúde), de proatividade, de auto-controlo (capacitação) e da máxima autonomia possível no que respeita à saúde individual e coletiva ("empowerment" ou empoderamento) – a que corresponde também uma quota-parte de responsabilidade de cada um pela sua saúde e, por extensão, pelo estado de saúde da sua comunidade, assumindo assim uma atitude de cidadania em saúde.

5.4. As atividades e prestações do Estado na concretização do direito à saúde

5.4.1. As políticas públicas

Políticas públicas são princípios norteadores da ação do Poder Público, e são diretrizes, procedimentos e regras que determinam as relações entre o Estado e os atores sociais a que se destinam as aplicações de recursos públicos e os benefícios sociais, concretizados em programas, financiamentos e leis que traduzem a natureza e as prioridades de determinado regime político. Definir políticas públicas significa exercitar o poder político frente a diferentes interesses de setores sociais conflituantes em agendas restritivas de gasto, equilíbrio entre receitas e despesas, inclusão de setores sociais e principalmente a possibilidade de efetivação do exercício da cidadania, na medida em que a elaboração, implantação e legitimação dessas políticas se realizam cada vez mais com a participação dos setores organizados e/ou emergentes da sociedade civil e com o fortalecimento de canais institucionais tradicionais. A publicitação, a transparência e o efetivo envolvimento do público e da mobilização social tornam mais efetiva a regulação dos interesses conflituantes entre os diferentes atores sociais e entre esses e o Estado, na busca de eficácia e legitimação das políticas públicas (Teixeira, 2002).

O Poder Legislativo, composto por membros eleitos pelo povo para exercer a função, entre outras, de legislar, como parte integrante do poder político estatal, detém as funções de representação, legislação, legitimação da ação governamental, controle, juízo político e constituinte. Pode-se dizer que, no seu desenvolvimento histórico, aumentou a sua capacidade de representação e controlo do poder soberano, evoluindo desde o exercício de um mandato imperativo – representante orientado por seus eleitores, passando pelo modelo de mandato representativo – representante de toda a comunidade, até o princípio da soberania popular, segundo o qual a única fonte do poder vem do povo. A função legislativa tem por objetivo a formação de leis, a partir das matérias que devem ser submetidas ao regime de legalidade pela Constituição. Na contemporaneidade, assume realce na vida política, na medida em que "tem que estar em condições de realizar, mediante a lei, intervenções, que impliquem diretamente uma alteração na situação da comunidade. Significa dizer que a lei não deve ficar numa esfera puramente normativa, mas deve influir na realidade social. Isto é, não pode ser simplesmente lei de arbitragem, lei que arbitra, simplesmente, os conflitos interindividuais ou intersubjetivos, como ocorria no Estado liberal, apenas visando a manutenção da ordem. Há, também, que ser lei de transformação, lei destinada a interferir na direção da economia e realizar o desenvolvimento nacional. Ela é, por isso, reconhecida como o instrumento institucional de maior importância no controlo social" (Silva, 2010).

O Direito à Saúde, como direito fundamental, impõe ao Estado a observância de um conjunto de medidas que garantam um acesso universal e tendencialmente gratuito dos cuidados de saúde. Vamos, assim, analisar um conjunto de políticas públicas estaduais no que tange ao Direito à saúde, incluindo medidas de cariz administrativo e legislativo.

5.5. Missão e Visão para o setor da Saúde

A política nacional de saúde tem como **visão** *contribuir para melhorar os cuidados de saúde à população de Cabo Verde numa abordagem holística e integrada de forma a proporcionar mais saúde e bem-estar à população, com um acesso universal e equitativo aos diferentes níveis de cuidados, com elevado nível de humanização.*

Assim, a **missão** é *estabelecer as estratégias e as formas de atuação a nível central, regional e local para alcançar a visão, proporcionando um instrumento estruturante com as linhas de orientação e os meios operativos para um conceito da saúde, como um pilar fundamental para o desenvolvimento económico-social.*

5.6. Estratégias político-administrativas de efetivação do direito à saúde

A atual política nacional de saúde está assente em 8 eixos estratégicos e 25 iniciativas, ancoradas num conjunto de orientações e documentos estruturantes: o programa do Governo para a IX legislatura, o plano estratégico de desenvolvimento sustentável 2017-2021 e os objetivos de desenvolvimento sustentável, mas também por instrumentos operacionais que permitem a concretização dessas políticas, entre eles os planos regionais de desenvolvimento sanitário e dos hospitais centrais 2017-2021, o plano estratégico dos recursos humanos da saúde 2015-2020, o plano estratégico de cooperação em saúde da CPLP, os planos e programas nacionais de saúde, os planos de ações nacionais multissetoriais, recomendações da OMS e da OOAS e outras orientações para a saúde e pacotes dos cuidados essenciais de saúde.

Eixos:

i. Reorientação do modelo de governança para resultados em saúde e bem-estar

- Criar a Entidade Reguladora da Saúde

  (Centralizar funções de regulação e supervisão atualmente inexistentes ou dispersas)

- Centralizar funções críticas para alcançar a estratégia

  (Criar e implementar um modelo de liderança e organização que, em articulação com as diferentes estruturas descentralizadas de cada uma das regiões/Ilhas, defina a nível central a estratégia consolidada, em áreas críticas para o sistema de saúde: formação, TICs, qualidade e segurança clínica, avaliação do desempenho organizacional, cooperação nacional e internacional, gestão e manutenção de equipamentos, financiamento e contratualização e auditoria interna.

- Consolidar a descentralização com novas Regiões Sanitárias

  (RSSN RSSA RSFB – RS Sal – RS Boavista – RS Santiago Sul) 2021

- Apostar na saúde familiar e institucionalizar equipas de saúde familiar

  (Atribuição do mesmo médico e enfermeiro a todos os elementos do agregado familiar)

  - Elaboração do cadastro familiar
  - Enfoque nos cuidados primários
  - Promoção da saúde e prevenção da doença

ii. Promoção da saúde e melhoria da prestação de cuidados

- Desenvolver e implementar os Programas e Planos de Saúde

  (Programas de vigilância e resposta a epidemias; programas de promoção e proteção integradas à saúde da mulher e da criança, do adolescente, do homem e do idoso; programas para a prevenção e controlo de doenças e fatores de risco)

  - Promoção
  - Prevenção
  - Diagnóstico
  - Seguimento
  - Referenciação

- Reforçar e implementar uma abordagem nacional para a Promoção da Saúde

  (Plano Nacional de Promoção da Saúde: Plano de abrangência nacional e intersetorial enfocada numa abordagem holística da saúde)

- Reforçar e consolidar a adoção da telemedicina e adicionar e desenvolver a componente e-Saúde

(Sustentabilidade do Programa: melhoria da equidade e acesso da população aos cuidados de saúde)

- Criar um serviço nacional de emergência pré-hospitalar

  (Prestação de primeiros socorros com eficácia, com um sistema de comunicação e evacuação rápida)

  - Número único de emergência 112
  - Centro de Coordenação e Despacho de Emergências
  - Adequada rede de transporte de doentes urgentes

- Reforçar a rede de referenciação de doentes, promover deslocações periódicas de especialistas e implementar uma unidade móvel (UM) de apoio aos concelhos e ilhas

  (Referenciação e contra referenciação de doentes UM e deslocações regulares de especialistas)

- Reforçar a Rede Nacional de Laboratórios e o Laboratório Nacional de Saúde Pública

  (Centralização dos laboratórios especializados em São Vicente e em Santiago, constituição de um Laboratório de referência nacional na área da Saúde Pública)

iii. **Desenvolvimento dos recursos humanos e da investigação**

- Reforçar o dimensionamento dos profissionais de saúde

  (Reforço do dimensionamento de acordo com os planos das várias regiões e estruturas, Recrutamento nacional/internacional ou através de cooperações internacionais)

- Promover a valorização e fixação dos profissionais

  (Planos de formação anuais: formações específicas e formação contínua de todos os profissionais)

  - Plano de incentivos para situações específicas
  - Reforço da formação e capacitação nas áreas de gestão

- Consolidar o curso de medicina em Cabo Verde e desenvolver a formação especializada

  (Programa de estágio probatório da Carreira Médica e Dinamização de Escolas Técnicas de Saúde)

- Especialização em MGF
- Prioridade: especializações em enfermagem

• Promover o desenvolvimento da investigação

(Agenda Nacional de Pesquisa em Saúde)

- Financiamento específico para a investigação em saúde

iv. Reorganização estratégica das infraestruturas e equipamentos

• Remodelar e construir infraestruturas de saúde

(Estruturas de cuidados de saúde primários e Hospitais Centrais)

- Construção de edifícios novos para CS (novas unidades e de substituição) e remodelações gerais
- Constituição de novos PS ou de substituição
- Ativação de USB
- HAN: UCI, HD, internamento, BUA, BO,
- Trindade, laboratório, radiologia
- HBS: Hemodiálise, U. Ambulatório, UCI,
- HD, laboratório, radiologia

(Estruturas centrais)

- Novo edifício para a sede do INSP, incluindo o laboratório Nacional de Saúde Pública

• Implementar o plano de aquisição e manutenção de equipamentos fixos e móveis

Equipamentos para as estruturas de prestação de cuidados de saúde primários, secundários e terciários.

Unidade Móvel

- Períodos de garantia
- Manutenção após garantia
- Níveis de serviço
- Capacitação de profissionais
- Apoio remoto

v. Desenvolvimento do setor farmacêutico

• Implementar e monitorizar a aplicação da Política Farmacêutica Nacional

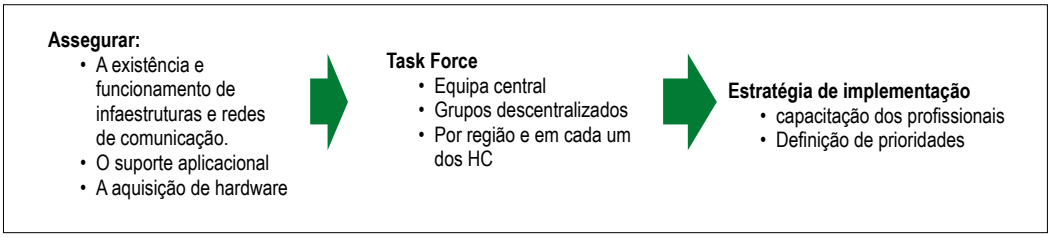
(lista nacional de medicamentos essenciais, aprovisionamento, gestão de RH, gestão do conhecimento, promoção da pesquisa, uso racional de medicamentos e dispositivos médicos, sistema de regula-

ção sanitária e monitoração do mercado, financiamento e sistema de regulação de preços)

- Promover o desenvolvimento e a integração do farmacêutico no sistema de saúde

  (Promoção e dinamização das Boas Práticas de Farmácia, Dotar todas as ilhas/regiões de farmacêutico, Reforço da relação médico/farmacêutico)

➢ Integração do farmacêutico nas equipas multidisciplinares e comissões técnicas vocacionadas para o controlo e uso dos medicamentos, gestão do risco e segurança e custo-efetividade



vi. Reforço do sistema de saúde digital – E-Saúde

- Melhorar o sistema de comunicação, gestão de risco e segurança

  (Implementação de medidas para informação, comunicação e gestão do risco global)

➢ Planos de contingência a nível municipal
➢ Capacitação de pontos focais a nível local

(Implementação de uma cultura de gestão do risco e segurança do doente)

➢ Implementar sistemas de gestão de risco e segurança do doente
➢ Prevenir e desenvolver ações de melhoria

(Implementação dos processos de atendimento e acolhimento dos doentes)

➢ Triagem de Manchester – Guia de atendimento – Guia de acolhimento

- Promover o aumento da receita e otimizar a eficiência

vii. Acesso ao sistema de saúde e sustentabilidade financeira do setor

Estudo de avaliação da implementação da revisão das tabelas e regime de isenções

Realização de eventuais ajustes

Regulamentação e implementação

Crtitérios de isenção

- Isenção por perfil
- Isenção de procedimentos
- Isenção por patologias
- Isenção por proveniência

- Rever a política de comparticipações e isenções nos cuidados de saúde

  (alcançar uma cobertura do INPS de 60%; por afetação de receita fiscal; compras conjuntas; redução de evacuações, participação em ensaios clínicos, partilha de recursos, maior consumo de medicamentos genéricos)

viii. Promoção da cooperação e atuação intersetorial

- Desenvolver e implementar o conceito "One Health", integrando a Saúde em todas as políticas

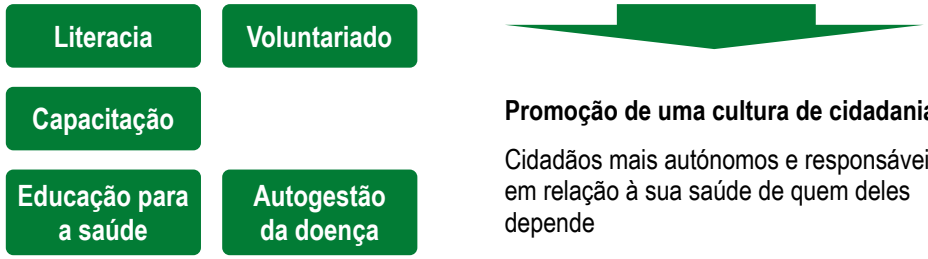
  (Promoção e sensibilização dos problemas prioritários de saúde pública junto da comunidade – Reforço do diálogo; Observatório Nacional de Saúde)

  - Comissões Municipais de Saúde em pleno funcionamento
  - Promoção da dinâmica intersetorial para fortalecer e implementar a visão holística da saúde, melhorando o equilíbrio entre doença e saúde

- Promover a vigilância e resposta a emergências em saúde pública (Capacitar o país na plena adesão ao Regulamento Sanitário Internacional; ampliar a coordenação de ações e a velocidade de respostas conjuntas solidárias, em situações de emergência)

  - Grupo de Trabalho nacional subordinado ao tema "Capacitação em Respostas e Emergências em Saúde Pública"

- **Promover e potenciar a cidadania**



5.7. As medidas legislativas de efetivação do direito à saúde

O direito à saúde, enquanto direito fundamental de natureza social, teve consagração na Constituição de 1980, embora num quadro de indistinção entre os direitos de liberdade e os direitos sociais. Aliás, o direito à saúde beneficiava de uma dupla inserção sistemática ao constar simultaneamente do Título I, relativo aos princípios fundamentais, da natureza e dos fundamentos do Estado e do Título II, Dos direitos, liberdades, garantias e deveres fundamentais dos Cidadãos, o que indicava um duplo tratamento: como políticas do Estado e como direitos.

A Constituição de 1992, aprovada depois da abertura política e das primeiras eleições livres e multipartidárias do país, veio institucionalizar um Estado de Direito com um amplo catálogo de direitos fundamentais, sobretudo no que tange aos direitos sociais.

O direito à saúde está regulado na Parte II, título III, sobre os direitos e deveres económicos, sociais e culturais, art.º 71º da CRCV. Como direito social, o direito à saúde faz nascer para o Estado (e não só) obrigações que têm que ver com a promoção da saúde. A principal obrigação do Estado consiste na criação de um sistema nacional de saúde. Trata-se de um dever constitucional. Tal serviço terá de ser universal, ou seja, dirigido à generalidade dos cidadãos; geral, isto é, deve abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e cuidados médicos; tendencialmente gratuito, tendo as pessoas direito e este serviço sem qualquer encargo ou mediante o pagamento de taxas, que, pelo seu montante, não sejam suscetíveis de impedir o acesso ao sistema nacional de saúde em virtude de condições económicas e sociais.

Em virtude do comando constitucional que faz nascer para o Estado o dever de criar todas as condições para um sistema nacional de saúde com as características apontadas, o nosso legislador criou um quadro legislativo complexo e diversificado, encabeçado pela lei de bases do Serviço Nacional de Saúde (ver **anexo 1,** do mais recente para o mais antigo, incluindo os revogados, com exceção, por ora, da legislação que tem que ver, de alguma forma, com a covid-19).

5.8. As medidas administrativas e legislativas no período pós covid-19

Em meados de dezembro de 2019 corriam rumores de uma pneumonia de origem desconhecida em trabalhadores e frequentadores de um mercado de peixe, mariscos vivos e aves na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. No final de dezembro de 2019, a OMS foi informada dessa situação. Apenas em janeiro de 2020 a China relatou a descoberta de um novo coronavírus, chamado 2019-nCoV, ligado aos casos de pneumonia e partilhou a sequenciação genómica do novo vírus.

A 30 de janeiro de 2020, o Diretor Geral da OMS determinou que o surto de COVID-19, que à data afetava principalmente a República Popular da China, constituía uma Emergência em Saúde Pública de Âmbito Internacional e admitiu a possibilidade de ocorrência de casos importados para outros países. Consequentemente, a OMS emitiu recomendações a todos os países para se prepararem implementando medidas de alerta, incluindo vigilância ativa, deteção precoce, gestão de casos, rastreamento de contatos e prevenção da propagação da infeção por COVID-19, bem como a partilha de dados completos com a OMS. O vírus espalhou-se, rapidamente, pelos quatro continentes. Soube-se que vírus provocava infeções respiratórias graves, que a transmissão se faz por via aérea e o período de incubação é em média de 14 dias.

O primeiro caso em Cabo Verde deu-se no dia 19 de março de 2020, na ilha da Boa Vista. Imediatamente foram implementadas todas as medidas destinadas a impedir a propagação da infeção e aumento de casos.

A primeira medida foi colocar o local onde foi registrado o primeiro caso, um hotel na Boavista, em quarenta. Depois, seguiu-se a declaração de estado de contingência. Foi elaborado um Plano Nacional de Contingência que entrou em vigor no dia 14 de março de 2020. Na sequência foi determinada a inibição da realização de eventos que reunissem números elevados de participantes vindos de países assinalados com a pandemia do coronavírus (COVID-19), foram antecipadas as férias escolares em todos os estabelecimentos de ensino pré-escolar, básico e secundário, foram elaboradas diretrizes a serem seguidas pelas creches e jardins infantis.

Após o surgimento de alguns casos, foi declarada a situação de calamidade em todo o território nacional, com base no previsível aumento de intensidade dos riscos de contaminação no país, decorrente da propagação da COVID-19.

Seguiram-se três declarações de Estado de Emergência justificadas face à situação de calamidade pública resultante da doença COVID-19 pelo meio um conjunto de medidas dirigidas à proteção social das famílias e à proteção do rendimento dos que operavam no setor informal da economia, medidas excecionais e temporárias de proteção social, fiscais, parafiscais e de gestão de

recursos humanos, medidas excecionais de proteção dos créditos das famílias, empresas e instituições particulares de solidariedade social.

Aqui convém ainda ressaltar um conjunto de medidas excecionais e temporárias de resposta à situação epidemiológica provocada pelo coronavírus sars-cov-2 e da doença covid-19, aplicáveis ao setor privado, aos serviços da administração direta, indireta e autónoma do Estado, às Autarquias Locais, ao setor empresarial do estado, às entidades administrativas independentes, aos serviços e organismos na dependência da Presidência da República, da Assembleia Nacional, e dos Tribunais, dispondo-se sobre a suspensão do contrato de trabalho, os benefícios do trabalhador em situação de suspensão do contrato de trabalho, a isenção de pagamento contribuições INPS, os atos processuais e procedimentais, a realização de diligências, o regime extraordinário e transitório de proteção dos arrendatários, os órgãos do poder local, o regime excecional de contratação pública, o regime excecional de autorização de despesa, o regime excecional em matéria de contratação de recursos humanos, o regime de teletrabalho na Administração Pública e nos serviços judiciários, a fiscalização preventiva, a atendibilidade de documentos com prazos de validade expirados, os prazos de deferimento tácito de autorizações e licenciamentos e os prazos de realização de Assembleias Gerais.

À medida que a situação epidemiológica se agravava foram sendo tomadas várias outras medidas: As fronteiras foram encerradas; foi declarado estado de calamidade para algumas ilhas, foram exigidos testes obrigatórios para as viagens entres as ilhas; foi determinado o distanciamento social e o uso obrigatório de máscara facial; criou-se um quadro de padronização/parametrização da produção de máscaras faciais comunitárias; foi isenta de qualquer tributação a importação de EPI; foram aprovadas medidas de incentivo à economia, nos mais diversos setores.

Todas essas medidas foram acompanhadas de uma forte campanha de sensibilização e prevenção. Segundo consta, desde o início da epidemia a março de 2021, o INSP já produziu 19.000 cartazes, 30.000 desdobráveis que foram sendo distribuídos por todo o país, tanto pelas instituições públicas como privadas, realizou palestras de informação e esclarecimento aos trabalhadores nas mais diversas instituições, e promoveu centenas de difusões de informações pelas rádios nacionais e comunitárias, televisões públicas e privadas, carros de som e via SMS. Foi criado um núcleo de comunicação de risco e envolvimento comunitário coordenado pelo INSP e que incluía profissionais da DNS, OMS e UNICEF e que contou com um grande leque de parceiros de organizações da sociedade civil, empresas e organizações não governamentais. Numa segunda fase a comunicação teve foco também na vacinação e nas variantes da COVID-19.

Depois, passou-se à fase de alívio gradual das medidas restritivas, com ritmos diferentes consoante a ilha ou região em causa.

Foi criada a Comissão Nacional de Coordenação para a introdução da vacina contra a COVID-19 (CNC), com a missão de planificar, coordenar, supervisionar e avaliar a implementação das ações relativas à introdução da vacina contra a COVID-19, no território nacional. Na sequência foi criado, aprovado e publicado o Plano Nacional de Introdução e Vacinação contra a Covid-19.

Todas as medidas e políticas elencadas supra têm suporte na lei. Assim, foram produzidas, no período pós Covid-19, um conjunto de legislações especificamente ligadas à pandemia, nem sempre claras e em coerência com o (nosso) ordenamento jurídico como um todo (**Vide <u>Anexo 2</u>**).

6. Componente Empírica: Vozes das Associações, dos Técnicos / Responsáveis de Saúde, dos Cidadãos Comuns sobre a Cidadania em Saúde

A possibilidade de realizar um estudo sobre o *Exercício de Cidadania em Saúde*, em Cabo Verde, obrigou-nos a optar por um estudo diagnóstico compatível com o prazo dado (dois meses, com possibilidade de extensão de mais 20 dias) e um plano de amostra e de trabalho factível. Neste sentido, recorreu-se a uma metodologia qualitativa de recolha de dados, num primeiro momento, junto de alguns atores da sociedade civil (líderes associativos e ativistas), profissionais da saúde (dirigentes e responsáveis de instituições estatais ligadas ao Ministério da Saúde e Segurança Social), líderes de associações de imigrantes, académicos e/ou civis relevantes para o tema em estudo; e num segundo momento, junto de alguns cidadãos e famílias comuns procurando abranger fases diferentes do ciclo de vida familiar.

Houve um terceiro momento, em que recorremos a uma metodologia mais quantitativa, através da aplicação de um questionário online que medisse o nível de satisfação relativo à qualidade dos serviços prestados nas estruturas de saúde.

Este trabalho de partida, embora limitado pelo tempo e pela situação pandémica, com limitações de vária ordem (estado de contingência nalgumas ilhas), permitiu identificar e recolher um conjunto de tópicos pertinentes, necessidades observadas e oportunidades que nos permitem cogitar e formular algumas recomendações.

Dos dados recolhidos no terreno, ficou mais fácil entender que a questão da cidadania em saúde só pode avançar e enraizar-se como prática numa sociedade que quer ter a saúde como um bem comum se se verificar alguns preceitos básicos como: i) *a comunicação, informação e a educação do cidadão, visando o empoderamento individual, e coletivo, para elevar a literacia em saúde*; ii) *o envolvimento comunitário, a sua participação, (in)formação e consulta quanto às políticas, estratégias e iniciativas*; iii) *a humanização das práticas, no atendimento, na comunicação, no tratamento, nos procedimentos e regras*; e iv) *o tratamento de dados/indicadores, para melhores decisões, mormente na questão das doenças de género*; v) *a organização e partilha de boas práticas, assim como a melhoria do diagnóstico, planeamento, implementação, avaliação e divulgação dos resultados dos projetos.*

6.1. Cidadania em saúde: Vozes das Associações da Sociedade Civil

Procurou-se dar a palavra a algumas associações da sociedade civil, sobretudo aquelas que trabalham com populações específicas: pessoas com deficiência, seropositivos (PvVIH+), atletas com deficiência, mulheres com deficiência, i.e., grupos que, normalmente, têm necessidades 'especiais' e que, muitas vezes, se sentem um pouco discriminados, o que acaba por se traduzir num grande desafio para o usufruto da cidadania e para um Estado de Direito que se quer Democrático, como o cabo-verdiano.

Significado de Cidadania em Saúde

> *Cidadania em Saúde traduz-se em todos os indivíduos terem os mesmos direitos no que diz respeito à saúde, ninguém deve ficar para trás em relação à saúde, não só o direito de ter acesso e também o dever de contribuir para que haja saúde para todos... o papel reservado ao cidadão nesta questão de promoção da saúde é portanto criar condições para que todo o ser humano tenha acesso à saúde... mais particularmente para as PcDs é adaptar a saúde para as pessoas com deficiência... não é só ter acesso às consultas ... aos exames médicos... é ter informações no que diz respeito à saúde... é necessário que haja adequação desses materiais às pessoas que as tenham.* (**ADEVIC)**

> *Cidadania em princípio é um direito que o ser humano tem de ser assistido... de ter uma resposta adequada de acordo com os direitos e necessidades que as pessoas e cidadãos têm ... direito humanizado... com cuidados humanizados... sigilo profissional...temos que ter sempre em conta a nossa situação real... as dificuldades que temos... a saúde deu um pulo muito importante... mesmo noutros momentos e sobretudo agora durante a pandemia... os médicos deram uma resposta... o trabalho de prevenção... sensibilização da pessoa... acho que estamos num bom caminho... há coisas a melhorar... certo... às vezes no atendimento das pessoas. Questões de acessibilidade na saúde... mobilidade reduzida... informação e comunicação precisa ser melhorada.* **(ACARINHAR)**

> *(...) cidadania em saúde ... consiste na estratégia de empoderamento dos cidadãos para que sejam eles a cuidarem da sua saúde ... isso exige que os serviços competentes governamentais da área*

da saúde tenham em mente de que a saúde a sua manutenção cabe sobretudo ao cidadão. Toda a ação é no sentido de empoderar os cidadãos para serem principais atores na defesa e promoção da sua saúde e constitui um elemento chave no quadro de promoção da cidadania da saúde (**A PONTE**)

Como o sistema de saúde nacional contribui para a promoção e potencialização da cidadania

Contribui pouco, é um vasto campo que poderia ser aproveitado se houver esta conceção, o Estado deve promover a saúde e isto exige parcerias com as organizações da sociedade na perspetiva de aumentar a literacia da saúde para que as pessoas tenham conhecimento mais aprofundado das questões relativas à saúde, no que se refere à sua preservação e promoção, para que sejam agentes ativos na promoção da sua própria saúde. Esta conceção não está completamente absorvida e implementada pelas instâncias competentes da saúde. Isso exige uma atitude proativa e também que se saia dos centros de saúde e das estruturas físicas de saúde para se associar à comunidade, dando-lhe as ferramentas necessárias para poderem gerir a sua saúde (**A PONTE**)

Entendo que a estrutura nacional de saúde está a fazer um bom trabalho... só que infelizmente há uns que constroem e outros que destroem ... o papel é um processo aberto que aceita críticas e construção... critica... aplaude ... apoia etc. (**RedePvVIH**)

Envolvimento num programa/atividade/iniciativa de promoção da saúde

Nota-se que já se tornou uma prática convidar as associações da sociedade civil a tomarem parte na elaboração ou pelo menos na socialização do Plano Nacional de Saúde. Normalmente, são chamadas como é o caso da Associação ACARINHAR e outras. Mas, mesmo assim muitas não têm por hábito participar num programa de promoção de saúde, nem em campanhas de sensibilização com as autoridades públicas.

A ADEVIC já esteve envolvida com o INSP sobretudo nesta altura de pandemia, na promoção dos materiais informativos adaptados às pessoas com deficiência entre o ano passado e este ano. Antes da pandemia já tínhamos feito um trabalho também com eles na prevenção do cancro da mama e outros e na adaptação

de materiais informativos às pessoas com necessidade no campo visual (**ADEVIC**)

... Não nunca fomos... envolvidos... mas por iniciativa própria já fizemos algumas sessões nas quais abordamos casos de saúde... nomeadamente os tumores que acabam por motivar amputações... casos de diabetes que levam à amputação... estamos a fazer este tipo de trabalho... muito timidamente o que... fazemos com diabetes... Cabo Verde mudou o hábito alimentar ... e os cabo-verdianos não estavam preparados para isso... tem que ter cultura da educação física para evitar diabetes e outros males. Ações feitas em parceria com MS e segurança social... nos centros de saúde... nas salas de reuniões (**CENORF**)

Nós já participamos em atividades da VERDEFAM sobre saúde e educação sexual... da Handicap International... da OMS... Elaboração de planos de programas... apresentação dos planos de atividades sobre SSR ... CIGIEF costumamos participar... raras vezes fazem referência a PcDs e sobretudo Mulheres PcDs ... falam de tratados... convenções... fazem referência ... alguma ... mas na prática não acontece... Nem todos os planos deles fazem referência a PcDs... principalmente ICIEG... fazem alguma referência ... mas de forma a levar à prática não acontece... pensam que só as associações de PcDs têm direito de promover o direito de pessoas com deficiência... Uma vez que entendemos que a inclusão de PcDs é de todos... governo e sociedade civil... no geral (**APIMUD**)

Eu trabalhei alguns anos no setor da saúde mais concretamente nos serviços de psiquiatria do Hospital Agostinho Neto e havia um programa de saúde mental. É um programa a nível nacional em que equipas se deslocavam para todas as localidades, não só para fazer atendimento mas também para fazer promoção da saúde. Reuníamos com grupos de jovens, mulheres e outras categorias grupais para discutir a promoção da saúde nesta perspetiva. Falávamos de problemas como alcoolismo, a droga, o relacionamento familiar, o desenvolvimento socioafetivo numa perspetiva mais promocional, no sentido de aumentar o conhecimento das pessoas sobre a saúde mental, embora não descurando de uma intervenção a nível secundário para as pessoas que já estavam atingidas por perturbações psico-emocionais que também eram atendidas e tinham a sua devida resposta... tinha uma estratégia de proximidade ... não ficávamos à espera que as pessoas viessem ter connosco, mas nós é que íamos

ao encontro das pessoas. Em termos de promoção da saúde também participei e dirigi o programa de luta contra SIDA onde fizemos um excelente trabalho, participávamos nessas ações ...tinha um papel de facto importante de empoderamento das pessoas principalmente na ótica preventiva e também fazer com que elas conhecessem como a doença e o vírus se transmite. Foi uma experiência muito positiva (**A PONTE**)

Foi... através de projetos ligados a parceiros... Nações Unidas... CCS-Sida... Verdefam... Morabi... na promoção de capacitação de jovens com VIH para ter AGR e ter o autossustento... neste momento a rede tem uma formação a concluir em artes e cabedais... Desde o início em 2004 as PvVIH+ têm dado uma comparticipação em planos de avaliação, estratégicos... combate a infeções por VIH ou doenças paralelas... fazemos questão de estar.... Temos um plano que foi elaborado em 2005 Liderança em Ação dentro da saúde... Formação de Educadores de Pares... Comunidade Aidética (VIH)... entre outros... são muitos... índice de Estigma.... estudos (**RedePvVIH**)

Temos feito algumas coisas nomeadamente feiras de saúde... palestras ... convidam-nos a participar ... neste momento estamos a discutir um memorando sobre a saúde e educação... para levar ao Parlamento... No MSS propriamente dito há classes que não estão sendo reconhecidas.... Por exemplo... neuropsicóloga... fonoaudiólogo... terapeuta da fala... alguma especialidade como maxilofacial... ainda não foram reconhecidas pelo MSS... e que são importantes para apoiar crianças com deficiência.... Somos uma equipa (**Colmeia**)

Acesso às informações relacionadas com a saúde e não só (TICs, Braille, Rádio, TV)

Algumas associações consideram que essas informações são quase que inexistentes ou insatisfatórias. As pessoas que residem em bairros periféricos têm necessidade de ter acesso a essas informações, sobretudo em Braille, e acesso às TICs. A rádio e a televisão são mais facilmente acessíveis, e 'vulgares', mas mesmo assim existem pessoas que não têm acesso a esses meios de comunicação.

Somos apologistas duma sociedade inclusiva. As informações relacionadas com a saúde são excludentes porque não são exaustivas para que as pcds possam entender e muitas vezes sem a tradução em língua gestual cabo-verdiana portanto não leva em con-

*sideração as pcds, a maior parte das vezes Não existe, ainda, uma agenda para essa área, aliás a FECAD tinha um projeto de nome Telejornal Inclusivo a televisão pública eliminou que era a interpretação do Jornal da Noite, da TCV, para a língua gestual cabo-verdiana. (**FECAD**).*

Através do Braille... foi numa altura em que houve uma conferência... um fórum internacional... O Ministério fez uns documentos... nesta área de comunicação está a faltar muito ... apesar de no telejornal ter havido algumas coisas em língua gestual... em alguns spots publicitários do MSS estão a utilizar a língua gestual... as conferências sobre covid-19, as informações estão a passar em língua gestual... ainda faltam para pessoas surdas... falta ainda a descrição dos conteúdos... Mesmo na comunicação... muitas das vezes o técnico que faz a tradução fica num tamanho muito pequenino... a imagem da pessoa que faz a tradução deveria ficar um bocadinho maior para facilitar a compreensão da comunicação... Ainda há pessoas com deficiência intelectual... pessoas que não sabem ler... Comunicação através de imagens... não há nenhum panfleto para pessoas que não sabem ler, para perceber alguma coisa que é muito importante... Se houver imagem as pessoas conseguem ir... coordenadas com sistema criptográfico de comunicação... para além do Braille... e as pessoas com baixa visão... tamanho de letras... as cores... pensam em mais acessibilidade apenas com foco nas rampas.... As outras deficiências ficam de fora (**ACARINHAR**)

Tenho notado com alguma preocupação que muitas vezes não damos atenção a esses programas... dá-se mais atenção às novelas... e até os telejornais têm pouca assistência... precisamos dessa cidadania para saúde... criar interesse nas populações de forma a terem mais informação... o Programa mais Saúde se se fizer um inquérito uma baixa percentagem assiste a esse programa... não sei se é devido à baixa escolaridade ou se a saúde preventiva não é uma prioridade para as pessoas... muito poucas vezes oiço uma pessoa a dizer que faz uma consulta de check up....o que é mais normal porque a saúde preventiva ajuda muito no nosso dia a dia (**CENORF**)

Dá-se muita informação, mas não se avalia o impacto dessas informações, ou seja, é uma das nossas fraquezas. Seria bom fazer sobretudo uma avaliação do impacto das nossas campanhas. São feitos panfletos que são distribuídos. Seria bom fazer uma comparação sobre os níveis de conhecimento que as pessoas tinham antes e

depois dessas ações, para verificar o impacto ...fazer alguma avaliação para saber se estão no mesmo ponto ou se evoluíram e isso permite também uma avaliação para ver a eficácia da informação que é transmitida... produz-se muita informação, mas falta essa parte de avaliação periódica do nível de conhecimento das pessoas (**A PONTE**)

Bom, em princípio são utilizadas os meios tradicionais para o público em geral... Há falta de uma intervenção mais específica... Para os jovens com deficiência intelectual... visual... problemas de fala.... surdos... as informações não chegam pelos canais certos... ou vias que gostariam... às vezes utilizam rádio e televisão, mas os surdos e pessoas com deficiência visual não podem acompanhar... é um desafio... Pensar nas TIC para atingir mais pessoas (**COPAC**)

Relação com os media na promoção da cidadania em saúde (para o grupo-alvo)

Normalmente, não há uma agenda com os media, virada para o público-alvo. Existem poucas intervenções junto dos media. Provavelmente, isso advém da fraqueza no que concerne às atividades de advocacia e plaidoyer. Os media não estão muito próximos das associações que defendem os direitos das PcDs, nem na questão da saúde. Quando são chamados aparecem e dão cobertura aos eventos. As associações, inclusive, têm de pagar se quiserem passar um spot na televisão.

*Não há uma agenda conjunta... diz-se que se quer universalizar a saúde... que se quer dar tratamento igualitário... mas na prática não é isso... tem que haver sensibilidade e pressão da sociedade civil para acontecer... Ainda em rela*ção à inclusão há muita politização na matéria... quando se atribuiu a *pensão de deficiência... é como se isso ficasse* à *parte do saber fazer... a pensão é apenas um meio... parte de atenção reabilitação ... Isto não ajuda...Temos com a TCV ... sempre chamamos para atividades... divulgamos spots na televisão... antigamente era gratuito... agora não sei* (**Colmeia**)

A forma mais desejável seria haver um canal permanente para que as mensagens fossem passadas, mas infelizmente é um custo bastante alto que não está ao alcance das organizações da sociedade civil que lidam com muitas dificuldades. Mesmo em termos de alguns projetos há sempre algumas limitações em sustentar programas que são de natureza social em que os órgãos públicos têm res-

ponsabilidades... cobram como que se fossem produtos comerciais ... é um ponto que, no quadro do contrato de prestação de serviços públicos, os Estados estabelecem com os órgãos dos serviços públicos ... a comunicação social deveria ser de uma forma equacionada de que estas campanhas e ações que não têm fins comerciais lucrativos deveriam ter uma abordagem diferente e uma política diferente por parte dos órgãos públicos (**A PONTE**)

Trabalho com as Famílias

O nosso trabalho é centrado na família.... Mesmo os jovens não têm poder de decisão... na maioria dos casos são dependentes das famílias... temos brochuras para famílias ... educadores... profissionais da saúde... ainda há muito tabu... os profissionais de saúde não fazem encaminhamento... acham que é um problema médico e familiar... às vezes as famílias pedem os documentos... e recusam... o nascimento do ACARINHAR não foi tarefa fácil... disseram que íamos expor os meninos e as pessoas ficam a saber .... Participei num fórum logo de início organizado pela A Ponte e houve muitas críticas à ACARINHAR ... dizia-se que as crianças não deviam ser diferenciadas e dissemos que cada caso é um caso... agora já conhecem... as famílias é que saem à procura de apoio... se necessitamos de um documento médico é difícil... nem sempre falam a verdade à família... nem sempre a família recebe o diagnóstico...chegam a nós famílias com filhos de 10 anos de idade e que querem saber o que a criança tem... os médicos dizem que convém dar tempo ao tempo... e nós temos de utilizar toda a pedagogia necessária... não mentir para a família e arranjar a forma mais correta para informar sobre a situação da criança.... Porque a comunicação com a família é de extrema importância... saber comunicar com a família é importante. (**ACARINHAR**)

Sim... temos atendimento com a criança e a família... mais ao nível psicológico... nas reabilitações neuropsicológicas e fonoaudiólogas... ensinamos os pais para fazerem em casa... fazemos visitas domiciliárias... temos necessidade de ir ao destino porque temos crianças com paralisia cerebral (**COLMEIA**)

Sobretudo, esta é a base de tudo... se não trabalharmos com elas... não tiramos as pessoas da toca... medo da família saber ... senão expulsam de casa... Há umas que reagem de forma correta, mas infelizmente há algumas que reagem de forma negativa... As

pessoas sofrem ameaças de serem colocadas fora de casa... ficam com medo de contágio em casa... separam pratos e colheres... e com tanto conhecimento ainda temos isso... a verdade é para contar..... a situação está mais positiva neste momento (**RedePvVIH)**

Da seguinte forma ... através das visitas domiciliárias... atendimento pontual conforme as necessidade de cada família... fazemos aqui na associação... Fazemos formação para PcDs e não PcDs mulheres... criamos uma fonte de rendimento através de projetos... nomeadamente KIOSKE e lanchonete solidária. Temos mulheres que fazem a sua venda ... com o objetivo de ter um rendimento... tendo em conta que o mercado de trabalho é difícil de incluir PcDs... receberam o apoio da APIMUD através de projetos... Beneficiam de formação de corte e costura... 12 mulheres... Há umas que começaram a confecionar peças... Depois pararam por razões financeiras... sobretudo falta de matéria-prima... de vez em quando damos formação pontuais na associação... produzimos máscaras que vendemos...algumas mulheres participaram na produção de máscaras (**APIMUD**)

Trabalho em prol da cidadania nas escolas (direitos/deveres)

Antes da pandemia da covid-19 muitas associações que trabalhavam na área da deficiência reconhecem que tinham atividades frequentes nos liceus, intercâmbios com as escolas da Praia, palestras e convívio. As escolas estão abertas para fazer estas atividades.

Com as escolas... sim porque em 2008... a ACARINHAR nasceu em 2007... 2008 lançamos uma campanha da inclusão de crianças nos jardins de infância... com professores... colónias de férias com escolas... sensibilização... mesmo para as crianças... Mesmo com crianças, porque algumas ditas normais choram quando veem uma criança com paralisia cerebral... conviver com diferenças... juntar... para as duas há vantagens. O Censo 2000... na altura pedi ao INE se poderiam dar algumas informações e deram-nos um número de cerca de 1500 crianças e jovens com paralisia cerebral no país... em 2010... os estudos científicos internacionais dizem que cerca de 2 ou 3 crianças em cada mil nascem com paralisia cerebral. (**ACARINHAR**)

Sim, um dos nossos alvos é a atuação a nível de escolas e vamos ampliar a nossa ação sobretudo a nível das escolas que estão localizadas nas zonas mais pobres porque aparentemente a pobreza é um

dos aspetos que não ajuda no desenvolvimento da saúde mental já que a carência material tem muito a ver com estado emocional da gente (**A PONTE**)

Modelo de intervenção em Cabo Verde no que concerne ao Serviço Nacional de Saúde (Modelo médico/caridade/Modelo Holístico)

Prevalece o modelo médico... porque nessa questão de colocar uma prótese de uma pessoa e pensar que o problema fica resolvido... há uma parte social... psicológica... há um conjunto de coisas que vão para além da prótese (**ADEVIC**)

Eu acho que estamos mais para o modelo médico do que outro... o meu exemplo tive um acidente em dezembro de 1988 e foi-me facultado um tratamento, mas tive de lutar para terminar o tratamento... o secundário e para terminar a universidade... nem mesmo foi-me facultado um psicólogo... foi um modelo médico... precisamos de um modelo holístico... é o que mais se adequa a um caso... uma pessoa tem uma perda deve ter tratamento médico... depois reabilitação profissional... se trabalhasse..., inclusão na escola e não só a reabilitação física... é necessário um trabalho social (**CENORF**)

Essencialmente modelo médico. Ainda hoje nos tratam como se de um doente se tratasse e a nossa legislação ordinária faz eco disso. É só ver que se exige relatório médico para comprovar a deficiência contrariamente ao modelo proposto pela Convenção sobre os direitos das pcd ratificada pelo Estado que recomenda o Modelo Social (**FECAD**)

Acho que alguns médicos já têm a noção de uma resposta holística... mas na maioria das vezes percebe-se que precisam de medicamento... próteses... resolvendo estas questões o problema fica resolvido... há médicos que percebem que é preciso uma intervenção multidisciplinar... a OMS já mostrou bem claro que a saúde de uma pessoa não é só ausência de doença... há vários fatores (**ACARINHAR**)

Em Cabo Verde situamo-nos num modelo misto, embora prevaleçam alguns domínios da conceção do modelo médico, o médico é que sabe de tudo ele é o todo-poderoso ... o paciente é um objeto do médico, o médico pergunta-lhe o que sente e fica a escrever e o paciente fica muitas vezes sem saber sobre o seu quadro, por fim o médico dá-lhe o medicamento para tomar e este vai para casa. Portanto, o

paciente não é a parte ativa da sua própria saúde. A nível saúde mental a conceção é um pouquinho diferente disso pela própria natureza do seu surgimento... da sua evolução ... funcionou sempre na antítese e sobretudo quando se intervém no domínio da promoção da saúde, é um domínio sobretudo de partilha. Embora do meu ponto de vista deveria fazer parte do manual do procedimento para todos os atores que intervém na área da saúde ... deveria ser um mandamento, mas infelizmente isso não acontece em algumas estruturas de saúde. Também é verdade que quando os profissionais de saúde atendem mais de uma centena de pessoas num único dia o próprio atendimento está a ser condicionado... a sua qualidade está sendo posta em causa, dado que é impossível atender a esse número de pessoas com a necessária abertura de dialogar. É uma questão também que tem a ver com a escassez do recursos humanos ... pois traz complicações para a qualidade dos cuidados que estão a ser prestados causando prejuízo (**A PONTE**)

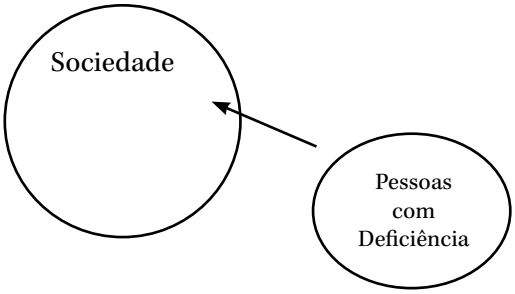
Temos um modelo holístico... penso que queremos fazer o modelo holístico... mas ainda estamos no modelo caridade... quando falamos em inclusão... o desejo é holístico mas na prática ainda não chegamos lá por causa disso... é algo que devemos mudar... a universalidade ... queremos, mas não estamos a conseguir ...o sistema de saúde ainda não conseguiu ver a parte da reabilitação como um processo normal... dá-se mais atenção à parte curativa... menos para a parte de reabilitação (**COLMEIA**)

O modelo mais próximo da nossa realidade é o médico e caridade... já ajudamos e fizemos e já resolvemos problemas... o holístico ainda é um sonho.... As pessoas precisam colocar a terra bufa bufa... eu sou contra este assistencialismo.... Há muito assistencialismo... Não ajudam as pessoas a trabalhar... entrevista qualquer seropositivo e ele diz que está com fome... e vê-se que esta pessoa tem um físico que pode trabalhar... a Rede tenta capacitar as pessoas para ganhar o seu pão... porque está feio... eu apoiava as pessoas mais necessitadas e chegou um ponto em que me criticavam (**RedePvVIH**)

Bom... nota-se que às vezes se se oferece uma prótese querem tirar proveito ... ser notícia... eu falo da Constituição da República... todos os cidadãos têm direto à saúde... educação... uma vida condigna... Não é preciso fazer coisas excepcionais... temos de formar e criar meios para atingir as pessoas. De acordo com as especificações e tudo está relacionado com a saúde... por exemplo, próteses são muito caras ... deveria ter uma subvenção... e todas as pessoas que

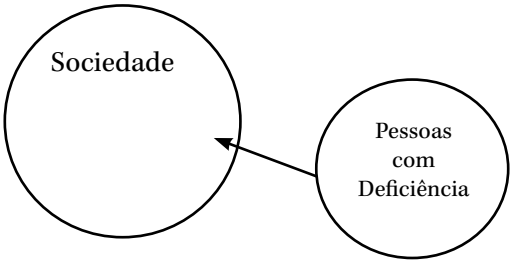
precisam de materiais extras... deveria ser analisada de forma clara... prótese é pessoal... não se pode comprar em quantidade... existe a CENORF... surdos... pessoas com deficiência visual... Atendimento à medida... precisamos de acompanhamento psicológico... técnico... social de inclusão de acordo com a necessidade... sempre falo não deveria existir nenhuma instituição para colaborar com as pessoas específicas... a sociedade deveria tratar todos de forma igual... assim como não há instituições para trabalhar com pessoas gordas.... ou carecas (**CENORF**)

Conceito da Deficiência sob a ótica Médica:



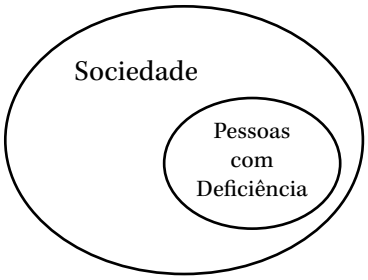
"As atividades promovidas pela sociedade "curam" a pessoa com deficiência, que está "doente", permitindo-lhe, assim, integrar-se na sociedade "normal".

Conceito da Deficiência Sob a Ótica da Caridade



"As atividades promovidas pela sociedade "ajudam" a pessoa com deficiência que é um "pobre indefeso". Os pessoas com deficiência permanecem excluídas da sociedade "normal".

Conceito da Deficiência sob a Ótica Social



As pessoas com deficiência fazem parte da sociedade e devem ser incluídas em todas as atividades. A Sociedade precisa de mudar. As Atividades centram-se na inclusão e na eliminação de barreiras de forma a permitir a participação dos deficientes na sociedade:

Atitudes – preconceito, estigma

Instituições – políticas:

Meio Físico – acessibilidade

Fonte: HI (2017, pp7-8)[46]

Tratamento das PcD/PvVIH+ e UDs (Usuários de Drogas) nas Estruturas de saúde (hospitais/centros de saúde, etc)

*Não posso dizer que é tão mau assim, mas também não é tão boa... primeiramente porque muitas das vezes os técnicos de saúde não estão preparados para dar uma resposta cabal a uma PcD... seja de que tipo for.... Não estão preparados porque já estive numa consulta em que teria de me deslocar para um outro lugar lá dentro e fico à deriva, pois não há nenhum acompanhamento... e por outro lado... Se formos ver quanto à questão da adequa*ção dos materiais informativos*... não está adequado para os que têm deficiência visual e auditiva... não há nada a título de informação que satisfaça esta necessidade* (***ADEVIC***).

O relatório feito pelo estudo elaborado pela CIGEF mostra que as pcd são tratadas com displicência e até com discriminação. As queixas que nos chegam ilustram bem essa realidade...

46 Handicap International, Avaliação das Capacidades dos Atores Nacionais para a implementação das atividades de Sensibilização (Plaidoyer) Cabo Verde: FECAD e RedePvVIH: Relatório de Avaliação de 27 de abri a 9 de maio de 2017.

barreiras culturais ... em Cabo Verde há muitos estereótipos relacionados com as pcd; ambientais pois há grandes falhas desde a conceção dos projetos e fatores atitudinais porque a cultura se sobrepõe à lei muito embora costume contra legen ser proibido (**FECAD**)

Pelas informações que tenho as PcDs não são bem tratadas nas estruturas de saúde... temos queixas de várias pessoas... até caso de esterilização forçada... acham que mulheres com deficiência não devem procriar... pelos problemas que têm... se se focar na mulher em si... no modelo holístico procura-se um outro tratamento e não esterilização... aliás isto faz parte de um relatório da APIMUD... o foco era o atendimento às senhoras e jovens... creio que ainda hoje a APIMUD tem este relatório... houve comentários dos profissionais de saúde pouco dignos em relação às pcds... uma senhora disse que foi com uma infeção genital e o médico disse que ia passar uma medicação porque não era possível subir na marquesa para examiná-la.... A senhora sentiu-se mal... se calhar deveria ter denunciado a médica mesmo na hora, mas o caso passou. (**CENORF**)

Muitas das vezes o pessoal da saúde quer que a pessoa... às vezes a pessoa diz que o doente crónico e o pessoal de saúde quer saber que tipo de doença... para ter prioridade... mesmo que o paciente diga que é portador de VIH às vezes pedem um documento para comprovar... e deixam as pessoas irritadas... e nem querem dizer qual o tipo da doença... um outro problema é a isenção no pagamento das taxas moderadoras de saúde... falando ainda a nível de saúde nós que trabalhamos com crianças com deficiência... a nível de reabilitação só beneficiam as que têm seguro... e nas clínicas... porque nos hospitais há poucas respostas... a lista está cheia e dão resposta incipiente... no caso de paralisia cerebral têm 3 sessões por semana e durante toda a vida... havia uma lei que dizia que tinham direito a 50 por ano... os filhos dos pais que não têm seguro ficam de fora...há outras valências que não têm cobertura do INPS... terapia da fala... psicóloga... não têm cobertura do INPS... nem todas as crianças precisam de fisioterapia... é preciso alargar mais as respostas na área das terapias para as crianças... Não sei*... a parte da educação há uma lacuna bem grande... estou a falar das crianças com paralisia cerebral que estão fora do sistema ... a escola não está preparada. ... os professores também não têm formação... Mas há necessidade de*

ter acompanhamento, seguimento nas escolas... in loco... falta de professor de apoio... há crianças que exigem professores de apoio... cada caso é um caso... se uma criança estuda de manhã deveria haver um reforço à tarde... não há reforço... os pais nem sempre estão habilitados... tudo isto dificulta as crianças... não há um plano para a criança... Já tivemos experiência com uma criança com paralisia cerebral... se houver um acompanhamento sério... com continuidade a criança consegue... se não há fica complicado... como elas são julgadas que não são capazes fica por aí... muitas não falam e têm problemas motores bem acentuados ... no fundo percebem tudo o que se passa...não têm problemas intelectuais ... são mais problemas motores... nem a família acredita que a criança é capaz... dependem dos outros... muitas vezes nem conseguem compreender a comunicação ... é através do olhar e gestos... (**ACARINHAR**)

Não temos dados precisos, mas as coisas têm estado a melhorar paulatinamente, mas ainda não é o nível desejado. Aliás temos acontecimentos que mostram isto claramente. Eu penso que há uma parte dentro de nós que esconde os nossos medos e desconhecimento em relação à matéria ... a loucura tradicionalmente mexe com o estado emocional das pessoas... mostra-nos que há uma boa parte de nós que fica mexido com o estado emocional de outras pessoas, então uma boa parte das pessoas ainda vê um doente mental e desenvolve o medo em relação a eles. Portanto, é um domínio que deve ser trabalhado continuamente para se aumentar o nível de conhecimento e de informação junto das pessoas para que situações desta natureza não continuem (**A PONTE**)

No nosso centro .... Centro de Saúde de Tira Chapéu... eram muito discriminados.... Depois da criação de um grupo as coisas melhoraram bastante... são encaminhados seguidos por médicos psiquiatras... da entrada... atendimento até saída... Está a melhorar bastante.... Com as PcD (**COLMEIA**)

Face ao exposto, pelas associações entrevistadas, percebe-se que o sistema de saúde desejado é o holístico, sendo que as práticas começam a caminhar para lá, mas ainda existem muitos hábitos, e modus operandi, de que o sistema nacional de saúde e os serviços prestados aos utentes/clientes padecem e que precisam ser ultrapassados para uma melhor cidadania em saúde.

Modelo (Transitório) do Sistema de Saúde em Cabo Verde

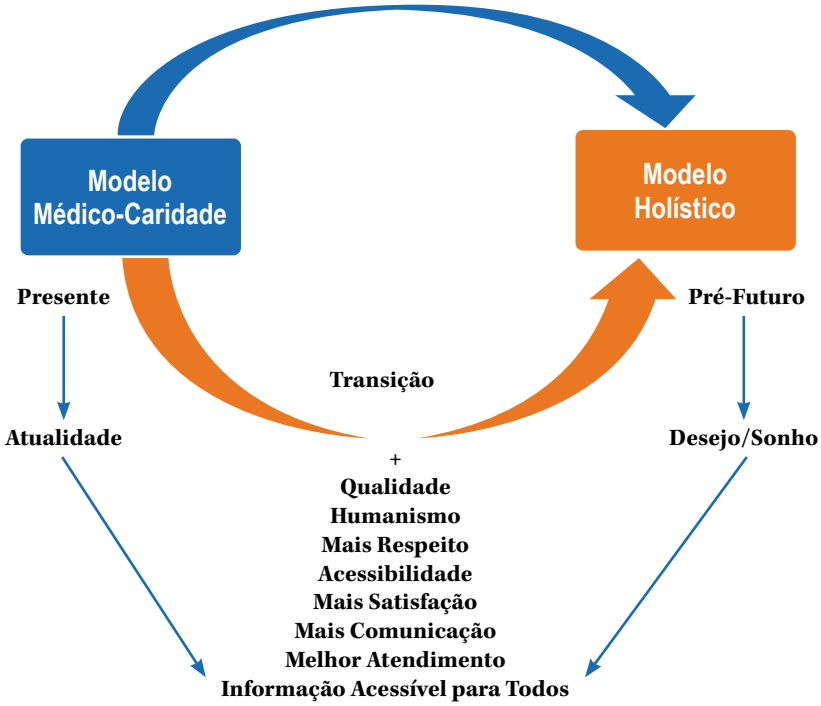


Figura 1 – Modelo(Transitório) do sistema de saúde em Cabo Verde - Elaborado pelos autores do Estudo

Tipos de barreiras existentes: culturais, institucionais, ambientais e atitudinais

> *Para mim... barreiras atitudinais é o que mais predomina nesta nossa sociedade, particularmente nos próprios hospitais e centros de saúde... ainda têm muito peso nesta nossa sociedade e praticamente em todos os setores... podem não ser maltratadas conscientemente ... mas a forma como tomam certas atitudes acaba por fazer sentir que as pessoas são maltratadas* (**ADEVIC**)

> *Muitas barreiras... destaco as atitudinais... Se conseguirmos eliminar as atitudinais as outras barreiras ficam mais fáceis... ignorar as necessidades de um ser que precisa de resposta é um problema... Colocar uma rampa é mais fácil... temos de derrubar atitudes ... de quem decide... de quem governa... decretar leis* (**ACARINHAR**)

Obviamente... tudo isso... é para reforçar e nós sempre brigamos. Na altura, quando surgiu o Centro Psiquiátrico da Trindade ... brigamos para que os serviços de psiquiatria fossem juntamente com os outros serviços... exatamente para evitar a negatividade que projetava que as pessoas com perturbações mentais devem estar longe da sociedade. Hoje em dia a nível dos hospitais os serviços de psiquiatria são integrados e a ideia de integrar alí outras valências e técnicas que seriam, portanto um embrião estruturante da saúde nessa zona distante para receber pessoas com perturbações mentais... é preciso trabalhar nessa ideia exatamente com uma preocupação de reduzir o estigma das pessoas que sofrem com perturbação mental (**A PONTE**)

Sobretudo ambiental.... Atitudinal... ainda reparamos muita discriminação... ainda falta muito ... e qualquer pessoa da saúde pode dizer que falta muito ainda ... imagina temos médico profissional de saúde só porque confundimos a data de consulta dizem-nos que ninguém nos mandou infetar... se não conhecemos a data... não sabe ler?... há pessoas que vão à consulta... quando encontram alguém conhecido ... e vão-se embora e quando devem tomar remédio na hora se houver alguém não tomam a tempo... é uma luta que não pode parar (**RedePvVIH**)

Um pouco de tudo isso... há barreiras físicas devido à acessibilidade... há barreiras atitudinais... porque acham que as pessoas não devem ir à saúde... sobretudo no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, pois acham que pcds não devem ter sexo... e há barreiras institucionais, pois não temos pessoas que sabem de linguagem gestual para comunicar com pessoas surdas... é muito difícil ter boa saúde nestas condições (**CENORF**)

Uma vez tive um problema de um inchaço que me saiu nos lábios... fui ao médico e me passou uma receita. Comprei o antibiótico mas a coisa avançava muito mais rápido e depressa... e como não estava informado dos efeitos que aquilo me poderia trazer... não dormi à noite. ... era sexta ... e no sábado de manhã eu dirigi-me ao banco de urgência... fui atendido por um médico com uma cara de poucos amigos ... pediu o medicamento... quando entreguei ... ele disse de forma brusca. ... você não sabe que este medicamento antes de 48 horas dilata o abcesso e depois é que cura? Eu disse que não sabia... o seu colega é que não me informou... a atitude do outro não foi a melhor (Estória de uma PcD em 2018).

Plano de Advocacia/Plaidoyer

Grande parte das associações que trabalham com as pessoas com deficiência não têm ainda um plano de advocacia/Plaidoyer. Algumas, como a ADEVIC, estão a trabalhar mais na questão dos Direitos Humanos em si e não na área da saúde. Algumas agendas dependem dos doadores/patrocinadores.

> *Temos... porque... praticamente a nossa intervenção é à base de plaidoyer... é preciso mudar muita coisa... Só que nós para fazermos plaidoyer... muitas das vezes é através de ações concretas para promover atividades e demonstrar que os meninos são capazes... é difícil conseguir patrocínio para plaidoyer... preferem mais patrocinar desporto... festivais... do que um trabalho deste nível* (**ACARINHAR**)

> *Não não temos.... O CENORF precisa de muito trabalho interno... o plano estratégico do CENORF foi feito em 2010 e está desfasado... e temos de incluir o plaidoyer e agenda da comunicação social e voltado para o desenvolvimento.... Falta de pessoal ...hoje o CENORF não tem um assistente social... precisamos de um sapateiro ortopédico e de um psicólogo... este nunca tivemos cá... assistente social... desde 2009 não temos um.... Sapateiro nunca tivemos ... igualmente uma oficina ortopédica que possa construir cadeiras de roda e muletas... precisamos de maquinarias... para fazer isso... para fazer cadeiras de roda precisamos de uma pessoa formada nessa área... assim como um sapateiro ortopédico... com a parceria junto do centro de reabilitação de Alcoitão poderemos ter uma bolsa de formação ... e produzir sapatos ortopédicos com enorme procura em Cabo Verde e a importação deste tipo de calçado é bastante caro... estamos a ver a possibilidade interna de contratar um assistente social... a nível do psicólogo... estamos ver um protocolo com a associação A Ponte... a tempo parcial* (**CENORF**)

Trabalhar a autoestima e empoderamento dos grupos-alvo

> *Uma forma de trabalhar a autoestima dos nossos grupos é trabalhar nas formações que as pessoas cegas ou de baixa formação têm aptidão... trabalhamos a música, o artesanato, a culinária, etc... aposta na escolarização, reabilitação, formação e inclusão das pessoas cegas e com baixa visão* (**ADEVIC**)

> *Identificamos as famílias... há um processo de sinalização interna e uma ficha de identificação... acompanhamento... seguimento e*

reabilitação... do cadastramento...Temos uma base de dados... com as informações... ficha individual que carateriza a deficiência.... Até fechar o diagnóstico... trabalhamos com famílias que não têm condições... estratégias de empoderar as famílias para ter rendimento e identificamos as famílias... é algo que gostaríamos de fazer mais e tirar as famílias do ciclo da pobreza... muitas famílias com filhos com deficiência profunda não conseguem trabalhar... deveriam ser empoderadas em casa para terem meios de sobrevivência (**COLMEIA**)

Promovemos atividades de sensibilização nas escolas... no jardim de infância e através da cultura... já participamos no carnaval há vários anos... tudo isso é sensibilização da comunidade ... sobre a não discriminação... através do desporto também... desporto boccia, um tipo de jogo para pessoas com mobilidade muito reduzida... pode jogar com queixo... dedo... com a mão toda... o cotovelo... joelho... pé... mesmo através da cabeça com capacete específico... que tem ponteiro... Temos 4 grupos de dança inclusiva... projeto de Bá cultura... trabalhar a arte plástica... música, dança... neste último ano fizemos uma experiência fantástica... levamos a arte à casa... envolvemos a família na pintura e na música... campanhas de sensibilização (**ACARINHAR**)

*Esse é o primeiro aspeto da ação psicopática, portanto... a primeira coisa que se tem de fazer é levantar, a autoestima. Como vos disse a nossa primeira vocação é mais numa perspetiva promocional e agimos quase sempre antes de isto acontecer, trabalhar a dimensão da autoestima dos pacientes... pois faz parte do processo terapêutico. É fundamental tudo isso no processo terapêutico ... o empoderamento das pessoas é fundamental para que elas possa saber lidar com situações semelhantes ...vai-se reparar os distúrbios ...muitas vezes as perturbações mentais através da incapacidade dos indivíduos de saber lidar com os problemas. Então o processo terapêutico é um processo de aprendizagem para as pessoas poderem lidar com as suas frustrações, os seus insucessos, com a ideia que e que não têm uma imagem que gostaiam de ter. Neste processo, o terapeuta tenta dotar o paciente de ferramentes para aprender a lidar com essas situações e não usar mecanismos de defesa patológicos, pois a pessoa pode sofrer com isso. (***A PONTE**).*

A primeira coisa que temos de cultivar é a terapia do espelho... mostrar-lhes que são capazes... com atividades lúdicas... peça de teatro ... formação na área... virado para este tema ... Há uns que têm seguimento psicológico... com várias fases... Em Cabo Verde, há

cerca de três mil e tal pessoas mapeadas... cerca de mil em seguimento. Quando a carga viral está baixa, é bom. Quando está alta, é preciso mais cuidado, Geração saudável... era um programa de CCS-Sida... todas as semanas na TCV. Acabaram com o programa... preocupa-me... cai-se no esquecimento... as pessoas desleixam-se já não há outdoors... agora que se quiseres informação tens de correr atrás... desdobrável... cartaz... a única coisa que é boa é o programa sobre tratamento... que não deve parar (**RedePvVIH**)

Acesso a Estruturas de Saúde

O acesso às estruturas de saúde não deve ser visto somente na perspetiva física/material, mas sobretudo na questão da qualidade do atendimento, atenção, acompanhamento, diagnóstico, possibilidade, ou não, de realização de exames, compra de medicamentos, tempo de espera para uma consulta de especialidade, etc.

A acessibilidade é a parte mais difícil e complicada... gritante até ... estou a imaginar uma pessoa que anda com cadeiras de roda e atravessa muitos obstáculos e há muitos setores nos hospitais onde ela não consegue chegar sozinha... existem obstáculos para pessoas com deficiência auditiva... visual... etc... há sempre grandes problemas neste sentido (**ADEVIC**)

Um pouco de tudo. As dificuldades são enormes. Contudo, o que mais dificulta são os transportes, já que ainda hoje é irrisório o número de autocarros com capacidade para transportar uma pcd. Quanto à acessibilidade das estruturas de saúde, apesar das novas instalações dos Centros de Saúde da Praia terem rampas de acesso, essas têm demasiada inclinação, o que não facilita a autonomia e viola as normas de acessibilidade A inacessibilidade das estruturas e a falta de treinamento dos técnicos de saúde que não sabem dar atendimento às pcd mostram que ainda há pouca humanização nos serviços de saúde apesar de pequenos avanços. (**FECAD**)

Acessibilidade ... Transporte... caso complicado... muito embora a empresa que serve cá na Praia tem 5 autocarros que podem transportar PcDs ... no Mindelo há... mas outras ilhas não.... Muito embora o decreto nº 21/2019... desenvolvimento da lei de base 40/vIII/2013... isenta das taxas moderadoras... artigo 64... mas muito ainda cobram... por desconhecimento... Tenho uma jovem tetraplégica que foi fazer duas ecografias no centro de saúde de fazenda ela pagou 4 mil escudos para fazer...

vou fazer uma exposição solicitando a devolução da quantia paga... isso configura uma cobrança fora da lei... diz que as PcDs estão isentas das taxas moderadoras (**CENORF**)

Eu acho que têm ... porque trabalhei vários anos na delegacia da saúde com PvVIH+... há equipas de saúde que trabalham nesta área... CCS-SIDA... para pessoas com deficiência não há nada de específico... dirigem-se para o centro como se fossem pessoas normais para marcar consulta e tudo mais... Deveria haver um centro de reabilitação como há vários centros de saúde na Praia... Deveria haver um centro com técnicos. ... equipados para reabilitação... o CENORF faz este serviço... mas, mais para prótese e amputação... Não nasceu para dar resposta a todos... é só para atender a preparação da Prótese... é para reabilitar ao longo da vida... AVC e paralisia infantil... é quase um centro privado... e muitas vezes nem tem recursos para suportar as despesas... o governo deveria suportar... com psicólogos... área de criança... adultos... deveria haver um centro de reabilitação... CENORF é vocacionado para prótese... prepara a pessoa para amputação... fortalecimento de músculos... é diferente... várias vezes disse isso... Deveria ser um centro assumido pelo governo... é uma outra componente da saúde. (**ACARINHAR**)

Temos dois tipos de acesso: o acesso físico e outra coisa é o acesso a cuidado de qualidade e até pode ter acesso fácil ... mas a qualidade de atendimento é péssima ... portanto, o acesso tem essas duas dimensões, ou seja, o indivíduo tem acesso fácil ... físico portanto é uma estrutura que tem um atendimento em condições... a pessoa é atendida, observada e orientada. Um dos problemas de acesso a saúde em Cabo Verde não é propriamente o de acesso ao profissional de saúde, mas sim acesso a exames complementares de diagnóstico ... a medicamentos. Esse é o grande problema porque os serviços públicos, principalmente os hospitalares têm problemas... às vezes é um aparelho de raio x que está avariado... o TAC também não está a funcionar e o médico prescreve o exame para perceber o que está a acontecer e não tem como fazer porque está tudo avariado ... devemos eleger como fatores que merecem algumas prioridades em termos da política governamental ... deveriam criar condições que favoreçam o acesso. O esquema, por exemplo, do acesso a medicamentos gratuitos na maioria das vezes não há medicamento ... as pessoas têm de recorrer à farmácia privada porque não têm nenhum sistema de segurança social para lhes acudir em termos de custos. Então, acredito que uma vertente de real acesso ao cuidado é aquilo

que veríamos de facto melhorar. Em termos de exame se lhe for pedido um exame para o seu diagnóstico quando vai marcar e só daqui a 4 ou 5 meses. Quanto eventualmente for fazer o exame ou o quadro está pior ou o mesmo já não existe e há esta questão da lista de espera em termos de realização de alguns atos médicos que demoram muito tempo... seria bom saber quanto tempo as pessoas esperam para os resultados de uma consulta de especialidade, ter acesso significa ter resposta em tempo útil (**A PONTE**).

Gostaria de dizer que desde o meu acidente já estive internado inúmeras vezes no hospital Dr. Agostinho Neto e sempre fui tratado com muita consideração e respeito, não tendo reclamações, apenas elogios e gratidão. Agradeço muito os profissionais desse hospital. (Presidente da FECAD)

Obstáculos que impedem a presença de PcD/PvVIH/UD nos estabelecimentos de saúde

Para as PcDs parece que os serviços ainda não estão adaptados. São os que mais sofrem com os défices que existem nas estruturas de saúde, e nas políticas de saúde, a nível nacional, inclusive as crianças que precisam de próteses e cadeiras de rodas, e que, muitas das vezes recebem cadeiras de adultos, quando houver disponibilidade de estoques.

Muitas das vezes têm dificuldades em aceder por causa da falta de recursos... agora já se está a falar muito na resolução destes problemas... ainda não há grande consciência destes problemas... depende de quem está no atendimento... há aquela ideia de que as PcDs não pagam taxas... depende das pessoas no front office... se há uma coisa que regula isso... falta colocar na cabeça das pessoas essa possibilidade... várias vezes as PcDs pedem apoio para pagar as taxas... cobram a uns e não a outros... depende muito de quem está no front office (**ADEVIC**)

Temos um outro obstáculo... parece-me que nós aqui não temos pessoas que podem avaliar... deveria haver um outro técnico para avaliar a cadeira de rodas... andarilho... o utente fica desorientado... as associações não têm cadeiras de rodas... Em muitos países o médico encaminha para o fisiatra... avaliam e dão um tipo de cadeira... há muita confusão... pessoas com deficiência à deriva... cadeira de rodas... computador... prótese ... órteses... etc... às vezes

encontramos crianças em cadeiras de adultos... CENORF faz algumas adaptações mas é caríssimo... deveria ser coberta pelo INPS... em Portugal até rampas fazem em casa das pessoas... até cama... temos de começar a ver o ser humano de forma diferente... Pedimos umas cadeiras de banho... e muita gente precisa... é para São Lourenço dos Órgãos. Casa de banho escorregadio... parceiros e amigos precisam dessas cadeiras... estes materiais deveriam existir aqui... com a cobertura do Estado ... Porque muitas das vezes as estruturas não estão preparadas para as receber... acessibilidade... comunicação... as pessoas não têm cadeiras que facilitam a deslocação... o transporte... o autocarro tem circuito próprio... dependem de outro elemento da família... (**ACARINHAR**)

A primeira dificuldade é o atraso na marcação de consulta... ou entrar em contato com o médico...muita burocracia... muita espera... fica um medo para contatar com o médico.... De repente não tens receita para levantar remédio na farmácia ou centro de saúde... mas o meu nome está lá... se não temos receita ou identificação não dão... são ordens... acho que as pessoas devem ter atitude... lutar pelos direitos (**RedePvVIH**)

Acessibilidade às consultas... meio de deslocação... não tem meios para pagar transporte... meios para custear a consulta... acesso a medicamento... exames de imagem... TAC ressonância magnética... demora nas consultas... Na verdade tudo o que tem a ver com deficiência precisa ser melhorado... não há humanização ... é uma realidade... mas isso não é só para pessoa com deficiência... É como se a pessoa passa do ser humano para coitado... existe ainda na nossa sociedade (**COLMEIA**)

(...) Muitas das vezes há médicos que nem ligam... dizem ahh esta situação não tem cura... uma médica disse a uma mãe para quê estar a correr atrás do jardim de infância porque a criança não é 100%... a mãe perguntou se a Dra. era 100%... A criança tinha coxa femoral... a médica mandou a mãe para raio x ... o médico viu a criança está com coxa femoral... ah mas não se preocupa... ela não anda... não precisa das pernas para andar... um médico um traumatologista... às vezes são maltratadas... mesmo os especialistas utilizam linguagem inadequada.... E a família em si já está com um pé atrás... qualquer coisinha entram em choque (Estória contada por uma das associações entrevistadas)

Soluções para melhorar a acessibilidade e a qualidade dos serviços para as PcDs a nível das instalações de saúde

As associações pedem mais atenção às PcDs, maior humanização na prestação dos serviços, mais sensibilidade da parte do pessoal da saúde, sobretudo os que estão no *front office*, equipas multidisciplinares, sinalização, informações, acompanhamento dentro das estruturas e melhoria da acessibilidade.

> *Bom... o que deve ser feito é as autoridades competentes trabalharem a todos os níveis para que haja garantia para uma melhor qualidade de prestação de serviços... pôr em prática aquilo que a lei estabelece* (**ADEVIC**)

> *Em primeiro lugar é os médicos terem de prestar um trabalho mais humanizado... sensibilização para o pessoal médico e outras equipas de saúde... criar resposta para um centro de reabilitação... uma equipa multidisciplinar... Questões das barreiras a nível da acessibilidade quer física quer a comunicação* (**ACARINHAR**)

> *É necessário analisar a questão do meio de diagnóstico ... é fundamental os meios complementares permitirem uma resolução em tempo útil. Depois é de facto a redução do tempo de espera entre consultas sobretudo consultas de especialidade, porque se o pedido de consulta de especialidade se justificar ... ou se não há recursos humanos suficientes ... analisar para ver o que deve fazer quando você não tem muita experiência clínica e surge um caso pela frente ... primeira coisa que você faz é enviar para especialidade a reposta necessária para analisar esses diversos aspetos para se identificar as causas e em função das identificações das causas e avançar com as soluções por partes* (**A PONTE**)

Literacia em Saúde em Cabo Verde

> *Eu não posso dizer que não existe ... mas o que devo dizer é que não conheço* (**ADEVIC**)

> *Existem campanhas para algumas enfermidades consideradas como sendo risco para a saúde pública. A existir falta muito para abarcar toda a população. Há campanhas, esporádicas, de promoção de saúde a nível nas redes sociais contudo pecam por não serem inclusivas* (**FECAD**).

*Manifestamente não, embora se utilize meios para promoção da literacia, ou seja, quando se usa programas de atualidade ... por exemplo **Mais Saúde**, geralmente tem-se um programa de Saúde chama-se o especialista para ir lá partilhar o que sabe, mas muitas vezes, o linguajar do especialista é inacessível em relação à população no geral, ou seja, num programa se você quiser que o seu conteúdo esteja ao nível do destinatário da informação então seria importante chamar 1 ou 2 pessoas da sociedade que iriam apontar as suas questões e dúvidas que seriam semelhantes às dúvidas e desconhecimento da população e ali o técnico tentaria responder, portanto uma boa interação para permitir com que... é como se as pessoas se sentissem também presentes no programa e na comunicação social. Também produz uma grande quantidade de panfletos, mas sempre nesta perspetiva de algo unilateral. Se você quiser construir material pedagógico é preciso envolver os destinatários do material na sua elaboração, considerar as suas preferências em termos de leituras de linguagem ...todo o processo até à divulgação do material o destinatário esteja presente para exatamente estar ciente de que aquilo ali de alguma forma traduz a visão* (**A PONTE**).

Eu acho que existe ... mas que é necessário trabalhar esta parte muito mais... O que temos são alguns programas na rádio... tv ... mas voltado para PcD praticamente não há... havia uns dentro da FECAD... no âmbito do projeto financiado pela União Europeia... mas terminou... também a nível e o ADECO... A CNDHC deveria fazer uma advocacia mais forte nesta área ... porque é um direito e está consagrado na Constituição da República (**ACARINHAR**)

Temos... ainda falta muito ... tem que causar mais impacto está muito aquém ... muitas pessoas não entendem a linguagem mais sofisticada... ARV ou antirretroviral... as coisas precisam ser simplificadas ... As PcDs têm mais dificuldades, como os surdos ou cegos... devem ter guia para os levar... será que os guias estão preparados (**RedePvVIH**)

Em Cuba aprendi no secundário ... aprendi alguma coisa que ainda hoje nos ajudam... por exemplo se tiver uma dor de cabeça... deveria ser dado na escola ou no dia.... Termos alguma literacia... não vejo isso... Sempre tratamos os médicos como se fossem uns deuses... há um distanciamento entre médicos e pessoas... os profissionais comunicam muito pouco.... Pode ser por excesso de trabalho (**COLMEIA**)

6.2. Resultados sumários de dois grupos focais: Delegacias de Saúde do Mindelo e da Ribeira Brava de São Nicolau e Associação APIMUD

Cidadania em Saúde

Cidadania em saúde ... acho que tem a ver com direitos e obrigações ligadas às áreas da saúde... fala-se em direito universal da saúde... acesso, independentemente da sua situação económica... a questão curativa preventiva... direitos e deveres em relação à saúde (...) a questão da equidade... as ilhas não têm as mesmas condições... não havendo esta possibilidade temos que garantir que as pessoas possam ter acesso, fazendo-as deslocar-se para os hospitais centrais... saúde é algo abrangente, falamos em determinantes de saúde... estilo de vida... alimentando bem... dormindo bem... a responsabilidade é da própria pessoa... é fazer com que as pessoas tenham acesso à saúde e ensiná-las... dar informações para se cuidarem melhor (**Delegacia Saúde Ribeira Brava)**

Cidadania em saúde... temos direitos e deveres. Os cidadãos têm direitos... saúde universal ... em relação a algumas ilhas São Vicente e Santiago (Praia) onde as pessoas têm mais cuidados e acesso a melhor saúde, a um especialista, a equipamentos de diagnóstico... independentemente se o Estado de Cabo Verde (através de apoio promoção social e do INPS) ou apoio a inúmeras situações ... quando têm de fazer consulta especializada em outras ilhas... cidadania também é influenciada pelo local onde vivemos... temos deveres ... as pessoas devem se cuidar... têm que cuidar da alimentação... evitar as drogas... o álcool... controlar a hipertensão... a diabetes... temos direitos e deveres... e nem todas controlam a sua saúde ... que devia ser a nível individual. (**Delegacia Saúde Mindelo**)

(...) *Cidadania são direitos e deveres que as pessoas têm no que toca ao acesso à saúde ou à promoção da saúde ... incluindo saúde sexual e reprodutiva ... esta última porque de acordo com um estudo que foi feito em Cabo Verde, com parceria da ONU Mulheres, CIGEF sobre o acesso à Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres com Deficiência e HIV... os dados mostram que as mulheres com deficiência têm menos acesso à saúde ... e menos acesso às informações... sobre como devemos cuidar do nosso corpo... às vezes são pessoas que tomam decisões por nós... em termos de saúde sexual e repro-*

dutiva e outras também... muitas mulheres devido à fraca condição financeira não têm meios para fazer exames ginecológicos... pagar taxa moderadora... dificuldades na mobilidade... não há transporte adaptado... para ir ao hospital... mesmo dentro do hospital não há condições de mobilidade... não existem rampas... dificuldades na comunicação... falta de formação de língua gestual. (**APIMUD**)

Promoção da Saúde

Segundo o Ex-Diretor Nacional de Saúde, em Cabo Verde existem estruturas de saúde em todos os concelhos, delegacias de saúde, que têm uma ligação direta com a população. Da mesma forma que existem os órgãos indiretos de participação da população, existe também o Conselho Nacional de Saúde, um fórum com presença de várias organizações. Foram criadas as Comissões Municipais de Saúde que são multissetoriais, a nível local, e que permitem também uma abertura para a participação das comunidades. Neste sentido, o SNS tem relações diretas não só com as organizações de base comunitária, a nível regional e nacional, mas também procura forjar relações privilegiadas, visando o empoderamento das populações para fazer face às questões da saúde e da doença.[47]

No que tange à **promoção da saúde**, numa perspetiva mais institucional (e pública), os atores públicos consideram que se deve informar as populações que recebem a atenção primária nas Delegacias de Saúde, nas Unidades Sanitárias de Base (USB). Este tipo de trabalho permite a utilização de várias metodologias, de modo a chegar às populações, recorrendo-se a grupos informais, às igrejas, ONG's, líderes comunitários, informando-as sobre os seus direitos e deveres. Nessa perspetiva, as escolas deveriam ter algumas disciplinas obrigatórias que ensinassem sobre os cuidados de uma boa alimentação, os fatores de risco, etc. O Sistema Nacional de Saúde possui vários programas sobre a hipertensão, a saúde oral, a tuberculose, a diabete. Por isso, as Delegacias de Saúde têm a missão de, na atenção primária, informar a população, de todas as faixas etárias, e educá-las, facultando-lhes informações, de modo a trabalharem a questão da prevenção das doenças.

Do ponto de vista das instituições públicas, no que tange às informações à população existem vários meios como a televisão, a rádio, as redes sociais, o telemóvel, etc. Recorre-se também aos carros de som, aos panfletos. Nas zonas mais isoladas existem, pelo menos num raio de 30 quilómetros, uma estrutura de saúde que tem por missão também educar a população. Alguns estudos mostram que em termos informações mais de 90% das pessoas têm acesso. Porém, a questão tem a ver com a apropriação da mesma. É possível que as pessoas olhem

47 Entrevista ao Ex-Diretor Nacional da saúde em janeiro de 2021.

para as informações numa perspetiva generalista, como algo que é produzido para os outros.

As instituições públicas reconhecem que há necessidade de se aplicar mais a abordagem de proximidade (visitas às casas, contacto com as populações, etc.). Para os técnicos de saúde, a questão não é a informação, mas a mudança de atitudes. Hoje, a maioria dos cabo-verdianos tem acesso ao telemóvel e a taxa de penetração da internet é muito alta. Por exemplo, os dados apontam que cerca de 82% dos cabo-verdianos tiveram informações sobre a covid-19 (formas de transmissão, tratamento, proteção) «*O nível de conhecimento dos residentes em Cabo Verde sobre a COVID-19 pode considerar-se elevado (taxa global de respostas corretas de 82%)... A maioria dos inquiridos demonstrou comportamentos assertivos em relação à COVID-19, isto é, 98,70% dos participantes declararam ter permanecido em casa nos últimos dias; 96,49% não frequentaram festas, funerais, ou locais lotados e 93,19% confirmaram mudanças de rotinas diárias devido à COVID-19*».[48]

De acordo com o atual Diretor Nacional de Saúde, existe o plano de estratégias de desenvolvimento sanitário de 2017-2021, que foi preparado com base na questão da cidadania, numa perspetiva da cobertura universal da saúde, com promoção da saúde e a perceção de cuidados de acordo com as necessidades da população.

> (...) *em princípio todas as atividades realizadas pelo MSS e pela DNS, levando em consideração a questão da cidadania ... a prática dos direitos das pessoas estrangeiras que vivem cá em Cabo Verde a terem acesso a cuidados de saúde ... e só depois ver se essas pessoas até que ponto até que ponto podem ser cobertas pelo pacote que é oferecido ... mas não se nega a prestação de um cuidado pelo simples fato, por exemplo, de a pessoa ser estrangeira. O facto é que aqui em Cabo Verde entendemos que as pessoas têm o direito à saúde... e essas pessoas são cuidadas e depois vemos o facto burocrático. O importante é esta pessoa ter um documento de identificação porque é exigido nas instituições de saúde e depois de acordo com a questão da contribuição das pessoas que têm INPS e também as pessoas que têm outros tipos de seguros ... ou de promoção social ou que não têm condição nenhuma, para fazer o enquadramento dessas pessoas na sua categoria ... a prestação do serviço vai sendo feita de forma que as pessoas não fiquem prejudicadas em termos da sua saúde até onde for possível.*[49]

48 INSP, Relatório do Estudo CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE A COVID-19 NA POPULAÇÃO RESIDENTE EM CABO VERDE, Praia, junho de 2020, p3.

49 Entrevista ao atual Diretor Nacional de Saúde, realizada em janeiro de 2021.

As estratégias de saúde, a nível nacional, procuram não deixar ninguém de fora, mormente as populações mais vulneráveis. Isso é feito através da cobertura universal da saúde, do pacote de cuidados essenciais da saúde, com base na equidade, oportunidade de acesso, ética, capacitação, acesso à informação, incentivos ao autocuidado, sempre no contexto da cidadania.

Para as autoridades sanitárias, são estratégias fundamentalmente de Informação, Educação e Comunicação (IEC), através da comunicação social, quer pública quer privada, através das ONG's e associações de base comunitária com instrumentos fundamentais como programas de rádio, de televisão, spots de rádio/televisão, entrevistas, programas de rádio e para além de suportes físicos em papel, cartazes, outdoors, desdobráveis. Tudo isto para levar a mensagem de promoção, proteção, prevenção, com vista ao empoderamento da população. Da mesma forma, recorre-se às confissões religiosas existentes, como veículos. Prioriza-se também as crianças nas escolas. Estas têm um papel fundamental no empoderamento das crianças, e são veículos para levar as mensagens às famílias e, até certo ponto fazer promoção e prevenção a nível comunitário.

> (...) *Sim, existem as crianças, os idosos as grávidas, as pessoas com algumas deficiências ou incapacidades... para estas pessoas existem aspetos particulares para facilitar também o acesso à saúde até a mesma em relação à situação atual, mas temos desenvolvidos materiais para as pessoas com deficiência visual para poderem ter acesso às informações relativamente ao VIH no dia Mundial da SIDA, um trabalho feito pelo INSP.*[50]

> *Nós defendemos a saúde em todo ciclo de vida do homem, desde a mulher, da criança, adolescente, adulto e os idosos. O Serviço Nacional de Saúde tem programas específicos direcionados para a saúde da mulher e da criança, existe programa nacional de saúde do adolescente e existe programa nacional de saúde do idoso. Portanto ações de prevenção, controlo e também de promoção de saúde e em todas essas faixas etárias. Não há nenhum grupo que tenha mais prioridade, mas todos com uma prioridade definida e que fazem parte ou que são objetos do programa de saúde pública específicas para agir na prevenção e controlo das doenças associados a essas idades ou esses grupos etários.*[51]

> (...) *acredito que a saúde... a gestão tem um papel fundamental para o exercício da cidadania a pessoa deve estar informada... porque devem ter determinadas atitudes em prol do bem comum... mais*

50 idem.

51 Entrevista ao Ex-Diretor Nacional de Saúde

informação para proteger o bem comum. Com o perfil epidemiológico, a pandemia... não se atingiu a magnitude de outros problemas de saúde... doenças crónicas não transmissíveis... o Sistema Nacional da Saúde contribui para a promoção da saúde diariamente e como a composição (...) Temos a DNS que tem um papel vasto... coordena a questão da saúde e o INSP coordena a política de promoção da saúde numa perspetiva multidisciplinar e pluridisciplinar... A nível local temos Delegacia de Saúde, Centros de Saúde... a nível local... mas o INSP tem o papel de promover a saúde... o cidadão deve tomar decisões mais assertivas.[52]

Para além das narrativas das autoridades sanitárias, existem outras narrativas, como a da APIMUD, uma associação de mulheres com deficiência, que participou num dos grupos focais. E no que concerne às informações para promoção da cidadania em saúde, direcionadas às populações específicas, a APIMUD concorda que é preciso ter políticas à medida, respostas direcionadas para grupos específicos, de modo a evitar embaraços e desgaste.

(...) O papel que é seguinte ... garantir ao cidadão o direito à saúde, incluindo a pessoa com deficiência que tem direito à saúde gratuita, criar condições para garantir acessibilidade com base no princípio da igualdade ... de modo que as mulheres com deficiência deficiência, particularmente, tenham a garantia de ser tratadas e ter acesso à saúde... existem informações ... mas não é acessível a determinado grupo de pessoas ... cada pessoa tem necessidades específicas ... resposta direcionada para cada tipo de pessoa... as informações não chegam de forma acessível... o papel dele é fazer com que todos tenham acesso à informação sobre saúde e possam prevenir sobre determinadas doenças... e muitas de nós não têm dinheiro para pagar taxa ... Taxa moderadora... para marcar consulta... pagar exame... análises... urgência paga-se fichas.... O medicamento é simbólico... 100$00... ficha é 300 escudos (APIMUD)

Quanto à avaliação do acesso às informações relacionadas com saúde, e não só, e acesso às TICs, Braille, Rádio, Televisão, a APIMUD, não está satisfeita com a práxis nacional, face a um direito fundamental, que é o acesso à informação, para melhor se cuidar/tratar.

Não existem muitas informações... não existe quase nada.... Na época da pandemia colocaram linguagem gestual na televisão...

52 Entrevista à Presidente do INSP (Instituto Nacional de Saúde Pública)

mas quase nada ... não passam quase nada.... Tivemos Braille com MSS que fez um panfleto sobre SSR e Direitos Humanos ... fizeram informações sobre Covid-19... fizeram um Guia informativo sobre Covid... cuidados... Impresso em Braille em 2020. Temos mais uma que fala que sobre DST... Proteção ... feito pelo MS (2020). Na TV e na radio é só gestual... na TCV. É fraca... quase inexistente (**APIMUD**)

Trabalho com escolas e famílias

Para as autoridades sanitárias, a saúde familiar está mais relacionada com a saúde reprodutiva, envolvendo o casal e os filhos. Porém, esta abordagem ainda não está consolidada, é um trabalho contínuo. Não se pretende abordagem individual. A estratégia é desenvolver cada vez mais a abordagem familiar. As dificuldades surgem porque ainda não existem muitos especialistas nesta área, sobretudo de ensino geral e familiar. Em todo o caso, nos centros de saúde, estruturas voltadas para atenção primária, há esta recomendação de se trabalhar a abordagem familiar, no sentido inclusive de prevenção e conhecer melhor as famílias, assim como as suas condições e evitar situações de falta de saúde. O setor onde se sente mais e melhor esta abordagem familiar é na saúde sexual e reprodutiva. Quando a mulher fica grávida, normalmente pede-se que o companheiro a acompanhe às consultas. É algo um pouco difícil, visto que culturalmente os homens cabo-verdianos têm pouco hábito de ir ao médico.[53]

Provavelmente, esta questão de um certo défice de participação ativa dos homens cabo-verdianos no autocuidado e procura de médicos, pode ter a ver com o facto um dos grupos-alvo que recebeu mais atenção na área da saúde, desde a independência, têm sido as mulheres (e crianças), o setor da proteção materno-infantil, com o Programa PMI-PF (Planeamento Materno Infantil-Planeamento Familiar) criado em 1977, em que se começa a trabalhar a vulnerabilidade da mulher e da criança. É possível que as mulheres tenham recebido, desde essa altura mais atenção. Nota-se que as taxas de mortalidade materna e infantil têm diminuído consideravelmente.[54]

Isto tem sofrido alguns atrasos e claro mesmo a epidemia veio contribuir para a o atraso na retoma, mas é algo/projeto inicial e até já foram aprovados e publicados a criação de cursos especializados familiares para nacionais que estejam em execução em exercícios de função e esses cursos estavam previstos para também abranger pessoas que já estejam em exercício de funções e outros médicos, precisamente para colmatar e ajudar na implementação dessa política

53 Atual Diretor Nacional de Saúde

54 Entrevista com a Presidente do INSP

de focalização das intervenções de saúde a nível dos grandes concelhos. Este ano vai ser o ano da implementação (a covid mudou tudo, e não estamos mais na situação que vivíamos anos anteriores).[55]

Nós que estamos na atenção primária... é a prevenção ... há vários programas a nível local... saúde escolar ... trabalho de perto com professores... jardins... escola... o trabalho é estar na comunidade... promoção de saúde... visita à comunidade... fazer curativos... é o básico de quem trabalha nas delegacias de saúde ... caso vetorial... os diabéticos... hipertensos... são visitados... a Saúde Sexual e Reprodutiva... é um trabalho do dia a dia dos centros de saúde (**Delegacia de Saúde Ribeira Brava**)

Comunicação, Educação e Informação ... temos dado através de promoção da saúde... nas escolas ... equipas de saúde escolar... fazemos promoção e prevenção ... mas não falamos de direitos e deveres... é muito pouco... há placas sobre direitos e deveres... quando vamos às escolas fazemos este trabalho... muitas vezes não há informações sobre direitos e deveres... fala-se sobre a forma de comportamento de cada pessoa (**Delegacia Saúde Mindelo**)

Barreiras

Os serviços de saúde denotam algumas barreiras na promoção da saúde junto da população. Destacam-se as barreiras religiosas, que ainda são muito forte, sobretudo quando o assunto tem a ver com o aborto, assim como a vacinação, visto que existem muitas famílias que não são querem que os seus filhos sejam vacinados. Existem igrejas que propõem planos de cura para algumas doenças (tuberculose, doença mental, etc.).

Mas, a barreira que mais preocupa as autoridades sanitárias locais tem a ver com a conduta das pessoas. Muitas pessoas sabem que devem usar preservativo numa relação sexual, mas deixam-se infetar, por várias razões. Continuam a verificar-se casos de gravidez, mormente a precoce. São condutas que têm a ver com o machismo cultural, o *ethos* machista, que ainda é muito forte. Nota-se também que a práxis educativa dos rapazes e raparigas divergem, sendo os primeiros deixados mais 'à solta', o que aumenta as condutas de risco na adolescência e na vida adulta. Protege-se mais as meninas do que os rapazes. Existem também, segundo o pessoal da saúde, barreiras ideológicas, culturais, mesmo em pessoas escolarizadas e com formação mais elevada. Observa-se muito isso em relação à questão

55 Ex-Diretor Nacional de Saúde

da vacina contra Covid-19. Narrativas contra a vacina, etc. Há necessidade de um trabalho mais específico nas comunidades, focando um pouco na resistência religiosa, e sobretudo em zonas onde as pessoas têm um baixo nível escolar.

> *Principalmente barreiras atitudinais... porque mudando a atitude as outras barreiras têm tendência a mudar... fora de barreiras físicas ... ausência de rampa... na comunicação* (**APIMUD**)

Modelo de Intervenção (Sistema Nacional de Saúde)

Quanto ao modelo de intervenção do Sistema Nacional de Saúde, todos têm consciência que a situação melhorou muito ao longo dos anos. Cada governo foi acrescentando uma pedra nessa construção, através de novas políticas, práticas e visão de acordo com a conjuntura internacional. É evidente que a abordagem também mudou. Já houve um período em que os agentes comunitários faziam muito trabalho, assim como os enfermeiros, os médicos e o país dispõe, atualmente, de mais especialistas.

Os técnicos de saúde consideram que o modelo de intervenção, pelo menos na teoria, é mais holístico. Hoje, existem equipas multidisciplinares que trabalham as determinantes da saúde nos vários concelhos do país. Verifica-se uma mudança paulatina de paradigma que está a deixar de ser *hospitalocêntrica,* ou baseada no médico, para se focar na multissetorialidade. As equipas são constituídas por médicos, psicólogos, assistentes sociais. Nos concelhos onde existe, e funciona, o Conselho Municipal de Saúde, verifica-se isso. Está-se a transcender a intervenção meramente médica. Há um trabalho multidisciplinar, multissetorial, as comunidades estão representadas.

Nota-se que a atenção primária está a melhorar, os doentes crónicos estão mais controlados, têm um cartão que as equipas monitoram, em termos de consultas, medicamentos, etc. Isto permite um melhor acompanhamento dos doentes.

> *Abordagem holística já tem sido mencionada em alguns documentos do Ministério da Saúde onde nós propomos que a abordagem que é feita não seja centrada na situação da saúde e doença que leva a pessoa a procurar hospitais, mas sim nas pessoas, ou seja, nós normalmente, temos o hábito de fazer a abordagem direcionada para a doença que a pessoa tem para a hipertensão, diabete e nós muitas vezes descuramos de outros aspetos que fazem parte também da vida das pessoas e que influenciam direta e indiretamente na saúde dessa pessoa ... alguns documentos do MSS... muitos técnicos falam desta abordagem holística, nomeadamente em relação à tuberculose nós fazemos ênfase que tenham abordagem holística analisando as condições de vida*

destas pessoas se têm uma fonte de rendimento ou não ...se têm outros problemas de saúde ... podem influenciar o tratamento da tuberculose se tem outras pessoas ligadas a essa pessoa que também pode ter alguma influência ... enfim estas orientações estão disponíveis nos documentos e portanto é esta forma que nós entendemos ao invés de uma abordagem voltada para doença ... uma abordagem voltada para as pessoas ... para hábitos social, económico, sanitário e Ambiental.[56]

Temos estado a lutar para essa visão holística, isto é, tudo da definição de saúde clássica da OMS, e que a saúde não é somente a ausência de doença, mas sim bem-estar física, mental e social não se resume à ausência de doença, é muito mais do que isso e levamos a analisar as determinantes de saúde e da doença. Nós somos o fruto na nossa genética, aquilo que herdarmos dos nossos pais, mas estamos num ambiente e inseridos num contexto social, económico, cultural, ecológico e tem a ver com essa visão holística que leva em conta as determinantes sociais, genéticas, ambientais da saúde e é fundamental essa visão holística, porque nós somos fruto disso, daquilo que herdarmos, aquilo que comemos, que bebemos, aquilo que fazemos, aquilo que pensamos, isto é, do nosso comportamento.[57]

Nesta questão do tipo de modelo de saúde existente em Cabo Verde, o pessoal da APIMUD considera que o modelo vigente ainda não transitou para o holístico:

Na minha opinião considero que existe um modelo de caridade... muitas das vezes pensam que é um favor que estão a fazer às PcDs... pelo facto de apoiá-las no centro de saúde... às vezes existe violência psicológica... discriminação... preconceito... existe no centro de saúde... modelo caritativo (**APIMUD**)

Atendimento/Acompanhamento das Pessoas com Deficiência, Usuários de Drogas, PvVIH+ (Pessoas que vivem com VIH)

Os técnicos de saúde defendem que as PcDs, os usuários de droga e as PvVHI+ têm um tratamento especial, sobretudo as PvVIH+. Fazem intervenção junto dos alcoólicos, das PvVHI+, no sentido de mudarem o comportamento. A

56 Atual Diretor Nacional da Saúde
57 Ex-Diretor Nacional da Saúde

situação mais complicada está nas PcDs visual, dado que não existem programas específicos para eles e também para as pessoas surdas. Reconhecem que não têm conhecimento sobre como ajudá-las. Quando vão acompanhados de um familiar a situação torna-se menos problemática. Existem dificuldades, não há médicos preparados para fazer este tipo de atendimento. Existe também uma atenção especial para os doentes que estão acamados, que recebem tratamento das equipas dos Centros de Saúde, em casa. Reconhecem também a existência das barreiras arquitetónicas.

Na perspetiva dos técnicos locais da saúde, as PvVIH+ não têm muitos problemas, o tratamento e o seguimento são gratuitos. São considerados um grupo especial, as PcDs e PvVIH+, visto que normalmente têm problemas de acesso, sobretudo as com deficiências visuais, que sentem dificuldades na deslocação mesmo dentro dos Centros de Saúde. As pessoas surdas devem vir sempre acompanhadas. Contudo, consideram que é preciso combater a discriminação da parte da população, mais do que os técnicos de saúde. Reconhecem ainda que as PcDs já não têm o sentimento de autoculpabilização. Continuam a ir para o tratamento e é preciso manter um trabalho de proximidade.

Porém, as associações de pessoas com deficiência não pensam nesse sentido, apesar de sempre reconhecerem que a situação melhorou um pouco.

Acesso a Estruturas de Saúde

No que concerne às Facilidades/dificuldades que as PcDs, PvVIH+, UDs encontram para acessar às instalações de saúde (disponibilidade, distância, custo, receção, atendimento, pessoal qualificado, qualidade do tratamento, seguimento e avaliação, meios de transporte, acessibilidade às instalações), a APIMUD considera, à semelhança de outras associações entrevistas:

> *Tratamento.... atendimento... transporte fora e interno... falta de recursos financeiros para pagar taxa moderadora... para exame... ausência de rampas... Comunicação acessível... Mesmo dentro do hospital o atendimento adequado.... Não mostram espaço onde ficam as camas... casa de banho para PcD visual... até marquesa adaptada com pessoas com deficiência motora* (**APIMUD**)

Obstáculos que impedem a presença de PcD/PvVIH/UD nos estabelecimentos de saúde

> *O obstáculo principal é o transporte adaptado e o recurso financeiro... apesar de haver uma lei que defende que não pagam ...*

mas quando chegam são obrigados a pagar ... outros não vão porque têm de pagar... Por causa do pagamento e também porque são tratados mal nas estruturas de saúde... Não têm tratamento adequado... por falta de sensibilização dos técnicos profissionais... as coisas melhoraram um pouco... mas precisa mudar muito... as pessoas estão um pouco sensibilizadas... mas nem todas... o governo tem que fazer sensibilização... formação sobre como tratar as PcDs... e formação sobre leis... porque são estigmatizados... não têm conhecimento... e outras pessoas que lá vão têm que mostrar que têm deficiência... o que é constrangedor (APIMUD)

Luta contra discriminação e estigma

As estruturas de saúde locais não têm por hábito organizar formação (anti)estigmatização aos seus funcionários/trabalhadores sobre como cuidar desses públicos-alvo específicos. Consideram que é uma questão a ser analisada, visto que a prática não é igual à teoria. Muitos no setor da saúde consideram que o estigma não existe e que esse público-alvo específico é bem tratado e «bastante querido» e que os conflitos ocorrem com aqueles que são mais 'rebeldes'.

Para os responsáveis locais de saúde, a autoestima desses grupos-alvo tem muito a ver com o meio familiar e o lar, as condições de vida precárias, como dizem «*quando assim é, fica difícil trabalhar a autoestima*». Consideram ainda que depende muito da forma como a família aceita a incapacidade. Da parte das estruturas de saúde, essas pessoas são bem tratadas e têm apoio psicológico, acesso a todos os serviços que a lei permite. Cada grupo tem a sua especificidade, e é preciso um atendimento especializado.

Em termos de ações que trabalham a auto-estima do público-alvo, a APIMUD aponta o atendimento psicológico e as AGRS (Atividades Geradoras de Rendimento):

Bem ... o nosso trabalho de autoestima fazemos através de atendimento com uma psicóloga estagiária que às vezes está aqui... através de atividades geradoras de rendimento... contribuem para aumento de autoestima... e capacitação.... Em parceria com outras instituições... como forma de aumentar autoestima e desenvolver sua potencialidade... algumas atividades culturais como batuque (**APIMUD**)

A APIMUD considera ainda que o tratamento que as PcD/PvVIH+ e UDs (Usuários de Drogas) recebem não é o melhor de todo, que não são bem tratados nalgumas instituições (hospitais/centros de saúde, etc):

> *De acordo com as testemunhas de algumas mulheres na APIMUD acho que são tratadas de forma desumana ... há uma senhora que tem prótese em todo o corpo... quando vai ao balcão - front office ... costuma pedir isenção ... conforme a lei ... "as pessoas no balcão perguntam o que a sra. tem?" Não está de pé... ela tem de levantar a blusa para mostrar porque é que deve ter isenção ... da mesma forma uma mulher com HIV eles perguntam porque é que deve ter isenção e ela responde tenho HIV... esta forma não é correta ... deve haver um cartão ou identificação que mostra que temos direito à isenção* (**APIMUD**)

Política de literacia em saúde em Cabo Verde

Para os técnicos das estruturas de saúde existe literacia em saúde em Cabo Verde, dado que procuram passar informações para que as populações compreendam o que é saúde, o que deve ser feito, empoderar as pessoas, a cuidarem da sua saúde, criar condições para que cada um reflita sobre a importância da ação de cada um na própria saúde.

Quanto à questão da decisão partilhada, o pessoal da saúde considera que já há uma outra postura, que os técnicos de saúde estão a trabalhar nisso, visto que já não se deseja o paternalismo:

> (...) *já não é que o que o médico ou enfermeiro dizem é o que tem de ser feito... as pessoas estão mais conscientes dos seus direitos ... e deveres... hoje as pessoas têm de dar autorização... o médico deve respeitar... cada vez mais a questão da decisão partilhada é para lá que vamos... não pode só receitar ... mas discutir aconselhar... uma coisa mais informada... mais partilhada (...) no geral as redes sociais são mais utilizadas... as estruturas de saúde aproveitam as redes sociais para passar informação.... telemóvel... para passar informação... estrutura de saúde tem uma página onde passa as informações... aproveitar as redes sociais para passar a mensagem... sem deixar para trás a abordagem mais individualizada... próxima da comunidade ... da população... há mensagens e mais específicas* (**Delegacia de Saúde Ribeira Brava**)

Nós temos um programa de promoção de saúde que é feito em concertação com o instituto e os programas de saúde pública, também existem as escolas... normalmente no currículo no currículo há temas de disciplinas relacionadas com a saúde.[58]

Hoje, em dia com o Google e com os motores de busca todos pesquisam sobre a saúde, todas estas ações de informações são feitas precisamente para isto ... a literacia no sentido de empoderar, saúde como produto público e coletivo. Usamos todos os media.[59]

Literacia em saúde... participação comunitária... responsabilidade... ter em conta o bem comum... que se fala muito e que na saúde pública se aplica... se a minha casa tem mosquitos vai para outras casas.[60]

Questionada sobre a existência ou não de uma política de Literacia em Saúde em Cabo Verde, a APIMUD considera que:

Não é do nosso conhecimento... se existir não conhecemos... talvez a VERDEFAM (**APIMUD**)

6.3. A Voz dos cidadãos imigrantes

Cidadania em Saúde

Quando falamos em cidadania e saúde logo falamos em deveres que um simples cidadão deve ter de preservar a saúde pública, proteger a si a e aos outros (**Associação dos Guineenses Residentes em Cabo Verde**)

Todos os cidadãos têm direito à saúde... a serem consultados com dignidade e honestidade... sem diferença de origem e nada (**Associação dos Imigrantes Senegaleses Residentes em Cabo Verde**)

58 Atual Diretor Nacional da Saúde
59 Ex-Diretor Nacional da Saúde
60 Presidente do INSP

Promoção da Saúde

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controlo deste processo (Carta de Ottawa, 1986). Relativamente ao papel reservado ao cidadão na promoção da saúde,

> *Eu acho que o cidadão tem os seus direitos, mas deve ir ao encontro das diretrizes que são emanadas pelas autoridades de saúde... neste período de pandemia quando há regras a cumprir os cidadãos devem colaborar para preservar a saúde pública... informar-se ... usar máscaras... devemos a apoiar a partir das nossas casas... no serviço em todos os lugares* (**AGRCV**)

> *Eu acho que não há diferença... tratam-nos como cabo-verdianos... não se sente se somos estrangeiros... tenho um patrício que ficou queimado... morreu... família pediu corpo... tivemos um processo facilitado... as autoridades ajudaram* (**AISRCV**)

Participação num programa/atividade/iniciativa de promoção da saúde

Nas estratégias, e programas, de promoção da saúde torna-se crucial o envolvimento de todos, sobretudo das associações de imigrantes, mormente as representantes das comunidades guineenses, visto que são povos que dão muita importância, e respeitam, as técnicas e práticas tradicionais de cura/cuidado. Normalmente, quando as pessoas adoecem, em vez de procurarem as estruturas de saúde procuram os curandeiros tradicionais, sendo que os 'melhores' e/ou 'mais famosos' estão na Guiné Bissau e não em Cabo Verde. Os curandeiros ganham uma autoridade, maior que as estruturas de saúde. Existem certas doenças, pandémicas, que podem ser 'perigosas' em termos de propagação.

> *Sim... a associação, anualmente, é envolvida em feiras de saúde... as feiras servem para as pessoas que não procuram as estruturas de saúde... às vezes é por iniciativa da associação com parceria com as Forças Armadas de Cabo Verde... sempre somos procurados... mobilizar a população para informar iniciativas de feira de saúde... e também tomamos iniciativa através de projetos próprios... porque culturalmente temos outros problemas que só nós sabemos... às vezes as pessoas adoecem em vez de se cuidar e procurar as estruturas de saúde... procuram ir à Guiné para se tratar... porque aquilo só se resolve na Guiné Bissau... procuram poucas vezes as estruturas de saúde... Os*

curandeiros são mais fortes que as estruturas de saúde... uma pessoa tem um problema renal... em vez de ser tratado no hospital é tratado tradicionalmente com raízes ... temos problemas no doseamento... as pessoas curam-se fora do hospital... aqui as pessoas saem da Guiné Bissau ... e se tem problemas voltam para casa (**AGRCV**)

Houve uma pessoa que teve um problema renal... levaram-no para a hemodiálise...essa pessoa pensava que iria ficar em Portugal para fazer o longo tratamento... ligou à irmã e disse-lhe que não o iriam ver tão cedo. A irmã dele enviou-lhe umas raízes e com o tempo essa pessoa melhorou... o médico perguntou se tomava alguma coisa... e um amigo médico da GB disse-lhe para não dizer que tomou outra coisa... até hoje essa pessoa não sente nada... na Guiné Bissau existem outras formas de se cuidar e a crença é forte... o mais importante é acreditar que aquilo cura... isso aconteceu em 2012. (Estória de um cidadão guineense)

Acesso às informações relacionadas com saúde, e não só, e acesso às TICs, Braille, Rádio, TV

Usamos TIC e rádio... antes da pandemia era mais presencial ... a associação fazia este trabalho... nos bairros... trabalhamos em sintonia com a Embaixada da Guiné Bissau (**AGRCV**)

Chega para comunidade como chega para os cabo-verdianos ... não há uma informação geral.... Televisão rádio... com Covid-19 enviaram e-mail... aconselhamento (**AISRCV**)

Trabalho em prol da cidadania nas escolas (direitos/deveres)

A questão da regularização e documentação ganha uma importância titânica para os imigrantes, visto que sem a documentação não conseguem inscrever-se na segurança social e não têm cobertura do INPS, por isso sentem-se duplamente prejudicados: i) não têm cobertura (nem reforma); e ii) pagam sempre um preço mais elevado pelos medicamentos adquiridos nas farmácias.

Todos os filhos de guineenses em Cabo Verde estudam... a nacionalidade é difícil... temos um caso que o filho nasceu cá... pediu nacionalidade para filha... recebeu todos os documentos... e quan-

do foi pedir nacionalidade ... ficou pendente.... E documentação... problemas de documentação a sério... renovação do cartão de residência ... a sério... e isso traz-nos sérios problemas sobretudo em termos de saúde... porque quem não tem residência... não tem INPS... não compra medicamentos com descontos... Não temos problemas de acesso... mas por falta de medicação não conseguem comprar medicamentos... muitos preferem não ir ao hospital... o médico passa receita e não consegue tratar-se e prefere não ir lá... Já fomos à Provedoria... DGI... Embaixada... a documentação é uma forma de integração... sem documentação somos frágeis... explorados... não é qualquer empresa e pessoas. São das estruturas do Estado... arranjam um guarda e não o inscrevem na segurança social... e até as pessoas queriam manifestar-se ... nós os guineenses estamos melhor integrados.... Se resolver problemas da documentação... é um problema que está a incomodar ...As crianças que estudam se os pais não têm residência legal não têm documentação... vivem ilegalmente ... O cidadão que for ao hospital com documento ou sem documento é tratado... não sei ... mas... é preciso ver porque dizem que estão a pedir documentação nos hospitais (**AGRCV**)

Trabalho com as famílias

Trabalho de motivação... de incentivo e de apoio... pouco mais, de cestas básicas... conseguimos algumas parcerias e demos cestas básicas e damos aconselhamento.... Muita gente não sabe o que fazer... As dificuldades são gerais... A pandemia foi muito difícil porque houve pouco apoio... Ainda vimos que a Câmara Municipal estava a distribuir géneros... enviamos um e-mail a solicitar ... só que nos responderam na véspera das eleições autárquicas... tínhamos uma lista de cerca de 120 famílias... com o nome e contacto das pessoas ao aproximar-se as eleições... contactaram-nos... deram 20 cestas básicas... durante o mandato nunca lançaram um projeto para as associações. Ainda há famílias com problemas e pedimos cestas básicas... há pessoas que estão numa situação difícil e querem voltar. Temos uma boa colaboração com a Alta Autoridade para Imigração... projeto retorno voluntário...Ultimamente temos 3 pessoas... Há uma cidadã em Santa Cruz a viver mal e quer regressar à Guiné Bissau (**AGRCV**)

Informação... legalização... realizamos atividades culturais, religiosas e desportivas... sobre covid-19 muitas informações... demos

ajuda... à CMS ... depois demos à nossa comunidade... com apoio da Embaixada de Senegal (**AGRCV**)

Modelo de intervenção em Cabo Verde no que concerne ao Serviço Nacional de Saúde (Modelo médico/caridade/Modelo Holístico)

É um modelo mais médico... porque estou a ver que os outros modelos não são aplicados... depois das pessoas serem tradadas esquece... estou cá há 23 anos (**AGRCV**)

Tratamento da PcD/PvVIH+ UD (Usuários de Drogas) recebem nalgumas instituições (hospitais/centros de saúde, etc)

Nota-se um caso de violação de direitos humanos dos imigrantes senegaleses que possam estar envolvidos no tráfico e consumo de drogas, e que também consomem álcool. A Associação dos Imigrantes Senegaleses Residentes em Cabo Verde tem um pacto com os imigrantes de não aceitar o consumo e tráfico de drogas e bebidas. Por isso, quando descobrem casos procuram enviar 'à força' esses imigrantes para o Senegal. Recorrem à Polícia Nacional e aos Serviços de Estrangeiros e Fronteiras, que os acodem nessa estratégia; o que não deixa de ser uma violação dos direitos humanos, visto que os imigrantes com 'problemas' de álcool e droga são coagidos a sair do país.

São tratadas bem... pelo menos os nossos imigrantes com problemas de HIV... são bem tratadas e têm acompanhamento. (**AGRCV**)

Acho que são bem tratados... no Senegal as pessoas não falam se têm estes problemas... têm acesso a tratamento... Depois deixou de tomar remédio... Complexo de dizer o que tem... temos um pacto...de que todos os senegaleses que entram na droga ou bebida... ligada à Polícia Nacional escrevemos à Direção de Fronteiras... enviam... mandamos mais de 4 ou 5 ... falamos com a família... coima que pagamos ... dizem-nos que não querem ir e levamos à força (**AGRCV**)

Tipos de barreiras existentes: culturais, institucionais, ambientais e atitudinais

Uma das barreiras que as associações de imigrantes identificam nas estraturas de saúde é a mesma que as associações de pessoas com deficiência identi-

ficam e que tem a ver com o tipo de atendimento, problemas na comunicação e mau tratamento pelas pessoas que estão no *front office*.

> *Eu acho que não há barreiras... o que há e como se diz ... às vezes é falta de motivação das pessoas que atendem os utentes... os comportamentos deixam muito a desejar atendem as pessoas muito mal... esquecem que as pessoas vão lá procurar a saúde... Mas, precisam capacitar as pessoas que atendem os utentes... Muita gente que estando lá acha que sem eles a pessoa não pode resolver problemas... enquanto que estão lá para atender e aconselhar as pessoas... todas as estruturas... o atendimento deixa muito a desejar... Fui ao hospital com a minha esposa e voltamos para casa por causa do atendimento que nos deram* (**AGRCV**)

> *Não existem barreiras... às vezes a comunicação... não entendem bem o crioulo... às vezes... na comunicação... pedem para associação poder ir ajudar na comunicação... em termos de atendimento... ninguém recusa atendimento na saúde... temos filhos que quando nascem temos de dar o nome... dentro do hospital para dar nome é até 7º dia... o hospital deixa* (**AISRCV**)

Formação/informação Luta contra discriminação e estigma

> *Não... nunca fizemos... porque não nos sentimos discriminados... Há aquele termo mandjaco... sabemos que no nosso país as pessoas que não são da GB dão outros nomes... os cabo-verdianos cabunka.... Os guiné conacry... é falta de conhecer a história ... Através de formação... temos alguns projetos de formação e capacitação para elevar a autoestima das pessoas... conhecer as regras do país... e pronto ter o espírito de autoajuda* (**AGRCV**)

> *Sim... damos formação... reunião... explicamos... culturas diferentes... os senegaleses mais antigos... explicam aos mais novos... antes de covid-19 tínhamos 4 mil e tal senegaleses em Cabo Verde... a maioria está na Praia... os que estavam no Sal e Boavista a maioria voltou... atividades ligadas ao turismo* (**AISRCV**)

Estratégias de empowerment implementadas junto da população-alvo

> *Formação... sensibilização... em áreas de direitos laborais... questões legais... deveres... formação na área de pastelaria... construção civil... com Alta Autoridade para Imigração... a*

CMP... na área das TIC... Conseguimos financiamento da OIT e formamos uma pessoa cá em pastelaria que foi dar formação na Guiné Bissau... participação da diáspora no desenvolvimento da Guiné Bissau (**AGRCV**)

Acesso a Estruturas de Saúde

Não há muitas dificuldades... é mais no atendimento.... Se a pessoa não tem residência ... mas aceitam passaporte... há um bilhete azul... Vai no banco com o cartão azul consegue movimentar dinheiro... mas vai com cartão de residência não é atendido... Com o BI azul não passa na fronteira... e a documentação para legalizar são mais de 20... as pessoas desistem... incluindo registo criminal... vives 10 anos aqui e pede-se registo criminal do país de origem (**AGRCV**)

Problemas ... mais na comunicação... a questão da língua... quem está doente está nervoso não fala bem (**AISRCV**)

Dificuldades na estrutura de saúde

Temos menos o problema de curandeiros que os guineenses... se o problema é mais sério enviamos para Dakar... temos a cultura de enviar o corpo (cadáver) que é caro... por isso... é mais fácil enviar a pessoa para Dakar antes de morrer... pagamos 800 contos... preparação do corpo 600 e tal contos e urna 100 e tal contos... por isso preferimos enviar antes... associação e embaixada ajudam... Pagam bilhete... muita solidariedade ... No Senegal a medicina moderna é forte (**AISRCV**)

Obstáculos que impedem a presença de PcD/PvVIH/UD nos estabelecimentos de saúde

Os guineenses por causa da cura e tratamento tradicionais... Temos curandeiros aqui... há pessoas que não sabem, mas dizem que são curandeiros... aqueles que sabem não estão em Cabo Verde... não vivem no estrangeiro... sabedoria... podem vir a Cabo Verde dar consulta ... Aconselhamos as pessoas para quando adoecerem procurarem as estruturas da saúde... mas muitas não fazem isso... preferem ir aos curandeiros ou ao país de origem... a embaixada dá

salvo conduta... mesmo com documentos caducados... pagam 10 mil escudos na fronteira. (**AGRCV**)

Devemos confiar na ciência ... nós somos contemporâneos... a cura tradicional é forte ... Normalmente, eles vão ao hospital ... Eles protegeram-se durante covid-19... alguns ficaram assintomáticos... Tomaram remédio de terra ... gripe... cansaço no corpo... paludismo. Melhorar o atendimento.... As pessoas queixam-se muito... não é só no hospital se for à SEF vais ficar com pena deles.... Não respeitam as pessoas idosas (**AISRCV**)

Literacia em Saúde

Acho que não há.... O que podemos constatar dia a dia são folhetos informativos para coisas pontuais... mas deve haver um documento que guie o cidadão acho que não há (**AGRCV**).

Partilha de estória/situação/momento revelador da questão da cidadania em saúde que possa ter acontecido com um dos seus público-alvo (situação negativa ou positiva).

Uma coisa que aconteceu comigo foi quando eles me passaram a receita errada, não sei se a culpa foi deles porque naquele dia que eu fui para a consulta a doutora que me atendia não estava presente então eles me prescreveram uma receita, mas só que eu não tenho o hábito de tomar um remédio sem ler o que está escrito no pacote da embalagem ... então quando eu li eu vi que aquela receita as grávidas não podem tomar, agora imagina se fosse uma pessoa analfabeta não iria ler o que estava escrito na embalagem e essa pessoa podia ingerir esse medicamento, pois há pessoas que não leem receitas para depois tomar o remédio. Essa é a situação que eu vivenciei... eles me prescreveram uma receita e aquele remédio receita não podia ser ingerido pelas grávidas." (Entrevistada Santa Catrina, santiago, licenciada)

6.4. Cidadania em saúde por 4 cidadãos (Mulheres): Visões indicativas

A constituição desta amostra não tem por objetivo realizar qualquer inferência estatística ou obter representatividade populacional. Teve apenas o propósito de recolher um leque diversificado de perspetivas e experiências pessoais e familiares. Deste modo, os resultados devem ser interpretados a título indicativo, sem qualquer objetivo de extrapolação para a população.

6.4.1. Um Casal com 1 filho até 6 anos e gravidez

A entrevistada tem 37 anos, é licenciada e vive em Santa Catarina (Santiago). Vive com o filho.[61] Vive do seu salário. Não sofre de nenhuma doença, está grávida há seis meses e meio. Vai ao médico mensalmente. Não paga as consultas porque é gratuito. Mas, faz os exames que precisa.

Avaliação da Estrutura de Saúde

A estrutura da saúde é confortável e presta bom serviço. Sente-se bem tratada na estrutura de saúde. Dão atenção e explicam detalhadamente o que deve fazer. Caso precisar de receita o médico passa e explica muito bem o tratamento/situação. Não encontra nenhuma dificuldade na estrutura de saúde. Também não encontrou nenhumas barreiras no Centro de Saúde, nem nunca foi discriminada.

Cidadania em Saúde

Recebe as informações sobre saúde, sobre como prevenir-se das doenças através de folhetos e internet. Também assiste programas de saúde na televisão. Já participou em feiras de saúde na localidade onde vive, na praça, onde a Delegacia de Saúde organizou o evento. Gosta de ir para as estruturas de saúde para poder conhecer o estado de saúde dela e do bebé.

Razões que levam as pessoas a não frequentarem as estruturas de saúde

Algumas pessoas não gostam de frequentar as estruturas de saúde por desleixo, por vergonha e por questões culturais, pois outras pessoas não acreditam nas estruturas de saúde, e com isso elas preferem fazer o "*ramedi de terra*".[62] Considera que é preciso sensibilizar as pessoas a procurarem as estruturas de saúde que elas precisam.

61 o marido não se encontra no país neste momento.
62 Remédio caseiro.

Literacia em Saúde

Considera que existe uma política de literacia de saúde em Cabo Verde, porque as estruturas fazem campanhas no sentido de alfabetizar pessoas para que passem a conhecer como funciona o sistema de saúde.

Estória sobre cidadania em saúde

Uma coisa que aconteceu comigo foi quando eles me passaram a receita errada. Não sei se a culpa foi deles porque naquele dia que eu fui para a consulta a doutora que me atendia não estava presente então eles me prescreveram uma receita. Mas só que eu não tenho o hábito de tomar um remédio sem ler o que está escrito no pacote da embalagem … então quando eu li eu vi as grávidas não podem tomar aquele medicamento. Agora imagina se fosse uma pessoa analfabeta não iria ler o que estava escrito na embalagem e essa pessoa podia ingerir esse medicamento, pois há pessoas que não leem receitas antes de tomar o remédio. Essa é a situação que eu vivenciei… eles me prescreveram uma receita e aquele remédio indicado não podia ser ingerido pelas grávidas." (Entrevistada Santa Catrina, Santiago, licenciada)

1.4.2. Uma Família Monoparental e Duas Filhas

A entrevistada vive com as duas filhas em casa. É ela que trabalha. As filhas estudam. Recebe um salário de 15 mil escudos. Não chega para as despesas, mas faz um esforço para satisfazer as primeiras necessidades. Recebe alguma ajuda dos familiares, sobretudo dos pais. Recebe a ajuda em dinheiro e às vezes em género.

Saúde

Sofre de hipertensão arterial há 4 anos. Vai ao médico de 3 em 3 meses, e paga as consultas, cerca de mil escudos. Às vezes pode pagar, outras vezes não. Nem sempre faz os exames porque tem dificuldades em pagá-los.

Avaliação da Estrutura de Saúde

Considera que a estrutura de saúde é confortável porque tem os requisitos suficientes de uma estrutura de saúde. Sente-se bem tratada, porque explicam bem o que ela tem a fazer e passam receitas. O médico explica muito bem a situação. A única dificuldade que passa na estrutura de saúde é ter o dinheiro

suficiente para pagar a consulta e os medicamentos que são receitados. A única barreira é o dinheiro. Nunca se sentiu discriminada na estrutura da saúde, nem as filhas. Sempre foram bem tratadas.

Cidadania em Saúde

Recebe as informações sobre a saúde, sobre prevenção de doenças através de folhetos, nas feiras de saúde e na televisão. Assiste ao programa Mais Saúde da TCV. Na zona onde vive em Santa Catarina já realizaram várias feiras de saúde com médicos e enfermeiros.

Razões que levam as pessoas a não ir às estruturas de saúde

Muitas pessoas não gostam de ir às estruturas de saúde porque deixam-se levar mais pela parte cultural (*ramedi di terra*/remédio caseiro). Outras não vão por falta de meios financeiros e algumas porque dizem haver discriminação nessas estruturas**.**

Papel do cidadão na melhoria da sua saúde e a da comunidade

Como cidadãos, devemos ouvir os conselhos dos médicos, tomar a medicamentação na hora, evitar comer certos alimentos e principalmente o sal e a gordura, evitar o barulho e não falar alto.

Uma estória

Um acontecimento negativo que se passou comigo... um dia estive adoentada e fui ao Centro de Saúde e a médica passou-me um medicamento só porque ela achava que eu tinha um tal problema. Mas eu não comprei o tal medicamento nem tomei só pelo facto de a médica ter passado um medicamente sem ela mesmo ter certeza do que eu tinha e nem me passou um exame para se certificar.

1.4.3. Um Casal com dois filhos até 6 anos, sendo um dos filhos doente crónico

A entrevistada tem 28 anos. Tem o 12º ano de escolaridade e vive em Cutelo, Santa Catarina, Santiago Norte. Vive com um filho que tem uma doença crónica e uma filha mais pequena. Ela é vendedeira (vende bananas) e ganha aquilo que vende, não tem um salário certo. O que ganha não ajuda muito. Recebe ajuda da Câmara Municipal de Santa Catarina, em fraldas e alimentos.

Situação de Saúde

O filho sofre de síndrome de *down*. Ele tem 8 anos e quando nasceu teve febre e meningite. Vai ao médico com ele todos os meses por causa da doença. Não consegue pagar as consultas, não tem condições. Recebe ajudas. Faz todos os exames dele e não paga nada.

Estrutura de saúde

A estrutura de saúde é confortável. O tratamento que dão é bom e no caso do filho ele tem prioridade por causa da doença dele. Explicam bem o que tem de fazer. O médico explica bem e passa receita quando é necessário. Nunca passou por nenhuma dificuldade na estrutura de saúde. Nunca o filho foi discriminado numa estrutura de saúde. Gosta de ir à estrutura de saúde porque durante a gravidez do filho teve hipertensão.

Cidadania em Saúde

Recebe as informações sobre saúde através da televisão. Vê alguns programas. Nunca foi a uma feira de saúde na zona onde vive. Não se lembra de uma feira de saúde.

Partilha de uma estória

No começo da doença do meu filho foi muito difícil. Tudo começou quando ele apanhou a febre meningite quando tinha um mês de vida... foi muito difícil lidar com a situação, pois eu era muito jovem ainda e era o meu primeiro filho... com a doença foi difícil, sobretudo no hospital na cidade da Praia onde passamos por várias dificuldades. Com a doença ele ficou 4 dias em coma sem reagir... fiquei sem saber o que fazer... sem saber o que ia acontecer. Passados 4 dias ele acordou, mas sem os movimentos dos pés e os médicos fizeram vários exames... fizeram um teste nos pés dele com uma agulha para ver se ele reagia e foi aí que recebi a notícia que ele não iria andar e ficamos um mês no hospital... depois voltamos para a casa depois de tantas dificuldades. E com o passar do tempo surgiram mais problemas como por exemplo... teve pneumonia... voltamos novamente para o hospital só que em Assomada... que foi bem melhor porque mais perto de casa... ia e voltava todos os dias... durante um bom tempo e ainda vou, mas agora é regularmente só para controlar. Ele fica com a minha mãe enquanto corro atrás do nosso ganha pão que não está nada fácil, principalmente nesta época difícil da covid-19.

1.4.4. Senhora 63 anos - Doente Crónico

A entrevistada tem 63 anos, vive com 3 filhos, sendo um adotivo. Não sabe ler, só sabe assinar o próprio nome. É de Calheta de São Miguel. Quem trabalha em casa é o filho mais velho. Recebe alguma ajuda de familiares e irmãos, tem pensão social.

Situação de saúde

Sofre de problemas relacionados com a pressão arterial, artrose e doença renal há cerca de 10 anos. Vai ao médico de 3 em 3 meses e sempre que tem dores. Costuma pagar cerca de 350$00 pela consulta. Tem que pagar para fazer os exames.

Avaliação da Estrutura de Saúde

A estrutura de saúde que frequenta não é muito confortável porque é uma Delegacia de Saúde e não tem todas as especialidades. O tratamento é conforme o profissional de saúde que ela encontrar. O médico explica o tratamento. As barreiras que existem têm a ver com a falta de especialidade e de equipamentos. Nunca se sentiu discriminada na estrutura de saúde.

Cidadania em Saúde

Recebe informações sobre saúde na televisão, na rádio e através da filha. Gosta de ver o programa Mais saúde. Em 2013, as Forças Armadas realizaram uma feira de saúde na zona dela. Não gosta de ir à estrutura de saúde, mas tem que ir porque a filha reclama muito. Muitas pessoas não gostam de ir por causa do mau atendimento.

O que se deve fazer como cidadão para melhorar a sua saúde e a da comunidade

Atendimento domiciliar, feiras de saúde, melhor atendimento.

7. Política Nacional de Saúde e Perfil Sanitário do País

7.1. A Saúde em Cabo Verde: Perfil Sanitário

O Índice de Desenvolvimento Humano de Cabo Verde em 2020 foi de 0,665. O país ocupa o lugar 126 entre 187 países e integra o grupo de desenvolvimento humano médio. A renda nacional bruta per capita é de 7,019 US$.[63] O Produto Interno Bruto (PIB) do país em 2020 situou-se nos 185.776 milhões de escudos (1.675 milhões de euros).

Os dados disponíveis indicam que tem neste momento 560.483 mil habitantes, sendo 49.6% do sexo masculino (277.483) e 50.4% feminino (282.627).[64] O país tem dado sempre uma notória prioridade à educação e à formação, implementando reformas bem sucedidas, no sentido de melhorar, progressivamente, o funcionamento do sistema de ensino e a qualidade dos serviços prestados às crianças, jovens e adultos. O peso orçamental da educação tem oscilado entre os 23% e os 27% e o nível de despesas públicas representa 5,4% do PIB. A duração média da escolarização é de 13,2 anos. Registaram-se progressos significativos no acesso à educação básica de jovens e adultos com valores próximos de 90%. Os indicadores da escolarização nos outros níveis de ensino, incluindo o superior, são superiores aos verificados em países com nível de desenvolvimento comparável.

O crescimento populacional, que foi superior a 2% nos anos 90, tem vindo a decrescer. Nos últimos anos situa-se à volta de 1,20% e estima-se que continue a diminuir até 1,08% em 2025, devido à contínua diminuição da taxa de fecundidade. Prevê-se que essa taxa reduza de 20,3‰ em 2015 para 17,4‰ em 2025.[65]

- ✓ Consequentemente, reduziu-se o peso populacional do grupo etário 6-17 anos que era, em 2010, de 27%; estimando-se 24% em 2015 e 20% em 2025.
- ✓ A esperança de vida tem aumentado.
- ✓ Prevê-se um aumento do rácio de dependentes a partir de 2025 (particularmente em termos de idosos), com as suas implicações: menos pessoas para sustentar os seus dependentes.

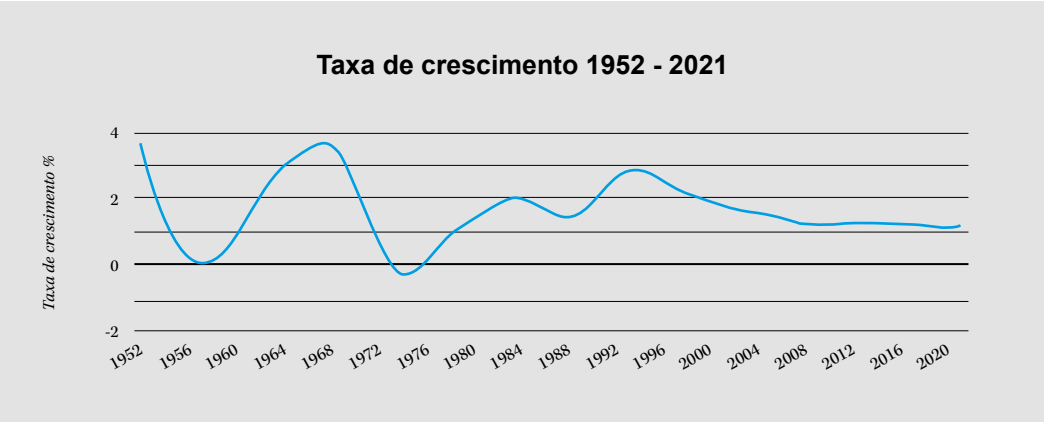
63 http://hdr.undp.org

64 https://countrymeters.info/pt/Cape_Verde (Departamento de Assuntos Económicos e Sociais das Nações Unidas

65 Ministério da Educação, Plano Estratégico da Educação – 2017-2021, Educação, um compromisso com o presente e com o futuro, 2017, p24.

✓ O país de emigrantes está sendo confrontado com o influxo de imigrantes, prevendo-se que o saldo migratório se tornaria positivo a partir de 2019, o que poderia colocar alguma pressão social.

Gráfico 1-Taxa de Crescimento da população 1952 – 2021



Fonte: https://countrymeters.info/pt/Cape_Verde

Cabo Verde tem enfrentado o seu processo de transição demográfica e epidemiológica, desde há vários anos. Com efeito, as doenças transmissíveis têm cedido lugar às não transmissíveis, observando-se um aumento progressivo das doenças crónico-degenerativas (as cardiovasculares, a diabetes, os cancros e as afeções respiratórias. A população está a viver mais anos e a mortalidade infantil tem diminuído consideravelmente.

Neste contexto, o estado de saúde da população cabo-verdiana tem vindo a melhorar, continuamente, e em paralelo com as melhorias na cobertura sanitária do país nos cuidados primários, secundários e terciários, mas, também, com o processo de desenvolvimento do país.

Efetivamente, o processo da transição epidemiológica e demográfica do país está, intimamente, ligado a esses avanços. A par disso, o país está, cada vez, mais resiliente às doenças com potencial epidémico, com uma melhor vigilância e resposta.

O setor tem um reconhecimento internacional de boas práticas e bons indicadores de saúde, sendo constantemente encorajado, a prosseguir/consolidar Programas de Eliminação/Certificação, como são os casos da Poliomielite, Sarampo, Paludismo, Transmissão do VIH de mãe para filho e da Sífilis Congénita.

Globalmente, Cabo Verde consolida a sua posição como um dos países africanos e, também, da CPLP, com melhores indicadores de saúde.

A taxa de mortalidade geral da população, relativamente baixa, tem andado à volta de 5/mil, sendo as doenças cardiovasculares as principais causas de morte no país.

O sistema de saúde beneficia de um acordo de cooperação com Portugal, para a evacuação de doentes, quando se esgotam as respostas técnicas nacionais. Com efeito, são evacuados uma média de 500 doentes, anualmente, para esse país, através do INPS ou da Promoção Social.

Segundo os relatórios estatísticos do MSSS dos últimos anos, as principais causas de evacuação são as doenças oncológicas, as cardiovasculares, as de foro neurocirúrgico e oftalmológico.

Os resultados preliminares do IDSR-2018 indicam progressos significativos em Cabo Verde ao longo dos últimos anos, quanto aos indicadores demográficos e de saúde**:**

- O índice sintético de fecundidade passou de 2,9 crianças por mulher em 2005 para 2,5 crianças em 2018;
- O quociente de mortalidade das crianças de menos de 5 anos diminuiu de 33% em 2005 para 18% em 2018;
- A prevalência da contraceção moderna diminuiu ligeiramente, passando de 57% em 2005 para 55% em 2018. Deve-se sobretudo salientar a baixa da utilização da laqueação e o aumento da utilização das injeções.
- A taxa de cobertura vacinal aumentou consideravelmente: de 74% em 2005, passou para 83% em 2018, com aumentos mais significativos para Penta 3/DPT 3 e VPO 3/Pólio 3;
- Cerca de 9 em cada 10 grávidas (86%) fizeram, pelo menos, as 4 consultas pré-natais: esta proporção era de 72% em 2005. Constata-se uma nítida melhoria das condições no momento do parto: 97% dos nascimentos foram assistidos por um profissional qualificado, contra 78% em 2005; **v**erifica-se uma alta taxa de cobertura dos cuidados pré-natais e pós-natais e de nascimentos em estruturas de saúde. Aumento substancial deste indicador, através de ações assertivas, ao longo dos anos.
- Mortalidade materna: constata-se uma tendência estacionária (com pequenos números, variando entre 1 e 5 óbitos maternos anuais, nos últimos 5 anos).
- Taxa de Mortalidade Geral: apresenta uma tendência global estacionária, à volta de 5/mil habitantes.
- A amamentação materna exclusiva melhorou nos 4-5 meses de idade.
- O nível de anemia das crianças de 6-59 meses diminuiu 18% entre 2005 e 2018.
- A prevalência do VIH passou de 0,8% em 2005 para 0,6% em 2018, uma baixa de cerca de 25%.

Neste contexto de transição epidemiológica, as doenças crónico-degenerativas constituem as principais causas de demanda aos serviços de saúde. De acordo com a os estudos sobre as doenças não transmissíveis, mais de 30% da população é hipertensa, cerca de 4% é diabética, menos de 10% é fumadora.

Esta parte do Perfil Sanitário do país é complementada com a dos indicadores, o que permite uma melhor visualização da situação sanitária do país, com dados e indicadores atualizados, o que acaba por permitir compreender a evolução da questão sanitária em Cabo Verde.

7.2. O Pragmatismo dos PNDS (Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário)

O Ministério da Saúde e da Segurança Social tem como missão definir, executar e avaliar a política nacional em matéria de saúde, promover e fiscalizar a sua aplicação, bem como supervisionar o sistema de proteção social obrigatório, gerido pelo Instituto Nacional de Previdência Social, de forma a garantir a excelência na gestão, na cobertura, no atendimento e sua sustentabilidade.[66]

De acordo com a Constituição da República de Cabo Verde, o Estado tem como compromisso garantir o direito de cidadania, por meio da criação de "condições para o acesso universal dos cidadãos aos cuidados de saúde". O direito à saúde deve ser concretizado por meio de uma rede de serviços de saúde adequada e pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais, visando a melhoria da qualidade de vida da população. Neste sentido, o Estado assume a responsabilidade de:

a) Assegurar a existência e o funcionamento de um Sistema Nacional de Saúde;
b) Incentivar a participação da comunidade nos diversos níveis dos serviços de saúde;
c) Assegurar a existência de cuidados de saúde pública;
d) Incentivar e apoiar a iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação;
e) Promover a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
f) Regular e fiscalizar a atividade e a qualidade da prestação dos cuidados de saúde;

66 Saúde: um compromisso do Estado, responsabilidade de todos República de 2012-2016, Volume I [Versão Final 01] Praia, Dez. 2012

g) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos farmacológicos e de outros meios de tratamento e de diagnóstico.

O SNS de Cabo Verde cresceu ao longo dos anos pós-independência, para atingir um patamar de alguma qualidade e assegurar a disponibilidade de cuidados de saúde para todos, incluindo o acesso aos medicamentos e a prestação de cuidados gratuitos a grupos específicos nomeadamente mães, crianças e doentes crónicos.

A elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário e a sua execução dão-se num contexto de estabilidade política, crucial para o desenvolvimento de Cabo Verde, ancoradas na consolidação da democracia e paulatina afirmação crescente do papel da sociedade civil.[67]

Cabo Verde, desde a independência, tem vindo a registar sucessos no seu crescimento económico (Crescimento de investimentos públicos e privados, redução das taxas de desemprego e da pobreza) e no desenvolvimento humano, factos que contribuíram para que as Nações Unidas tivessem aprovado a resolução visando graduá-lo à categoria de país de rendimento médio, a partir de 2008.

A liberalização económica e social, nomeadamente no campo da prestação de cuidados de saúde obriga, por um lado, a uma reorganização do setor público baseada numa descentralização efetiva das respostas aos problemas de saúde prevalentes e aos emergentes, em resultado da transição epidemiológica e, por outro, a um enquadramento e complementaridade com o setor privado de saúde, para alargar o âmbito e a qualidade das respostas.[68]

> Os planos nacionais são documentos importantes, orientadores que partem de um diagnóstico da situação, identificação de objetivos, metas e estratégias de intervenção a diferentes níveis. São planos orientadores que são flexíveis, avaliados periodicamente e que têm a flexibilidade suficiente para reorientação de acordo com a implementação e de acordo com a mudança eventual da realidade concreta em termos sanitários. São documentos importantíssimos que refletem a visão, a missão, estratégias, metas, estratégias de intervenção e também uma orçamentação prevista para implementação das grandes linhas de ação do Ministério de Saúde. Evidentemente também o plano

67 Idem p21. A sociedade civil tem assento no Conselho Nacional de Saúde, órgão de acompanhamento do MS, as Comissões deliberativas e o Conselho consultivo a nível da Região Sanitária, a Comissão municipal de saúde a nível local/municipal e ainda as ONG com intervenções na área da saúde. A sociedade civil participa também em comissões específicas para questões de saúde nomeadamente SIDA, droga entre outras

68 Idem pp20-21

> tem estratégias importantíssimas de parcerias que devem ser desenvolvidas para a implementação das ações preconizadas. É um documento importantíssimo que orienta os responsáveis a nível nacional e descentralizado a partir do qual podem ser elaborados planos de ações anuais incluídos na estratégia nacional e adotados a nível local. É um documento imprescindível, para permitir uma gestão racional de toda política de saúde do país e a fazer o acompanhamento do segmento e na avaliação de toda ação programada.[69]

Em Cabo Verde, a praxis de se articular alguns documentos estratégicos já é uma realidade. Porém, falta um maior monitoramento, de modo que os resultados melhorem consideravelmente. Retrospetivamente, nota-se que as orientações estratégicas do PNDS 2012-2016 estavam harmonizadas com o Programa do Governo da VIII Legislatura 2012-2016 e os respetivos programas estavam inseridos no DECRP III, destacando a contribuição do setor da saúde para um desenvolvimento que se quer(ia) nacional, harmonioso e equitativo.

Da mesma forma, o PNDS 2017-2021 destaca o trabalho em equipa, a conjugação de competências multidisciplinares, a utilização de recursos de forma coordenada e eficiente e cada vez mais assente em plataformas digitais, assim como a atuação conjugada dos diferentes setores, fator crítico para a resposta às novas necessidades dos sistemas de saúde.[70]

Convém destacar que o país tem uma forte tradição em assumir os compromissos internacionais no domínio da saúde, nomeadamente ao nível da Organização das Nações Unidas, da União Africana e da CEDEAO.[71]

7.3. PNDS 2012-2016

Sob o lema "*Saúde: Um Compromisso do Estado, Responsabilidade de Todos*" o PNDS 2012-2016 surgiu como um instrumento integrador que procura um de-

69 Ex-Diretor Nacional da Saúde

70 Este documento estratégico e operacional, que visa a materialização da Política Nacional de Saúde (PNS) para o horizonte 2020, articula-se e orienta-se por um conjunto de orientações e documentos estruturantes, como o Programa do Governo para a IX Legislatura, o Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável (PEDS), o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS-CPLP), os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, mas também por instrumentos operacionais, como o GPW 13 (13º Programa Geral de Trabalho da OMS), que permitem a concretização dessas políticas.

71 Destacam-se: i) *Declaração dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio até 2015;* ii) *Declaração Política de 2011 sobre o VIH/SIDA, da Assembleia Geral das Nações Unidas*; iii) *Declaração de Rio sobre as mudanças climáticas*; iii) *Declaração Política de 2011 da Cimeira da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a prevenção e o controlo das doenças não transmissíveis*; iv) *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD)ratificada por Cabo Verde em 10/10/2011*; v) *Convenção sobre os Direitos das Crianças*; vi) *Convenção contra todas as Formas de Discriminação da Mulher*; vii) a *Plataforma de Ação da IV Conferencia Internacional da Mulher* – Pequim 1995; viii) *Plano de Ação Nacional para a década africana para a deficiência; ix) documentos do ICIEG; x) ODS em 2017*, etc.

senvolvimento harmonioso dos diversos componentes dos serviços de saúde, incluindo o setor privado. Surgiu no processo de continuidade da reforma do setor da saúde de Cabo Verde como um instrumento de programação, execução e seguimento.

7.3.1. Balanço Resumido da Implementação do PNDS 2008-2011

Em 2008 foi elaborado o **Plano Estratégico de Promoção de Saúde 2009** com campanhas de sensibilização e educação para a saúde oral, doenças diarreicas, tuberculose, alimentação e nutrição, entre outros. Várias intervenções foram realizadas na saúde escolar nomeadamente a desparasitação. Foram realizados estudos sobre a situação nutricional, a cárie e as doenças da pele. Houve campanhas de vacinação, etc.

Em 2011, foi aprovada a lei contra a Violência Baseada no Género para o reforço de ações de prevenção da VBG. No mesmo ano, teve lugar o **I Fórum Nacional de Promoção da Saúde** que reuniu representantes do setor público, privado e da sociedade civil.

A implementação do PNDS 2008-2011 enfrentou alguns **constrangimentos**: i) *Insuficiente apropriação pelos parceiros e instituições com intervenção direta no setor da saúde*; ii) *Fraco desenvolvimento de ações de intersetorialidade para a implementação do PNDS, incluindo os eixos transversais como género, deficiência, juventude*; iii) *Fraca avaliação interna e inexistência de avaliações externas do PNDS.*

O balanço do PNDS 2008-2011 criou alguns desafios para o PNDS 2012-2016:

- ✓ **Mobilizar de recursos** para fortalecer intervenções **com enfoque nas questões de género em interface com os diferentes setores do governo e da sociedade civil**;
- ✓ **Maior articulação e parcerias entre os setores** como o Ministério da Educação, Ministério da Juventude, Trabalho e Família, com o intuito de apoiar e fortalecer a transversalização da abordagem de género e deficiência na implementação do PNDS;
- ✓ **Fortalecer a gestão do PNDS e o CNS**, no que diz respeito ao monitoramento e avaliação sistemática do PNDS;
- ✓ **Fortalecer a participação ativa da sociedade civil**, através das organizações representativas, em todas as fases do PNDS, planeamento, implementação, seguimento e avaliação;
- ✓ Alinhar e pactuar planos e programas das estruturas de saúde com o PNDS.

O PNDS 2012-2016 constituiu-se em oito Programas. O único que indiretamente aborda a questão da Cidadania em Saúde é o **Programa de Prestação de Cuidados (I**), alínea 4 (**promoção da saúde e Investigação**), apesar de considerar as questões como *género, deficiência, juventude e ambiente* transversais a todos os programas.

7.4. O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2017-2021)

No período do PNDS 2017-2021, de acordo com as projeções do INE, estima-se que a população de Cabo Verde aumente dos atuais cerca de 538 mil habitantes para cerca de 563 mil habitantes, um crescimento de cerca de 5%, correspondente a um aumento total de cerca de 25 mil residentes. O PNDS 2017-2021 surge de modo a fazer face às novas necessidades e desafios que têm a ver com as alterações demográficas e epidemiológicas, e uma população cada vez mais informada e exigente. O país encontra-se assim perante o duplo desafio de manter controladas as doenças transmissíveis, mas também, em simultâneo, de responder ao aumento acentuado da prevalência das doenças não transmissíveis.

O Sistema Nacional de Saúde quer assumir uma abordagem holística e inclusiva da saúde, para fazer face a necessidades não apenas orientadas para o tratamento da doença, mas também e com especial relevo, para uma atuação integrada nas componentes de **promoção da saúde e prevenção das doenças**, com vista a proporcionar mais saúde e bem-estar à população. É neste sentido que a opção pelo trabalho em equipa, a conjugação de competências multidisciplinares, a utilização de recursos de forma coordenada e eficiente e cada vez mais assente em plataformas digitais, assim como a atuação conjugada dos diferentes setores, constituem um fator crítico para a resposta às novas necessidades pelos sistemas de saúde.

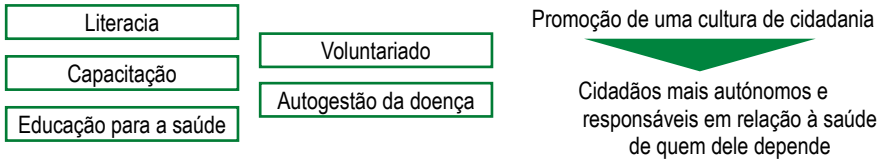
O PNDS 2017-2021 é um documento de natureza estratégica e operacional que permite dar suporte à materialização da Política Nacional de Saúde (PNS) para o horizonte 2020. Desta forma, contempla um conjunto de eixos estratégicos e iniciativas operativas para melhorar a saúde da população de Cabo Verde, contribuindo de forma acentuada para o acesso universal e equitativo aos diferentes níveis de cuidados, mais humanizado, assim como para preservar a segurança e servir as populações vulneráveis, potenciando a saúde de todos em todas as políticas.

Figura 2-PNDS 2017 – 2021

PNDS 2017-2021, p7

O único eixo que aborda diretamente a questão da cidadania é o **Eixo VIII, através da iniciativa 25 – Promover e potenciar a cidadania.** A capacitação para o exercício da cidadania constitui um contributo essencial na implementação e alcance dos objetivos do PNDS 2017-2021, através de uma atuação coordenada e concertada dos diferentes setores e intervenientes públicos e privados, visando:

- ✓ Capacitar o cidadão ao longo do seu ciclo de vida para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e coletiva. Para exercer essa responsabilidade o cidadão tem que estar informado, tem que interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos;
- ✓ Elevar a noção e conceito de cidadania no seio dos grupos alvos, em especial nas crianças, adolescentes e jovens;
- ✓ Fortalecer o conhecimento e práticas de cidadania em toda a população.



7.5. PNDS 2017-2021

Com o PNDS 2017-2021, o Sistema Nacional de Saúde pretende mudar de paradigma, passando de uma Visão Orientada para a Doença para uma Visão Holística da Saúde.

Figura 3-Principais Fatores de Mudança de Paradigma

PNDS 2017-2021, p17

7.5.1. Balanço da Implementação do PNDS 2012-2016

O PNDS 2017-2021 surge na sequência da avaliação/Balanço do PNDS 2012-2016. Com a implementação do PNDS 2012-2016 esperava-se materializar a visão da Política Nacional de Saúde para 2020, no sentido de garantir a saúde da população cabo-verdiana, através da construção de um Serviço Nacional de Saúde universalmente acessível, eficaz e equânime. A implementação dos 8 programas prioritários do PNDS 2012-2016 tinha como objetivo a obtenção dos seguintes principais ganhos, que obtiveram genericamente os seguintes resultados:

1) Oferta de cuidados de saúde com qualidade, acessíveis e a um custo abordável:	Considera-se que a cobertura da população pelos serviços de saúde apresenta níveis satisfatórios, sobretudo em relação às crianças e grávidas. Houve alargamento da oferta de cuidados de saúde, registando-se, no entanto, a falta de recursos para a prestação de cuidados com a qualidade desejada.
2) Melhor qualidade de saúde da população traduzida por níveis mais baixos de mortalidade e de morbilidade em geral:	Foi alcançada uma redução da mortalidade infantil e as mortes maternas não ultrapassaram um valor anual de 5. Nas doenças infetocontagiosas registou-se um desempenho favorável, mas com um grande atraso na implementação de uma abordagem preventiva e curativa das doenças crónicas não transmissíveis.
3) Redução dos riscos de ocorrência de epidemias:	A redução dos riscos de ocorrência de epidemias ainda não está consolidada devendo o país reforçar e adequar a capacidade de avaliação regular dos riscos, assim como, atualizar planos de preparação e contingência e implementar o plano para reforço das competências em matéria de RSI (2005).
4) População mais informada sobre os determinantes da saúde e mais participativa na resolução dos principais problemas de saúde:	O nível de conhecimento das populações precisa ser monitorizado com mais regularidade, tendo em conta não apenas os problemas de saúde, mas também os principais determinantes.
5) Parcerias a favor da saúde mais reforçadas:	A parceria está bem consignada no Pacto Nacional de Saúde assinado em 2014, mas terá que haver uma mudança nos processos de coordenação, articulação e monitorização para potenciar os muitos recursos que podem ser mobilizados.

6) Redução das desigualdades de género no acesso aos cuidados de saúde e uma abordagem mais efetiva das questões de género nas diferentes intervenções propostas no PNDS 2012-2016:	A abordagem de género coloca ainda muitos desafios ao setor da saúde sendo necessário desenvolver competências para permitir que, nos processos de planeamento, estejam incluídos os elementos necessários em termos de metas, intervenções, recursos e indicadores para a sua efetiva operacionalização.

Elaboração dos autores

O PNDS destaca duas componentes que nos interessam:

- ✓ Proporcionar maior nível de humanização na prestação de cuidados de saúde e bem-estar, permitindo melhorar a equidade no acesso da população aos cuidados de saúde, intra e inter-ilhas, fortalecendo as regiões e minimizando as barreiras geográficas, características de um país arquipelágico;
- ✓ Melhorar a qualidade assistencial e a informação disponível, com a implementação de sistemas de informação e comunicação, que permitam a obtenção de informação clínica e não clínica, fiável, coerente e comparável para suporte à decisão, assim como a agilização dos processos e a partilha de informação entre as diferentes estruturas e organismos centrais.

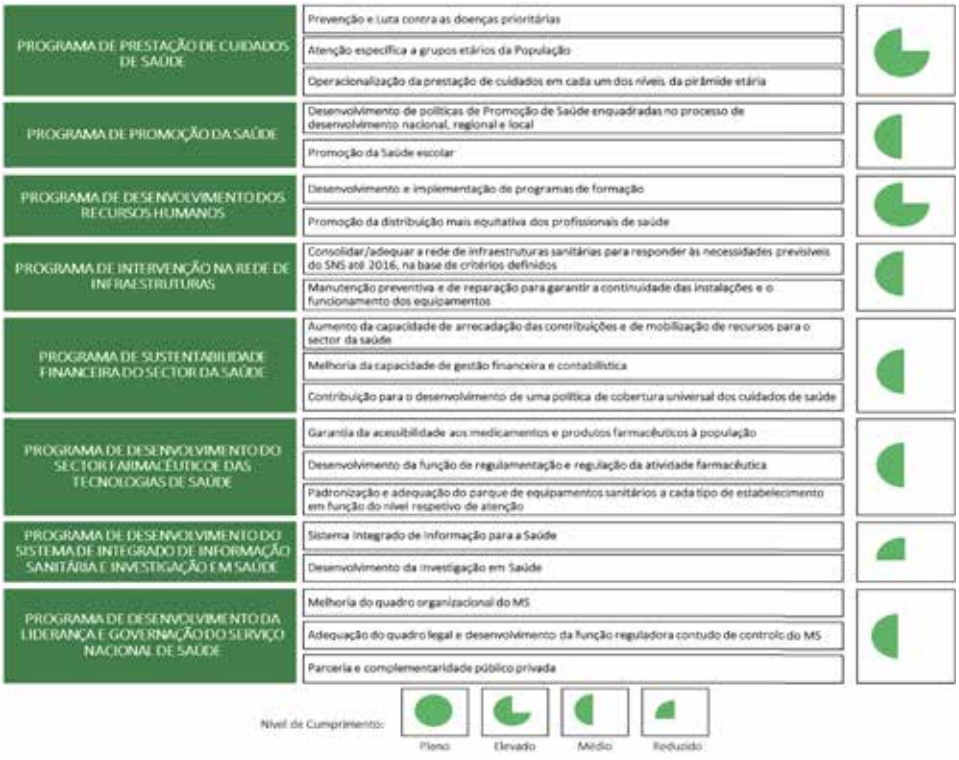
Nota-se que grande parte dos objetivos estratégicos foram avaliados com um nível de cumprimento médio e baixo. Somente 4 objetivos estratégicos tiveram um nível elevado na avaliação.

Destaca-se a **Criação do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP). No âmbito da Prevenção e Luta contra as doenças prioritárias houve r**eforço das estratégias específicas, nomeadamente em relação ao VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo, com redução da incidência e prevalência da tuberculose, na manutenção da incidência do paludismo ao nível da eliminação e na taxa de transmissão vertical a 0,02%; ii) O país foi declarado livre da Poliomielite pela CRCA, em novembro de 2016.

No que concerne à Atenção específica a grupos etários da população, os indicadores são considerados satisfatórios para os grupos alvo (crianças menores de 5 anos e grávidas) e em relação ao estado de saúde, as taxas de mortalidade infantil e perinatal diminuíram alcançando, em 2015, as metas propostas para o fim do período do PNDS (2016). Houve poucas intervenções direcionadas aos adolescentes, jovens, homens e idosos. Deu-se, contudo, alguma dinamiza-

ção das atividades das componentes "Prestação de cuidados específicos à saúde dos adolescentes e jovens assim como à saúde dos idosos" após a reestruturação dos serviços da DNS, em 2015/2016 e a nomeação das respetivas coordenações técnicas.

Figura 4-Síntese da Avaliação Final do PNDS 2012-2016



PNDS 2017-2021 P20

Quanto à operacionalização da prestação de cuidados em cada um dos níveis da pirâmide sanitária, nota-se uma falta de inquéritos sobre a oferta e utilização de cuidados bem como de indicadores apropriados, o que dificulta a avaliação da operacionalização deste subprograma com a metodologia utilizada. Houve ganho, a nível terciário, com o Centro de Diálise no HAN para doentes com IRC e familiares. As outras áreas da atenção terciária (Cardiologia, Tumores Malignos, Orto Traumatologia, Laboratório de Análises clínicas e de Anatomia Patológica, entre outras) necessitam de maiores investimentos, visto que os resultados alcançados no seu desenvolvimento ficaram aquém do esperado.

Outro ganho importante foi a telemedicina que permitiu uma melhor interação entre os três níveis na oferta de cuidados, em benefício dos utentes e dos serviços embora com constrangimentos a ultrapassar.

7.6. Programa de Promoção da Saúde

Relativamente ao desenvolvimento de políticas de Promoção de Saúde[72] enquadradas no processo de desenvolvimento nacional, regional e local , verificou-se a inexistência de uma estratégia claramente definida e de planos para a sua implementação conduzindo a intervenções pontuais e relacionadas com a comemoração de efemérides desenvolvidas quer pelos serviços de saúde quer pela sociedade civil quase sempre em estreita articulação. O recurso a pares educadores nas áreas da sexualidade de adolescentes e jovens e nas IST/VIH/SIDA, também constituiu uma abordagem implementada, não diretamente, mas em articulação com outros parceiros nomeadamente, Educação, Centros de Juventude e CCS-SIDA.

Faltou a coordenação, provavelmente, devido a mudanças organizacionais do setor da saúde e da liderança deste programa durante os cinco anos. Neste contexto, não foi identificado um quadro claro de coordenação intersectorial como pretendido.[73]

Promoção da Saúde escolar

A estratégia de saúde escolar, apesar de não ter sido alargada ao ensino secundário, teve uma abordagem sistematizada, a nível do ensino básico, com o desenvolvimento do projeto-piloto de Escolas Promotoras de Saúde que, contudo, não teve capacidade para a extensão limitando-se a 15 escolas. Para além das insuficiências do processo de coordenação, reconhece-se um défice em competências técnicas nesta área e pouco investimento para o desenvolvimento do programa. Perspetiva-se a necessidade de mobilizar e desenvolver parcerias num quadro institucional e reforçar os recursos quer técnicos quer financeiros.

Programa de Sustentabilidade Financeira do Setor da Saúde

Programa cujos objetivos gerais são garantir o funcionamento sustentável do SNS através de uma maior contribuição de todas as fontes, assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde de qualidade e garantir a eficiência e eficá-

72 A promoção da saúde não está evidenciada no PNDS 2012-2016, como uma componente importante de políticas públicas de desenvolvimento nacional, regional e local apesar da existência de processos de parcerias para a inclusão da promoção da saúde, muitas das vezes não institucionalizados. Estão neste caso, o desenvolvimento da saúde escolar e medidas para a proteção do ambiente e o abastecimento de água, no âmbito da luta contra vetores

73 O documento "Análise da prestação dos cuidados de saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva do homem, da mulher e do adolescente nos Centros de Saúde de Cabo Verde" aponta a existência de insuficiências na forma como é desenvolvida a promoção da saúde nos centros de saúde.

cia na gestão dos recursos. Este Programa depende de fatores muitas das vezes externos ao MSSS e talvez por isso, dos 18 resultados esperados, menos de um terço (27,7%) foram obtidos e outros tantos apenas parcialmente.

Em 2013, realizou-se um estudo sobre o financiamento da saúde que serviu de baliza à elaboração de uma Estratégia de Financiamento para o setor que seria o elemento catalisador da política de cobertura universal, estratégia ainda por rever, aprovar e implementar. A melhoria da equidade no acesso aos cuidados de saúde não está documentada. Algumas medidas (poucas) foram tomadas, como sejam, a eliminação de taxas moderadoras a nível das USB e a facilitação do acesso às PcDs com a construção de rampas e de outras acomodações em todas as estruturas de saúde. Portanto, as intervenções levadas a cabo não tiveram o impacto desejado de garantir o financiamento sustentável e a equidade no acesso aos serviços de qualidade, pelo que a estratégia de financiamento elaborada deverá ser reavaliada para a sua adequação aos PCES e efetiva implementação.[74]

Nota-se que o financiamento do Ministério da Saúde é proveniente de 4 grandes fontes, com destaque para o peso das famílias:

- **O governo** que representa a maior fonte de financiamento, sendo responsável por **41,8%** do financiamento total em 2016. No entanto, verificou-se uma ligeira diminuição do peso do governo, diminuindo cerca de 1% entre 2012 e 2014;
- **As famílias** são o segundo grupo com maior contribuição, representando **35,6%** do valor total em 2014, e registando um aumento muito ligeiro da representatividade, comparativamente a 2012;
- **As empresas**, registaram uma perda de peso no financiamento total de cerca de **1%**, representando, em 2014, 6,2% do financiamento;
- **As cooperações internacionais** têm vindo a aumentar a sua importância neste setor, representando em 2014 cerca de **16%** do financiamento total do Ministério da Saúde.

7.7. Parceria para a Saúde

Segundo a OMS, fruto de uma forte parceria entre Cabo Verde e este organismo das Nações Unidas, o país realizou grandes progressos na melhoria do acesso aos cuidados de saúde, tanto a nível dos primários, como dos hospitalares. Isto nos diversos domínios como a promoção da saúde, a prevenção das doenças, os cuidados curativos e a extensão da rede de infraestruturas de saúde.

O Índice atual de cobertura universal de saúde definido pela OMS para Cabo Verde é de 62.

74 PNDS 2017-2021, p31.

A contribuição da OMS para a Cobertura Universal de Saúde tem sido realizada em diversas áreas de intervenção e parceria:

- **Liderança e governação estratégica do setor da saúde: Produção de um** conjunto de documentos estratégicos importantes: i) Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021; ii) Plano Nacional de Promoção da Saúde 2018-2021; iii) Planos Estratégicos para o desenvolvimento das Regiões Sanitárias; e iv) Planos de Desenvolvimento para os Hospitais Centrais.[75]18
- São documentos estratégicos que permitem uma gestão mais eficaz e eficiente do setor da saúde na medida em que viabilizam uma visão global e articulada dos instrumentos de gestão e desenvolvimento do Setor da Saúde em Cabo Verde.
- **Criação da Entidade Reguladora Independente de Saúde (ERIS)**, instrumento crucial para o reforço da capacidade de regulação deste setor.
- **Diálogo político em Saúde e colaboração multissectorial através da promoção** de parcerias e ações de cooperação com estruturas governamentais.

Ainda na área da formação e capacitação dos recursos humanos de saúde, destacam-se:

- Execução do Plano Estratégico Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (2015-2020).
- Formação e especialização do pessoal técnico através de cursos de curta duração, ateliês diversos, fóruns, encontros técnicos, seminários e conferências, constituem uma diversidade de opções formativas integradas neste pacote de formação.
- Ações formativas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, tanto a nível central dos serviços, como dos serviços descentralizados, nas Regiões Sanitárias e Municípios do País.
- Formações de curta duração no exterior, bem como a participação em Seminários e Conferências Internacionais.

75 OMS, 2019, CONTRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE EM CABO VERDE 2016-2019, p18.

8. Indicadores da Situação Sanitária em Cabo Verde

O PNDS 2017-2021, o IDSR-III, assim como o Relatório Estatístico referente ao ano de 2018, contém informações importantes relativamente ao estado de saúde da população em geral e de grupos específicos, bem como do nível de cobertura dos cuidados de saúde e recursos disponíveis, para fazer face aos grandes desafios que se colocam ao setor da saúde e não só, disponibilizando informações quantitativas e qualitativas de forma organizada, que abrangem todos os serviços que enformam o Serviço Nacional de Saúde, para uma tomada de decisões a diferentes níveis.[76]

8.1. Dados Demográficos

Tabela 1-Tabela: Informações sobre a população, 2010 e 2014 a 2018

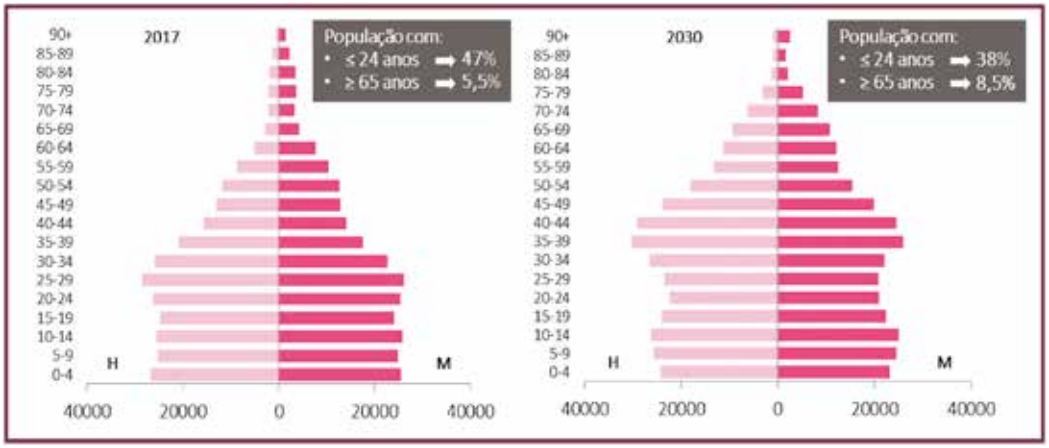
População	2010*	2014	2015	2016	2017	2018
População total	491.683	518.467	524.833	531.239	537.661	544.081
População masculina	243.406	258.744	262.501	266.287	270.091	273.904
População feminina	248.277	259.723	262.331	264.951	267.570	270.177
População feminina 15-49 anos	130.912	138.697	139.820	131.658	142.505	143.683
Razão de sexos	98,0	96,6	100,0	100,5	100,9	101,4

Fonte: INE (RGPH 2010, Projeções 2010-2030) * Censo in (R.E, 2018,11), Relatório Estatístico, 2018, p10.

Os dados revelam que a partir de 2015 a população masculina começa, ligeiramente, a superar a feminina, tendo alcançado em 2018 a razão de sexos de 101,4%. De acordo com as projeções do INE, para 2030, prevê-se um aumento significativo do envelhecimento da população.

76 Ministério da Saúde e Segurança Social, Relatório Estatístico 2018, Praia, abril de 2019.

Gráfico 2-Estrutura etária da população de Cabo Verde (2017-2030)

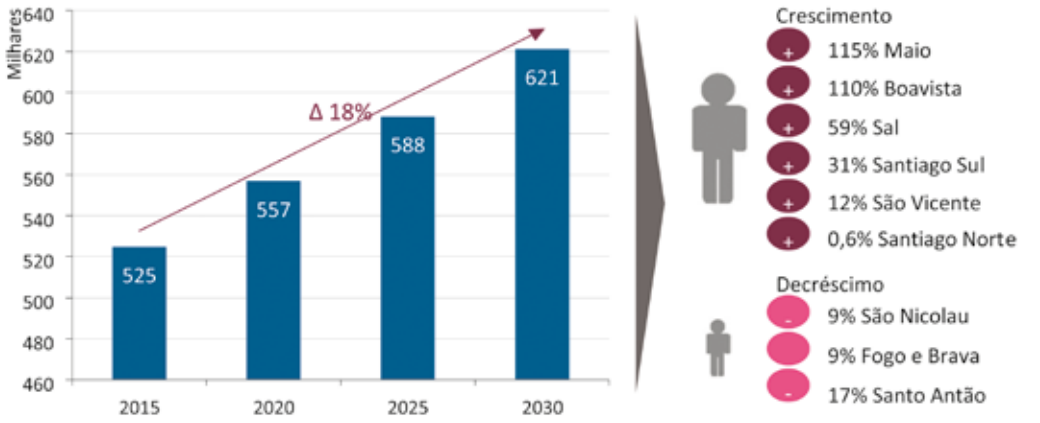


Fonte: Projeções Demográficas de Cabo Verde 2010-2030, INE. PNDS 2017-2021 (p33)

A população de Cabo Verde com idade igual ou inferior a 24 anos reduzirá substancialmente, passando dos atuais 47% para 38% em 2030, enquanto a população com 65 ou mais anos passará de 6% para 8% do total. Considerando a população com 60 ou mais anos prevê-se um aumento ainda mais significativo, passando dos atuais cerca de 8% da população, para cerca de 12%, em 2030.

A população residente em Cabo Verde, de acordo com as projeções demográficas tenderá a aumentar, estimando-se um crescimento de cerca de 18% até 2030, alcançando cerca de **620 mil habitantes***, embora com tendência de redução nas Ilhas de Santo Antão, São Nicolau, Fogo e Brava.*

Gráfico 3 – Estimativas de evolução da população residente em Cabo Verde (2015-2030)



Fonte: Projeções Demográficas de Cabo Verde 2010-2030, INE. PNDS 2017-2021 (p34)

Tabela 2-População por faixas etárias e género 2018

Grupos de Idade	Masculino		Feminino		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Nascimentos	5.401	2,0	5.143	1,9	10.544	1,9
0 anos (< 1 ano)	5.372	2.0	5.126	1.9	10.498	1.9
1 – 4 anos	21.469	7,8	20.500	7,6	41.969	7,7
5 – 9 anos	25.779	9,4	24.864	9,2	50.643	9,3
10 – 14 anos	25.631	9,4	25.769	9,5	51.400	9,4
15 – 19 anos	24.456	8,9	24.149	8,9	48.606	8,9
20 – 24 anos	25.000	9,1	23.844	8,8	48.844	9,0
25 – 49 anos	110.307	40,3	98.103	36,3	208.420	38,3
50 – 64 anos	28.869	10,5	33.007	12,2	61.876	11,4
65 anos e +	12.256	4,5	19.455	7,2	31.712	5,8
Total	**273.904**	**100,0**	**270.177**	**100,0**	**544.081**	**100,0**

Fonte: INE, Projeções 2010-2030

Relatório Estatístico, 2018, P13

A faixa etária com mais população em Cabo Verde é a de 25-49 anos (38,3%), seguida da de 50-64 anos (11,4%). Porém, se considerarmos os menores de 25 anos, chegamos a 46,2% da população.

8.2. Mortalidade Infantil, Menores de cinco anos e Materna

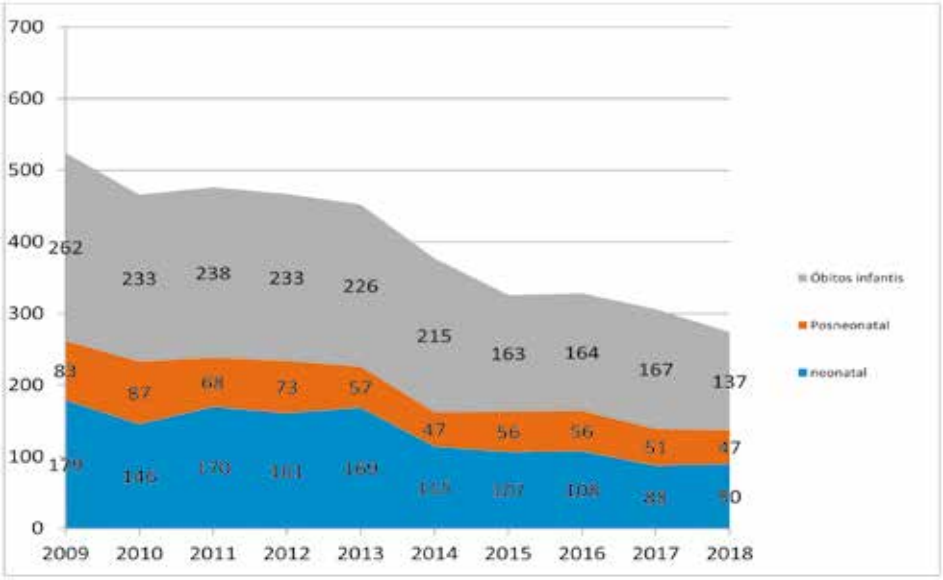
Tabela 3-Evolução do Número de óbitos de crianças e Óbitos maternos de 2009 a 2018

Óbitos	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Crianças < 1 ano	262	233	238	233	226	215	163	164	167	137
Crianças de 0 a 6 dias	146	114	146	122	141	115	86	81	88	66
Crianças de 7 a 27 dias	33	32	24	39	28	47	21	27	28	24
Crianças de 28 a 364dias	83	87	68	73	57	53	56	56	51	47
Óbitos fetais (>22 seman. gest.)	178	160	129	170	128	150	104	121	112	135
Óbitos perinatais	324	274	275	292	269	265	190	202	200	201
Crianças de 1 a 4 anos	47	35	33	42	23	24	23	17	13	17
Crianças < de 5 anos	309	268	271	273	249	239	186	181	180	154
mortes obstétricas diretas (óbitos maternos)	**7**	**5**	**5**	**1**	**4**	**1**	**5**	**2**	**5**	**4**

Fonte: SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, 16

Gráfico 4-Evolução dos óbitos infantis de menores de 1 ano, pós-natal e neonatal, 2009 a 2018



Fonte: SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, p17

Os dados mostram que os óbitos infantis, pós-neonatal e pré-natal caíram significativamente de 2009 a 2018. o que revela uma melhoria na prestação dos cuidados de saúde para a infância.

Tabela 4 – Total de óbitos dos 0 a 364 dias por grupos de idade e género, 2018

Grupos etários	Masculino	Feminino	Total
	Nº	Nº	Nº
0 - 6 dias	40	26	**66**
7 - 27 dias	14	10	**24**
28 dias a 364 dias	27	20	**47**
TOTAL	**81**	**56**	**137**

Fonte: SVIRE/DNS/MSSS

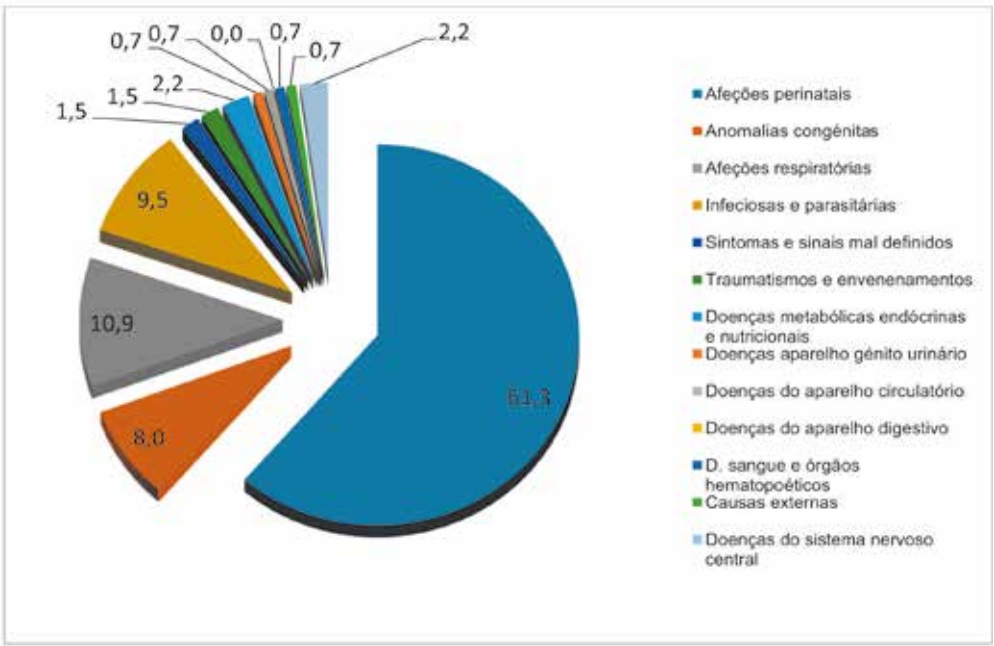
Relatório Estatístico, 2018

Nota-se que há mais mortes de crianças do sexo masculino (59,12) que feminino (40,87). Seria interessante saber as razões do maior número de morte dos

meninos. Ao iniciar esta pesquisa confirma-se, aquilo que os dados já mostravam, que os homens morrem e sofrem de mais patologias do que as mulheres. As mulheres, como diria Marianne J. Legato,

> (...) sobrevivem e vivem quase mais uma década. Está na altura de pensar na natureza das vulnerabilidades dos homens (...) A biologia masculina fundamental torna-o mais fraco. Tem menos probabilidades de sobreviver no útero do que as suas irmãs; tem um atraso de seis semanas na maturidade do seu desenvolvimento na altura do nascimento, em comparação com as raparigas. Os homens têm quatro vezes mais deficiências de desenvolvimento do que as mulheres. Os homens sofrem com mais gravidade de que as mulheres sete das dez infecções mais comuns que afligem os seres humanos, porque simplesmente não têm sistemas imunitários tão vigorosos como os que defendem as mulheres. É provável que os homens tenham os primeiros sintomas de doença coronária por volta dos 35 anos, quinze ou vinte anos antes das mulheres. E morrem duas vezes mais homens do que mulheres com essa doença. (2009: 11-12).

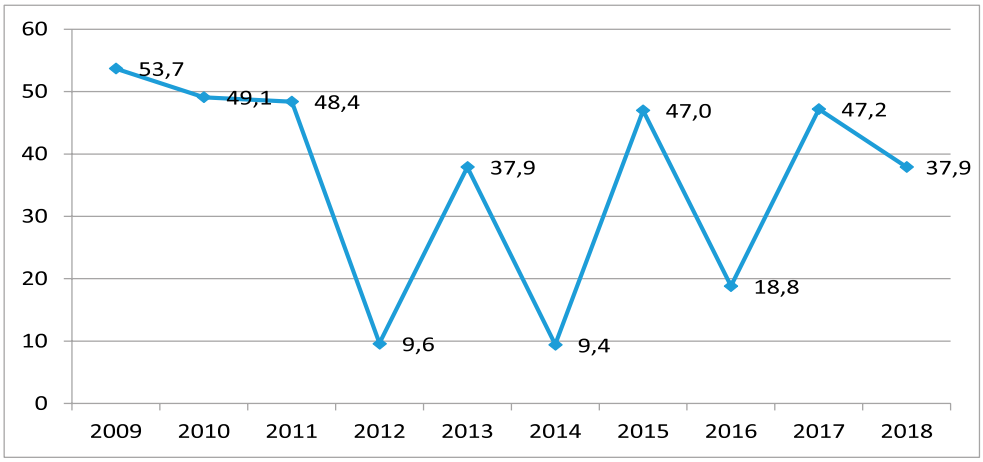
Gráfico 5 – Causas de mortalidade Infantil – 2018



Fonte: SVIRE/DNS/MSSS, R.E., 2018, p26

A principal causa de mortalidade infantil em Cabo Verde tem a ver com as Afeções perinatais (61,3%); as Afeções respiratórias (10,9%), as Infeciosas e parasitárias (9,5%) e as Anomalias Congénitas (9,5%).

Gráfico 6 – Evolução da taxa de Mortalidade Materna – 2009 a 2018

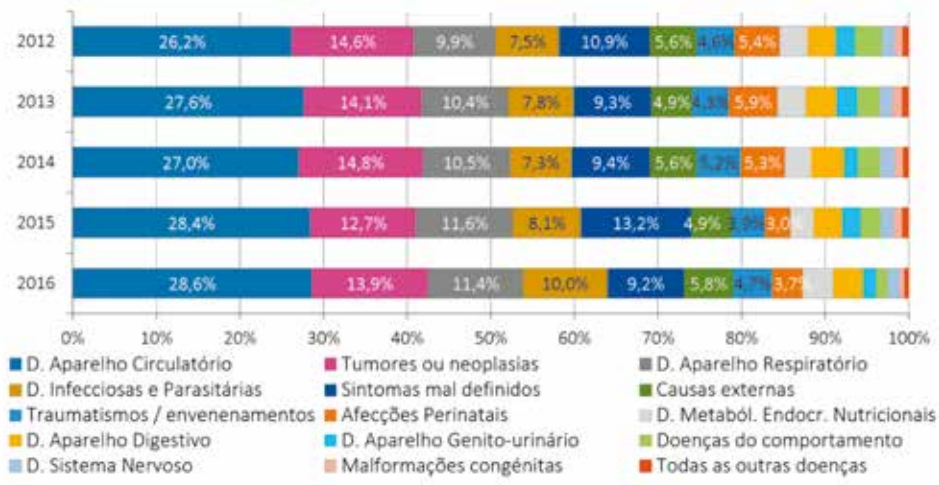


Fonte: SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, P28

Relativamente à taxa de mortalidade materna nota-se que em 2009 era de 53,57, com uma queda brusca em 2012 para 9,6 casos, uma subida brusca em 2017 de 47,2 e uma queda acentuada para 37,9 em 2018.

Gráfico 7 – Representatividade dos óbitos em Cabo Verde segundo as principais causas (2012-2016)



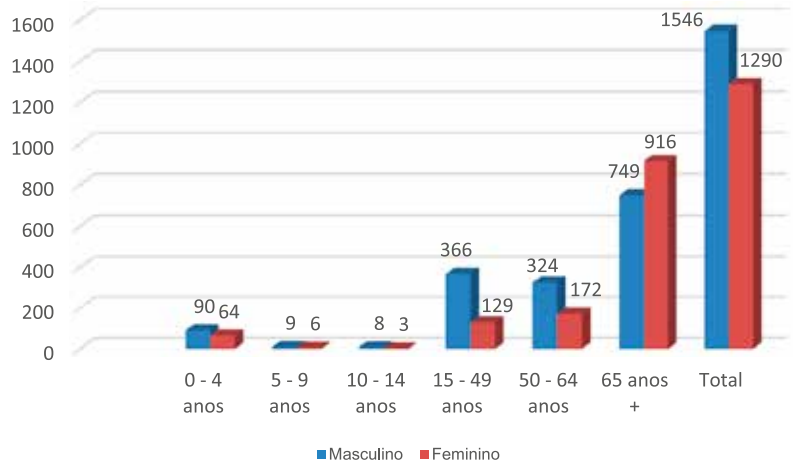
Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2012 a 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

PNDS 2017-2021

Analisando a representatividade dos óbitos por causa entre 2012 e 2016 destaca-se:

- As doenças infeciosas e parasitárias, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório como as doenças que mais aumentaram a sua representatividade;
- As doenças do comportamento, afeções perinatais e os sintomas mal definidos como as causas que mais reduziram a representatividade;
- As causas externas têm mantido uma representatividade também significativa com uma ligeira tendência de aumento. De entre as causas externas incluem-se maioritariamente os suicídios, homicídios e afogamentos, num total de cerca de 150 óbitos, em 2016.

Gráfico 8 – Óbitos segundo grupo de idade e género, 2018



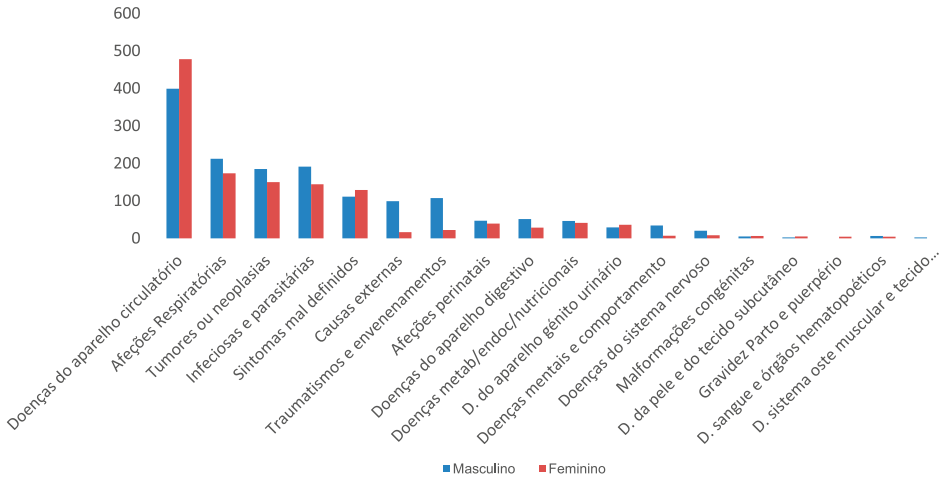
Fonte: SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018 P30

Em Cabo Verde, com exceção da faixa etária dos 0-4 anos, uma taxa de 2,9, denota-se que se morre mais a partir da faixa etária do 15-49 anos (1,6), sendo que grande parte das mortes se verifica na faixa etária dos 65 anos+, a população idosa (55,4). Nota-se que da faixa etária de 0-4 anos até à faixa etária de 50-64

anos **morrem mais pessoas do sexo masculino**, sendo que a viragem se dá na faixa etária 65 anos + em que se verifica **mais mortes no sexo feminino**.

Gráfico 9 – Causas de óbito, segundo o género e causas, 2018

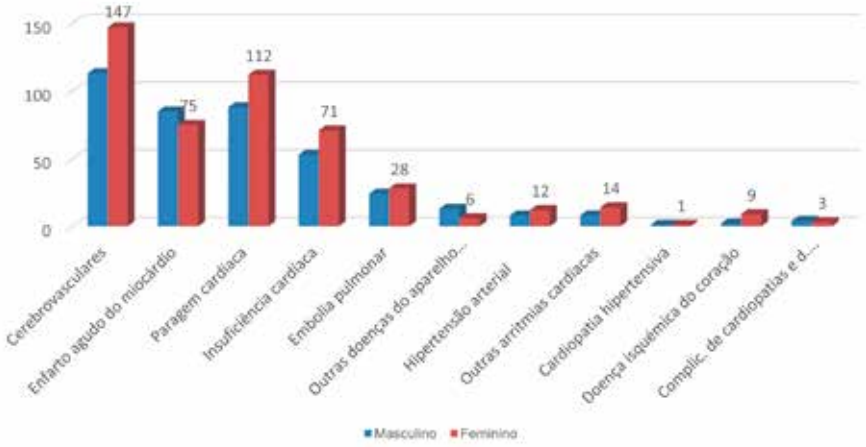


Fonte: SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018 P36

As causas de óbito mais comuns em Cabo Verde têm a ver com as Doenças do aparelho circulatório, **a única causa de morte que afeta mais mulheres que homens**, seguida de Afeções Respiratórias, Infeciosas e parasitárias e tumores ou neoplasias.

Gráfico 10 – Óbitos por doenças do aparelho circulatório segundo o género, 2018

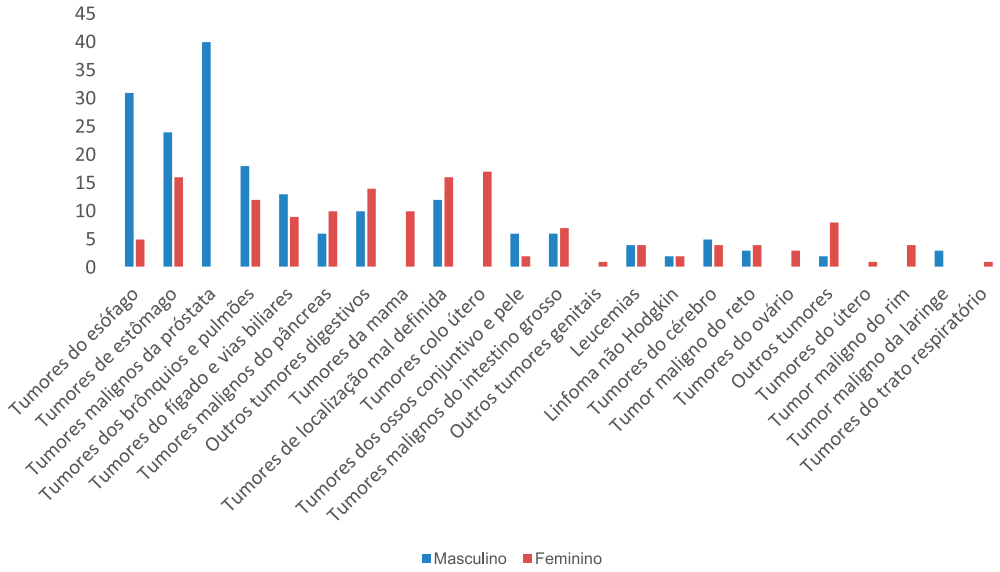


Fonte: SVIRE/ NS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018 P37

De facto, é preciso compreender porque é que as doenças do aparelho circulatório afetam mais mulheres que homens, sobretudo as cerebrovasculares, a paragem cardíaca, assim como a insuficiência cardíaca. Normalmente, as mulheres são mais cuidadosas que os homens, frequentam mais vezes as consultas. Das doenças do aparelho circulatório onde se verifica **mais vítimas homens que mulheres está o Enfarto agudo do miocárdio.**

Gráfico 11 – Óbitos por tumores ou neoplasias segundo o género, 2018

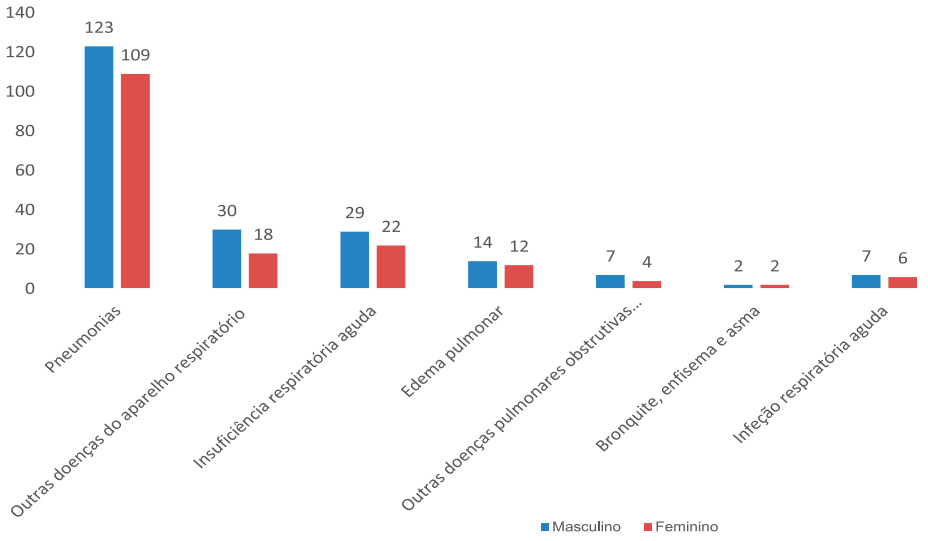


Fonte: SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018 P39

Como se sabe o número de óbitos por tumores tem aumentado em Cabo Verde. É classificada como uma doença não transmissível. Existem tipos de tumores que **afetam mais homens que mulheres, por exemplo tumores de esófago, de estômago, tumores de fígado e vias biliares, e outros que são típicos de homens (tumores malignos da próstata)**, como os típicos de mulheres (tumores do colo de útero, tumores do ovário).

Gráfico 12 – Óbitos por afeções respiratórias segundo o género, 2018

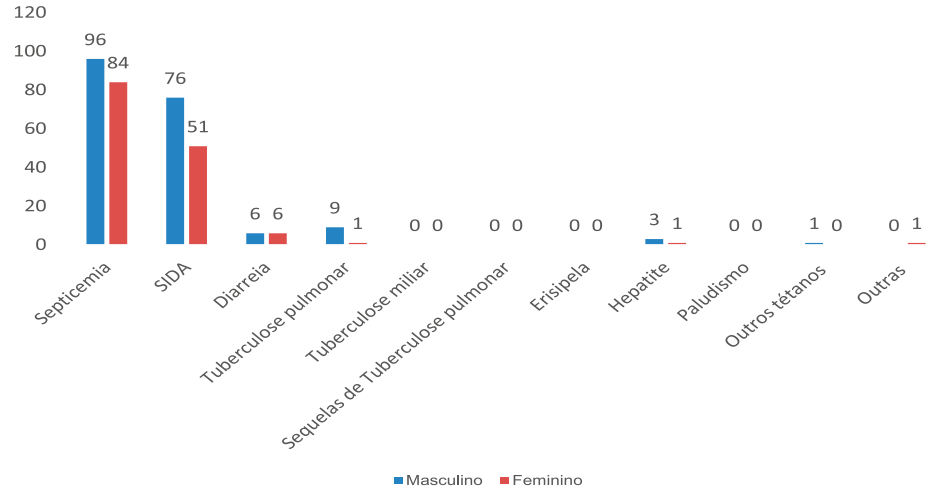


Fonte: SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018 P40

As maiores vítimas de afeções respiratórias são os homens. São os que mais morrem de pneumonias, insuficiência respiratória aguda, edema pulmonar e outras doenças do aparelho respiratório.

Gráfico 13 – Óbitos por causas infeciosas e parasitárias segundo o género, 2018

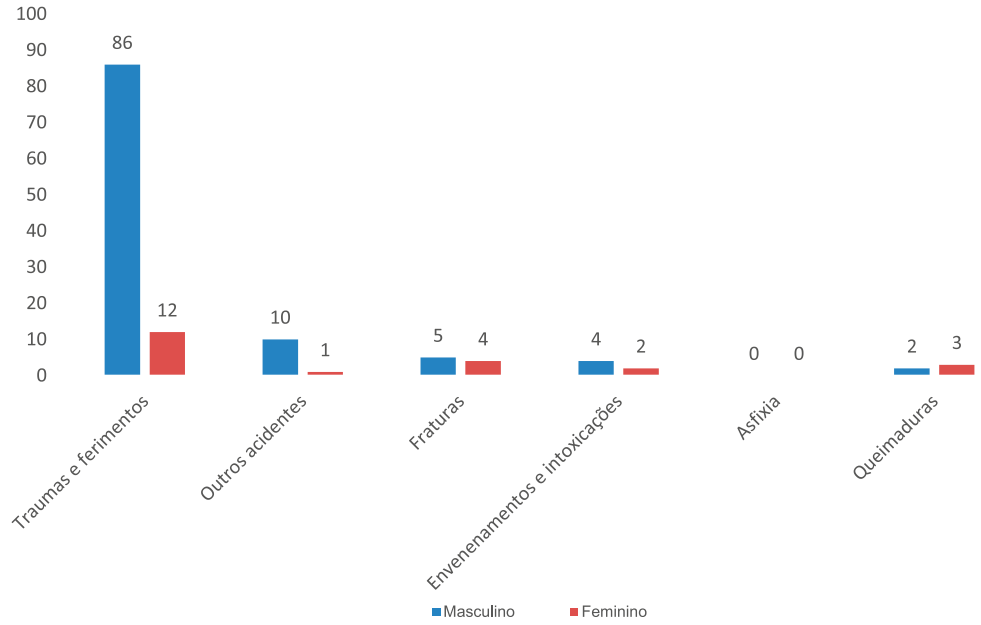


Fonte: SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018 P41

Da mesma forma, os homens morrem mais do que as mulheres de causas infeciosas e parasitárias (septicemia, sida, tuberculose pulmonar, hepatite). Provavelmente, isso pode ter a ver com os cuidados e controlo que as mulheres fazem. Elas levam mais a sério as consultas e os tratamentos que os homens. Outro fator pode ter a ver também com os estilos de vida. Normalmente, as mulheres bebem menos, drogam-se menos e saem menos à noite do que os homens.

Gráfico 14 – Óbitos por traumatismos e envenenamentos segundo o género, 2018

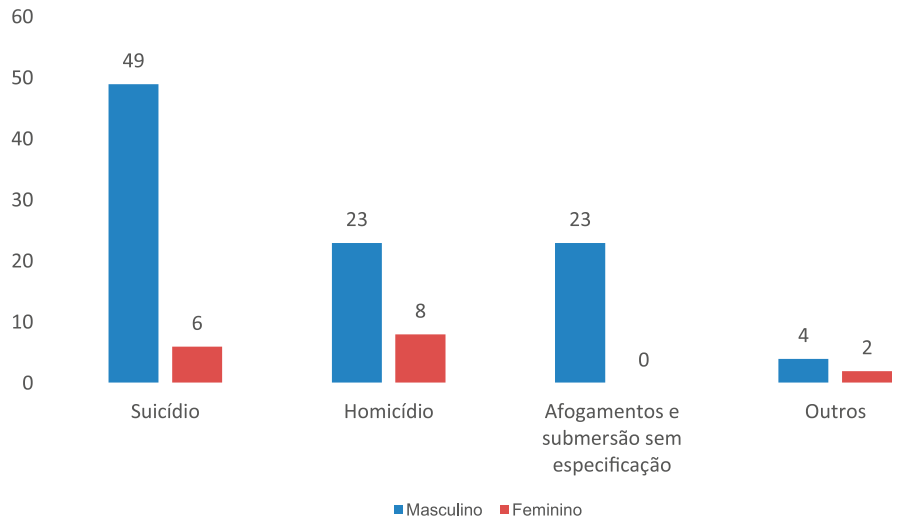


Fonte: SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018 P42

Os homens também morrem mais por traumas e ferimentos, assim como de outros acidentes, fraturas. Muitas vezes o *ethos* machista e o tipo de trabalho que os homens fazem expõe-nos mais a riscos de acidentes. Os homens também morrem mais por envenenamentos e intoxicações.

Gráfico 15 – Óbitos por causas externas segundo o género, 2018



Fonte: SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, P43

De facto, os dados apontam que mais homens morrem por suicídio, homicídio, afogamentos e submersão sem especificação.

8.3. Morbilidade

8.3.1. Afeções e doenças prioritárias sob vigilância epidemiológica

Da análise epidemiológica, verifica-se que Cabo Verde enfrenta um duplo fardo de doenças com a coexistência tanto de doenças transmissíveis quanto de doenças não transmissíveis. As doenças transmissíveis continuam a exigir um esforço elevado para acompanhamento e controlo, uma vez que continuam a ter impacto na saúde pública da população cabo-verdiana, principalmente, as de potencial epidémico, que têm causado vários surtos epidémicos, incluindo eventos de importância internacional no âmbito do Regulamento Sanitário Internacional (RSI, 2005) e com óbitos.

Num intervalo de pouco mais de 20 anos, Cabo Verde enfrentou 12 surtos epidémicos: cólera (1994 – 1996), sarampo (1997 – 1998), shigelliose (1999 – 2000), poliomielite (2000), rubéola (2008 – 2009), gripe pandémica (H1N1) em 2009, dengue tipo 3 (2009 – 2010), meningite, com alguns casos de meningite

bacteriana, mas com a predominância de meningite viral causada por enterovirus ECHO-4, em 2015, infeção do vírus Zika (2015 – 2016), dengue tipo 3 em finais de 2016, casos de síndrome de mão-pé-boca (vírus Cocksakie) em 2017 e Paludismo (2017), sendo cinco destes eventos de 2015 a 2017. Em síntese, a ocorrência dos eventos de saúde pública emergentes e re-emergentes, nomeadamente, as de transmissão vetorial (Dengue, Zika) e outras doenças virais, como as doenças diarreicas de etiologia a esclarecer, o vírus influenza (influenza A, o vírus de caráter pandémico e a influenza tipo B) constituem desafios à resiliência do Sistema Nacional de Saúde no que se refere à preparação, deteção precoce e alerta para resposta às emergências.

Por outro lado, as doenças não transmissíveis como a hipertensão, diabetes e doenças oncológicas, influenciadas por fatores como o envelhecimento, estilos de vida e hábitos de consumo tendem a aumentar, posicionando-se entre as principais causas de morbilidade e mortalidade, representando novos desafios para o Sistema Nacional de Saúde. As doenças não transmissíveis já representam a maioria das causas de mortalidade em Cabo Verde, sendo as mais frequentes as doenças cardiovasculares e as oncológicas.

O país encontra-se assim perante o duplo desafio de manter controladas as doenças transmissíveis, mas também, em simultâneo, de responder ao aumento acentuado da prevalência das doenças não transmissíveis. Estas alterações alavancam uma atuação baseada numa abordagem holística e inclusiva da saúde, para fazer face a necessidades não apenas orientadas para o tratamento da doença, mas também e com especial relevo, para uma atuação integrada nas componentes de promoção da saúde e prevenção das doenças, com vista a proporcionar mais saúde e bem-estar à população.

Tabela 5 – Tabela: Casos de afeções e doenças prioritárias notificadas, 2014 a 2018

Doenças	2014	2015	2016	2017	2018
Doenças Diarreicas <5 anos	9.831	14.329	12.010	13.017	15.262
Doenças Diarreicas 5 e + anos	9.699	15.127	13.433	13.950	14.407
Disenteria/Diarreia c/ sangue	692	1.116	1.130	957	1.344
Meningite	29	421	38	44	62
Febre Amarela	0	0	0	0	0
Hepatite	104	286	372	190	92
Paludismo autóctone	26	7	47	423	2
Paludismo introduzido	0	0	0	0	1
Paludismo importado	20	20	28	23	18
Dengue (importado)	1	0	0	0	0
Dengue (autóctone)	0	0	4	32	0
Novos casos VIH+	409	393	480	480	503
Sida	129	137	170	165	192
Tuberculose Pulmonar	265	247	222	234	182
Lepra	7	6	3	9	11
Tétano Neonatal	0	0	0	0	0
Tétano Adulto	0	0	0	0	1
Sarampo	0	0	0	0	0

Fonte: SVIRE/DNS/MSSS, Relatório Estatístico, 2018, P48

A análise das doenças de notificação obrigatória, ou seja, as afeções e doenças prioritárias sob vigilância epidemiológica, são as consideradas para a análise das principais causas de morbilidade. Dentre as 6 principais doenças de notificação obrigatória registadas a nível nacional, mais de 90% do total de casos notificados anualmente, referem-se a doenças respiratórias e digestivas.

De uma forma geral regista-se entre 2012 e 2014 uma redução das doenças de notificação obrigatória em Cabo Verde, registando-se um aumento significativo em 2015, e novamente uma redução em 2016 que se acentua em 2017. Estas oscilações traduziram-se numa diminuição do número de casos notificados anualmente de cerca de 13% de 2012 para 2017.

No que concerne à prevenção, tratamento e vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis prioritárias, o país envidou esforços no sentido do reforço das estratégias específicas, nomeadamente em relação ao VIH/SIDA, Tuberculose e Paludismo. Foram revistos e atualizados os respetivos planos estratégi-

cos e foi possível mobilizar recursos do Fundo Global com melhorias no campo da vigilância epidemiológica, diagnóstico precoce e tratamento. Estas melhorias traduziram-se na redução da incidência e prevalência da tuberculose, na manutenção da incidência do paludismo ao nível da eliminação e na taxa de transmissão vertical a 0,02%.

Em relação aos casos de afeções e doenças prioritárias notificadas, de 2014 a 2018, os dados apontam para um elevado número de casos de Doenças Diarreicas <5 anos, assim como em 5 e + anos. Também os casos de Disenteria/Diarreia c/sangue continua elevado, apesar de variações entre os anos. A hepatite continua a preocupar, assim como os novos casos de VIH+, com um ligeiro aumento nos últimos 2 anos.

Tabela 6 – Nº de casos de doenças de notificação obrigatória em Cabo Verde (2012 - 2017)

Doença	Nº de casos						Δ 2012-2017
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
IRA <5 anos	30.882	26.276	24.479	32.784	32.437	27.898	-9,7%
Síndrome gripal 5 e + anos	22.542	21.132	16.873	24.421	23.063	14.367	-36,7%
IRA 5 e + anos	16.733	15.062	14.325	21.879	22.052	18.070	8,0%
Doenças Diarreicas 5 e + anos	12.399	9.883	9.699	15.127	13.433	13.950	12,5%
Síndrome gripal <5 anos	13.244	11.202	11.011	13.975	13.367	10.874	-17,9%
Doenças Diarreicas <5 anos	15.918	11.049	9.831	14.329	12.010	13.017	-18,2%
Outras	9.694	5.721	6.390	16.574	8.729	7.765	-19,9%
Total	121.412	100.325	92.608	139.089	125.091	105.941	-12,7%

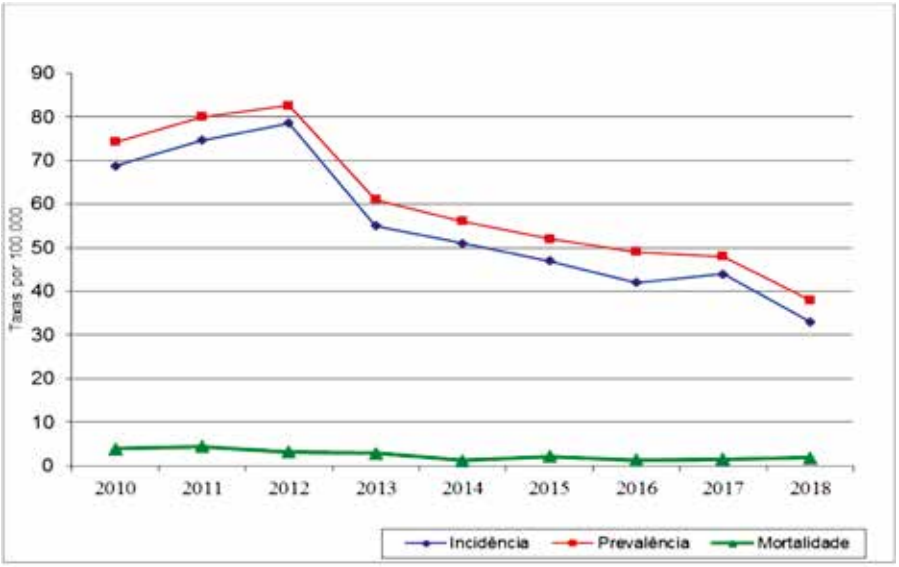
Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2017, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde.

Relatório Estatístico, 2018

Tendo em conta os programas prioritários definidos, destaca-se evolução nas seguintes áreas:

- Tuberculose: apresenta tendência decrescente nas taxas de incidência, prevalência e mortalidade (Relatório Estatístico 2018).

Gráfico 16 – Tuberculose: taxas de incidência, prevalência e mortalidade por 100.000 habitantes (2010 – 2018)

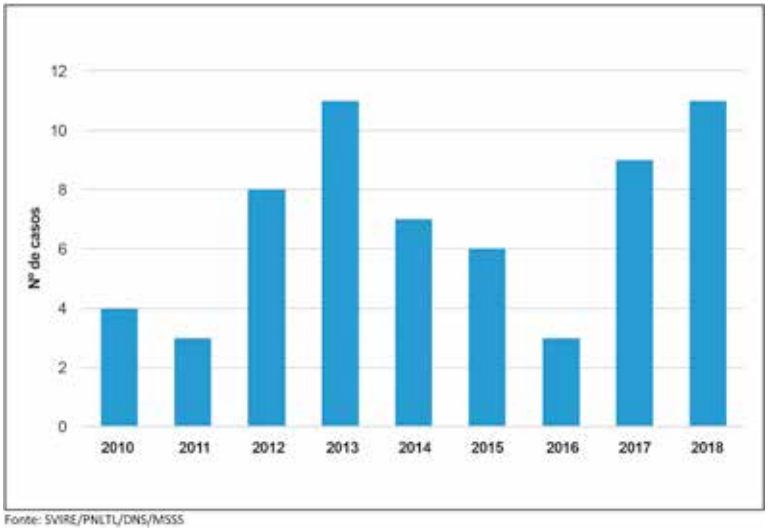


Fonte: SVIRE/PNLTL/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018

- Lepra: manteve a incidência no nível de eliminação com menos de 1 caso por dez mil habitantes. Entretanto, após ter valor tão baixo em 2016, verificou-se aumento nos anos seguintes:

Gráfico 17 – Casos de Lepra em Cabo Verde de 2010 a 2018



Fonte: SVIRE/PNLTL/DNS/MSSS

- Paludismo: mantém a incidência no nível de eliminação com menos de 1 caso por mil habitantes (0,07 em 2012, 0,09 em 2013 e 2014, 0,05 em 2015 e 0,14 em 2016). Em 2017 registou-se um surto de paludismo na Cidade da Praia, tendo sido notificados 430 casos (de 01 de janeiro a 12 de novembro) o correspondente a uma incidência de 0,80 casos por mil habitantes. Em 2018 os números de casos reduziram substancialmente:

Tabela 7 – Paludismo (autóctone e importado) – incidência e mortalidade de 2011 a 2018

Ano	População	Casos	Incidência (por 100.000)	Óbitos	Taxa mortalidade (por 100.000)	Taxa de letalidade (%)
2011	499.929	36	7,2	3	0,6	8,3
2012	505.983	36	7,1	1	0,2	2,8
2013	512.173	46	9,0	0	0,0	0,0
2014	518.467	46	8,9	1	0,2	2,2
2015	524.833	27	5,1	0	0,0	0,0
2016	531.239	75	14,1	2	0,4	2,7
2017	537.661	446	83,0	2	0,4	0,4
2018	544.081	21	3,7	0	0,0	0,0

Fonte: SVIRE/PNLP/DNS/MSSS

- VIH/SIDA: ao longo dos anos, tem-se verificado um ligeiro aumento das taxas de deteção de novos casos de VIH, novos casos de SIDA e mortalidade:

Tabela 8 – Alguns Indicadores VIH-Sida em Cabo Verde

Indicadores	Pessoas com deficiência (2018)	Usuários de drogas (2017)	Trabalhadoras de sexo (2017)	Homens que fazem sexo com homens (2017	População geral (≥15 anos) (2005, 2012)	Fonte
Prevalência do VIH	2,3%	3,1%	4,6%	6,1%	0.8%	CCS-SIDA /INE, MS
– Feminino	1,7%	4,2%	4,6%	-	1.1%	
– Masculino	3,5%	3,1%	-	6,1%	0,4%	
População que já ouviu falar de VIH/SIDA	89,4%	98,8%	98%	98,8%	99%	CCS-SIDA /INE, MS
– Feminino	91%	98,2%	98%	-	99,9%	
– Masculino	89,4%	98,6%	-	98,8%	99,8%	
Conhecimento correto e rejeição de crenças erradas	47,5%	25,2%	45,1%	50,8%	56,7%	CCS-SIDA /INE, MS
– Feminino	49,0%	37,5%	45,1%	-	63,6%	
– Masculino	44,7%	24,5%	-	50,8%	49,7%	

Indicadores	Pessoas com deficiência (2018)	Usuários de drogas (2017)	Trabalhadoras de sexo (2017)	Homens que fazem sexo com homens (2017	População geral (≥15 anos) (2005, 2012)	Fonte
Percentagem que declarou ter relações sexuais por troca de dinheiro/recompensa	9,9%	22,4%	90%	79,2%	4,5%	CCS-SIDA /INE, MS
– Feminino	6,4%	23,3%	90%	-	-	
– Masculino	16,1%	29,3%	-	79,2%	4,5%	
Percentagem que já fez teste e recebeu resultado nos últimos 12 meses	33,9%	37,1%	45,1%	50%	35,6%	CCS-SIDA /INE, MS
– Feminino	32,3%	47,4%	45,1%	-	47,3%	
– Masculino	39,2%	36,1%	-	-	27,8%	

CCS-Sida, Estudo Bio Comportamental (2018), p2.

Segundo o estudo da CCS-Sida (2018, pp15-16), a maioria das PcDs do estudo (85,8%) já tiveram relação sexual, usam preservativo, conhecem as formas de transmissão e que é possível proteger contra VIH/Sida, apesar de existirem algumas crenças e conceitos erróneos. A participação em atividades de prevenção é baixa entre as PcDs, uma vez que as instituições promotoras desses eventos não estão sensibilizadas para as necessidades dessa população e nem tão pouco as atividades têm como grupo-alvo as PcDs. Os meios de comunicação social, como a televisão e a rádio, bem como pessoal da saúde figuram como as principais fontes de informação sobre o preservativo.

Os dados da pesquisa qualitativa revelam que uma parte considerável das PcDs têm algum conhecimento dos projetos, programas de prevenção de VIH/Sida implementados pelo Estado de Cabo Verde. As PcDs conhecem o CCS-SIDA, sabem das campanhas de sensibilização que se vão fazendo; o ARV (Antiretroviral), a distribuição de preservativos nos Centros de Saúde; o Programa radiofónico (vida sem Sida); as feiras de saúde; política de sigilo, etc. As pessoas com deficiência auditivas são as que menos conhecem os programas governamentais na área do VIH pelas dificuldades de comunicação, sobretudo em ler textos escritos, com linguagem muito técnicas. Cerca de 80,0% das PcDs inquiridas, nunca participaram em atividades de prevenção do VIH/Sida e dentre as que participaram 96,3% afirmaram que essa participação permitiu-lhes melhor compreender o que é o SIDA e como melhor se proteger. Isso reforça que em todos os concelhos, há uma enorme necessida-

de de se reforçar o trabalho de sensibilização para a prevenção do VIH/Sida entre as PcDs, podendo ser as OPDs um importante instrumento, pela sua capacidade de advocacy.[77]

Num total de 307 (45%) de PcDs dentre as inquiridas, responderam já ter sofrido algum tipo de violência, sendo 14,4% verbal, 10,4% físico e 4,7% económica. São também os tipos de violência perpetuados, mostrando a realidade da violência no seio das PcDs e a necessidade de ações urgentes que impeçam definitivamente esses casos. Os casos de violência acontecem predominantemente na vizinhança (31,2%), no agregado familiar (28,0%) e na rua (17,2%), o que talvez justifique a falta de ação diante esses casos, uma vez que 53,8% das que já sofreram violência relataram nada ter feito após o último caso de violência. Os dados revelam que 14,5% das PcD dentre a população inquirida não estavam de acordo com a primeira relação sexual, sendo portanto uma situação de abuso sexual, afetando mais mulheres do que os homens. Durante os grupos focais, notou-se que as mulheres são as que mais sentem esta pressão, com mais frequência e as que mais sofrem violência física, psicológica e sexual. Violência verbal, *bullying* e recusa na prestação de serviços, são outros tipos de violência, estigmatização e discriminação sofridas pelas PcDs inquiridas.

Tabela 9 – Evolução das taxas de deteção de novos casos de VIH, SIDA e mortalidade de 2008 a 2018

Ano	N.° casos novos de infecção VIH				N.° casos novos de SIDA				N.° de óbitos		
	Masculino	Feminino	N/ Inform.	Total	Masculino	Feminino	N/ Inform.	Total	Masculino	Feminino	Total
2008	116	159	1	276	48	47	1	96	39	22	61
2009	138	178	3	319	47	46	0	93	44	30	74
2010	176	223	12	411	24	28	0	52	38	27	65
2011	163	236	0	399	51	50	0	101	40	20	60
2012	161	187	3	351	70	75	0	145	51	28	79
2013	171	276	0	447	75	65	0	140	47	37	84
2014	179	230	0	409	75	52	2	129	39	36	75
2015	187	206	0	393	77	60	0	137	44	33	77
2016	236	244	0	480	90	80	0	170	53	43	96
2017	250	230	0	480	93	72	0	165	52	36	88
2018	241	262	0	503	101	86	5	192	81	52	133

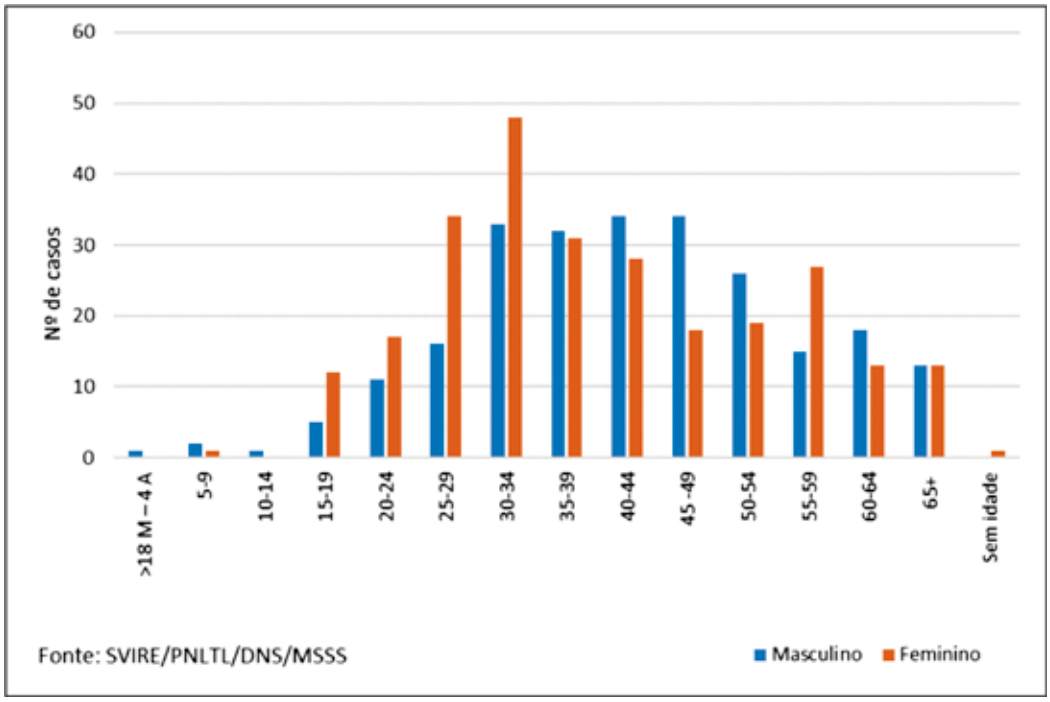
Fonte: SVIRE/PLS/DNS/MSSS

77 CCS-Sida (2018, p16).

- Poliomielite: Cabo Verde foi declarado país livre do vírus da Poliomielite em novembro de 2016.

- Vírus Zika: Cabo Verde registou um surto de infeção por vírus Zika entre 2015 e 2016, com mais de 7 mil casos notificados.

Gráfico 18 – Infeção por VIH – Casos notificados por grupo etário e género, 2018



Relatório Estatístico, 2018, P60

Relativamente à infeção pelo VIH, casos notificados por grupo etário e género, nota-se que há mais infeções detetadas em mulheres, em praticamente todas as faixas etárias. Provavelmente, isso deve-se ao facto de as mulheres passarem por mais controlo (consultas pré-natais) e autocontrolo, do que os homens, o que aumenta a deteção dos casos.

Tabela 10 – Evolução da infeção VIH-SIDA, 2008 a 2018

Ano	N.° casos novos de infecção VIH				N.° casos novos de SIDA				N.° de óbitos		
	Masculino	Feminino	N/ Inform.	Total	Masculino	Feminino	N/ Inform.	Total	Masculino	Feminino	Total
2008	116	159	1	276	48	47	1	96	39	22	61
2009	138	178	3	319	47	46	0	93	44	30	74
2010	176	223	12	411	24	28	0	52	38	27	65
2011	163	236	0	399	51	50	0	101	40	20	60
2012	161	187	3	351	70	75	0	145	51	28	79
2013	171	276	0	447	75	65	0	140	47	37	84
2014	179	230	0	409	75	52	2	129	39	36	75
2015	187	206	0	393	77	60	0	137	44	33	77
2016	236	244	0	480	90	80	0	170	53	43	96
2017	250	230	0	480	93	72	0	165	52	36	88
2018	241	262	0	503	101	86	5	192	81	52	133

Fonte: SVIRE/PLS/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018

Verifica-se, de 2008 a 2018, que **o número de casos novos de infeção por VIH é maior nas mulheres que homens**, como já foi frisado, provavelmente pelo facto de as mulheres visitarem mais vezes as estruturas de saúde, mais do que os homens. O facto de estes não irem com frequência ao médico pode ter consequências **no maior número de casos novos de sida nos homens, mais do que nas mulheres, assim como no número de óbitos**. O cuidado e o controlo feitos pelas mulheres fazem com que controlem melhor as doenças e façam os tratamentos de forma mais correta e de acordo com as orientações médicas.

Tabela 11 – Gravidez em menores de 17 anos nas consultas Pré-natais, por Concelho, 2014 a 2018

Concelhos	% grávidas < 17 anos				
	2014	2015	2016	2017	2018
Ribeira Grande	7,9	5,1	6,2	6,2	7,1
Paul	6,0	4,0	5,6	6,8	5,9
Porto Novo	5,9	3,9	8,8	8,3	8,1
São Vicente	4,1	5,2	4,2	5,0	4,8
Ribeira Brava	6,3	4,3	8,7	4,5	2,2
Tarrafal de São Nicolau	6,9	12,3	5,7	7,8	9,0
Sal	3,5	2,9	4,5	3,5	3,9
Boavista	2,8	1,4	3,3	2,2	4,0
Maio	3,5	5,1	3,8	2,3	5,0
Praia	3,2	3,5	3,9	3,4	3,4
Ribeira Grande Santiago	8,3	6,4	8,2	8,1	10,7
São Domingos	6,3	4,5	6,3	5,9	5,2
Santa Cruz	4,7	6,3	8,3	5,9	6,7
São Lourenço Órgãos	7,1	3,0	4,7	4,6	2,4
Santa Catarina Santiago	4,6	5,5	3,7	4,9	5,0
São Salvador Mundo	2,8	5,8	1,8	1,8	5,0
São Miguel	3,4	1,9	3,6	3,9	4,4
Tarrafal	1,8	2,4	2,2	3,7	3,4
São Filipe	4,6	4,2	4,6	8,5	4,4
Santa Catarina do Fogo	7,1	7,1	2,2	6,9	4,1
Mosteiros	3,3	3,3	3,4	7,0	2,4
Brava	7,2	6,7	4,9	5,2	3,5
CABO VERDE	**4,1**	**4,1**	**4,3**	**4,5**	**4,4**

Fonte: SAISCAMH /SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, P81

Relativamente à Gravidez em menores de 17 anos nas consultas Pré-natais, por Concelho, focando em 2018, por exemplo, verifica-se que as localidades como Ribeira Grande de Santiago (10,7), Porto Novo (8,1) e Ribeira Grande de Santo Antão (6,7) estão muito acima da média nacional (4,4).

8.4. Fecundidade nas Mulheres (15-49 anos)

Tabela 12 – Gravidez na adolescência por concelho, 2018

Concelhos	% grávidas < 17 anos				
	2014	2015	2016	2017	2018
Ribeira Grande	7,9	5,1	6,2	6,2	7,1
Paul	6,0	4,0	5,6	6,8	5,9
Porto Novo	5,9	3,9	8,8	8,3	8,1
São Vicente	4,1	5,2	4,2	5,0	4,8
Ribeira Brava	6,3	4,3	8,7	4,5	2,2
Tarrafal de São Nicolau	6,9	12,3	5,7	7,8	9,0
Sal	3,5	2,9	4,5	3,5	3,9
Boavista	2,8	1,4	3,3	2,2	4,0
Maio	3,5	5,1	3,8	2,3	5,0
Praia	3,2	3,5	3,9	3,4	3,4
Ribeira Grande Santiago	8,3	6,4	8,2	8,1	10,7
São Domingos	6,3	4,5	6,3	5,9	5,2
Santa Cruz	4,7	6,3	8,3	5,9	6,7
São Lourenço Órgãos	7,1	3,0	4,7	4,6	2,4
Santa Catarina Santiago	4,6	5,5	3,7	4,9	5,0
São Salvador Mundo	2,8	5,8	1,8	1,8	5,0
São Miguel	3,4	1,9	3,6	3,9	4,4
Tarrafal	1,8	2,4	2,2	3,7	3,4
São Filipe	4,6	4,2	4,6	8,5	4,4
Santa Catarina do Fogo	7,1	7,1	2,2	6,9	4,1
Mosteiros	3,3	3,3	3,4	7,0	2,4
Brava	7,2	6,7	4,9	5,2	3,5
CABO VERDE	**4,1**	**4,1**	**4,3**	**4,5**	**4,4**

Fonte: SAISCAMH /SVIRE/DNS/MSSS

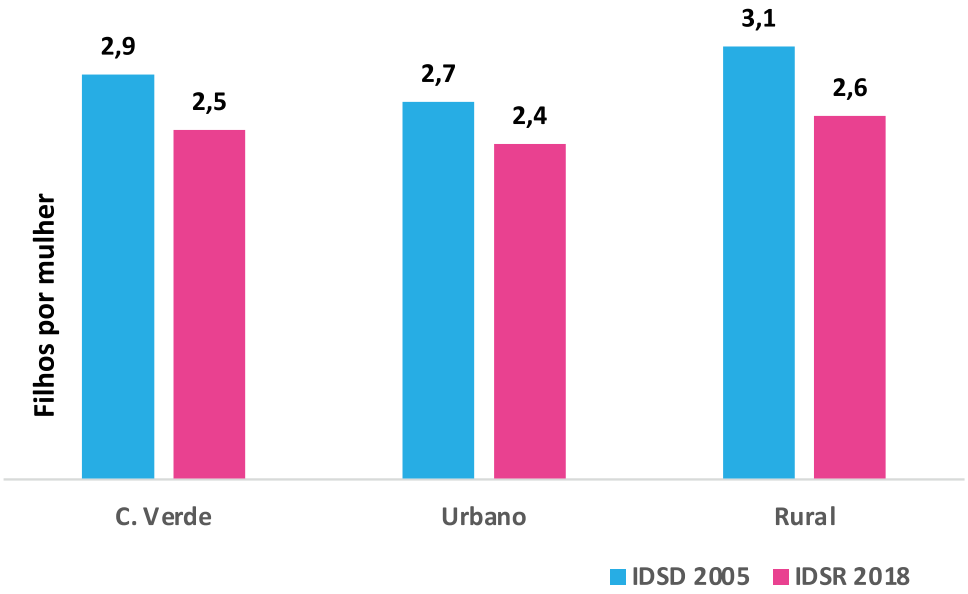
Relatório Estatístico, 2018, P83

No que concerne aos dados sobre a Gravidez na adolescência por concelho, notamos que do total de grávidas em Cabo Verde em 2018 (9.593), **13,9% estava na faixa etária 17-19 anos** que correspondem a 1.333 casos; **3,9% na faixa etária 15-16 anos (3,9%)** correspondente a 375 casos, e **0,5% na faixa etária 10-14 anos**, correspondente a 44 casos.

Os dados dos IDSR III (2018) mostram que de 2005 a 2018, a fecundidade das mulheres cabo-verdianas diminuiu significativamente: O *ISF* passou de 2,9 crianças em média, por mulher, em 2005, para 2,5 crianças em média, por mulher, em 2018, ou seja uma baixa de 14%.

Essa diminuição da fecundidade é relativamente mais acentuada no meio rural (ISF de 3,1 crianças em 2005 contra 2,6 em 2018, ou seja, uma baixa de 16%) em relação ao meio urbano (ISF de 2,7 crianças em 2005 contra 2,4 em 2018, uma baixa de 11%).

Gráfico 19 – Fecundidade do momento por meio de residência: IDSR-2005 e IDSR-2018

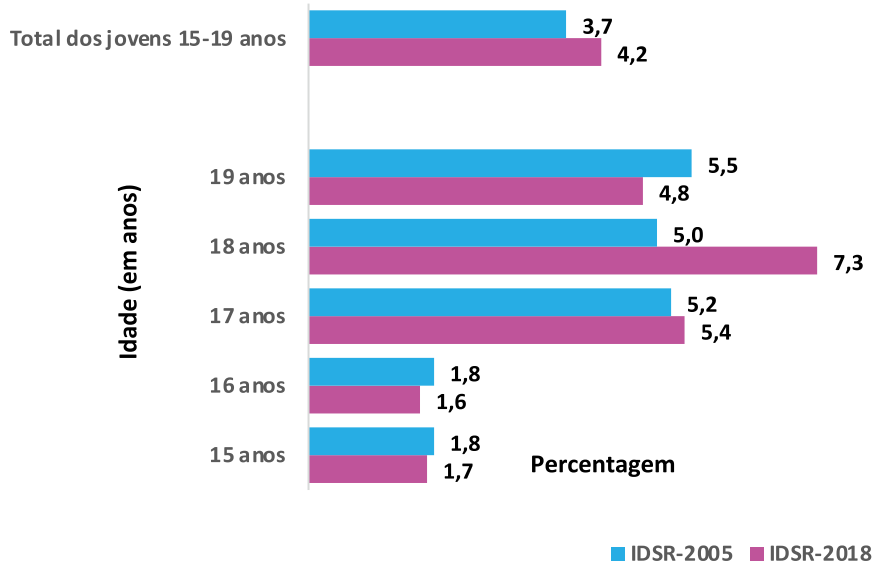


Fonte IDSR- 2018

Por outro lado, nota-se que 4,2% entre elas (jovens 15-19 anos) estava grávida do primeiro filho, no momento do inquérito, com um aumento de 0,5 pontos percentuais em relação a 2005.

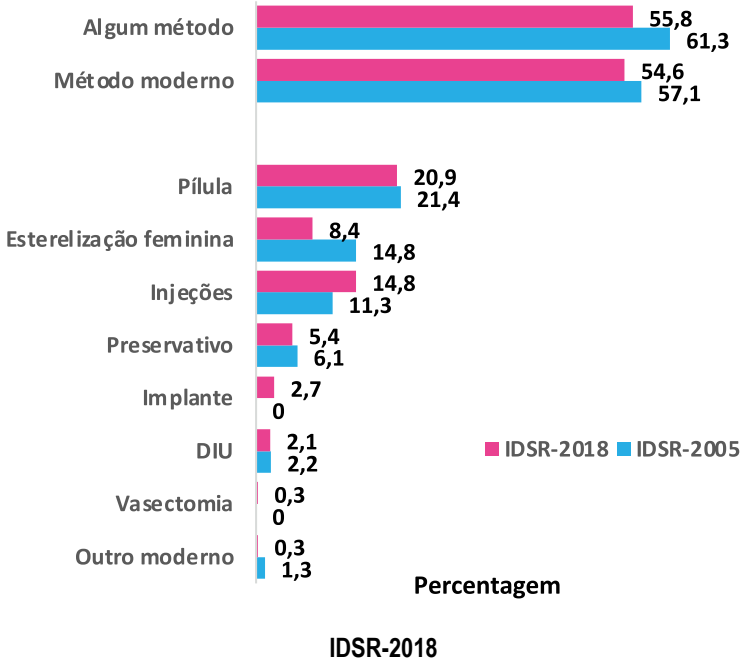
Salienta-se, particularmente, uma maior proporção de jovens grávidas a partir dos 17 anos, sendo mais acentuada nas meninas de 18 anos de idade (7,3%), como se pode ver pelo gráfico abaixo.

Gráfico 20 – Proporção das adolescentes (15-19 anos) que declararam estar grávidas do 1º filho, no momento do inquérito (IDSR-2005 e IDSR-2018)



Contraceção

Gráfico 21 – Utilização da contraceção no momento do inquérito, pelas mulheres em união (IDSR- 2005 e IDSR-2018)



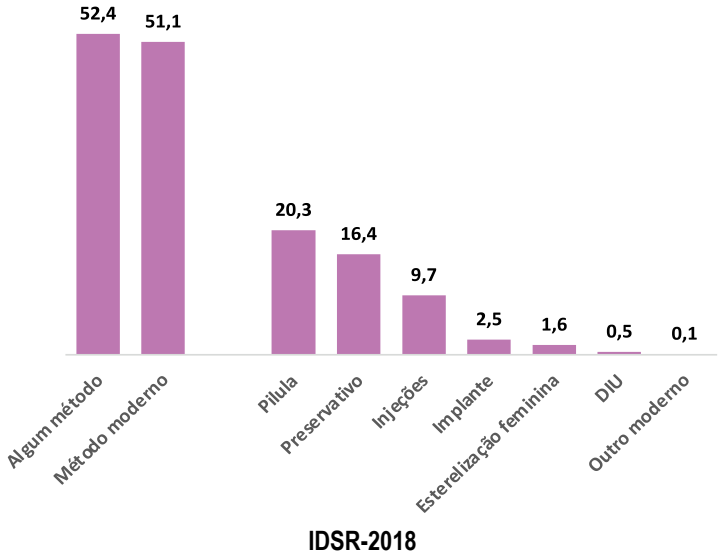
Dos principais resultados preliminares do IDSR-2018, observa-se uma ligeira diminuição da utilização da contraceção moderna nas mulheres, em relação ao IDRS-2005 (de 57,1% para 54,6%). A mais importante baixa reside na esterilização feminina (14,8% em 2005 contra 8,4% em 2018). A utilização de preservativo masculino diminuiu ligeiramente (de 6,1% em 2005 para 5,4% em 2018). O uso da pilula pouco mudou entre os dois inquéritos (21,4% em 2005 e 20,9% em 2018). A percentagem de utilizadoras de injeções aumentou (11,3% em 2005 e 14,8% em 2018). A utilização do implante aparece neste inquérito (2,7%); era nula em 2005.

Método	2005	2018
Algum método	61.3	55.8
método moderno	57.1	54.6
Pilula	21.4	20.9
Esterilização feminina	14.8	8.4
Injeções	11.3	14.8
Preservativo Masculino	6.1	5.4
DIU	2.2	2.1
Implante	0	2.7
Vasectomia	0	0.1
Outro moderno	1.3	0.3
Método tradicional	4.3	1.1
Abstinência periódica	1.9	0.5
Coito interrompido	2.2	0.5
Outro tradicional	0.1	0.1

IDSR III, 2018

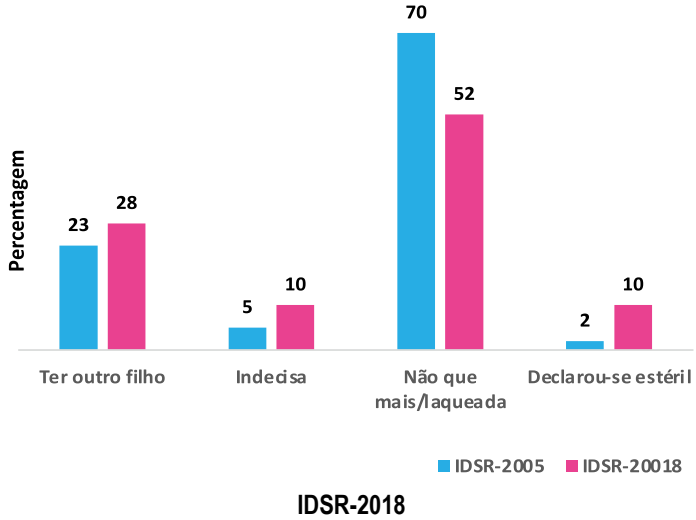
Para os métodos tradicionais, o nível de utilização baixou entre os dois inquéritos: em 2005, era de 4,3%, e em 2018, é de apenas 1,1%. A percentagem de utilização do "*coito interrompido*" passou de 2,2% em 2005 para 0,5% em 2018. Igualmente, o nível de utilização da "*abstinência periódica*" baixou de 1,9% em 2005 para 0,5% em 2018.

Gráfico 22 – Utilização da contraceção no momento do inquérito, pelas mulheres não unidas (IDSR-2018)



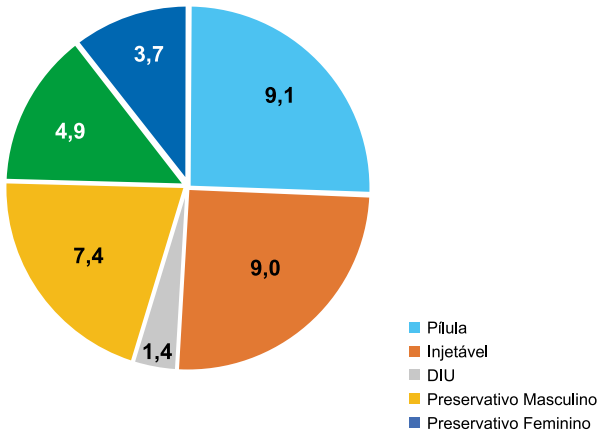
Segundo os dados do ISDR III, à imagem das mulheres em união, mais de metade (51%) das mulheres não-unidas utiliza um método moderno de contraceção. A pilula é o método que mais utilizam (20,3%), seguido de preservativos (masculino 16,3% e feminino 0,1%). Nota-se uma proporção similar da utilização do implante, em relação às suas congéneres que vivem em união (2,5% contra 2,7%).

Gráfico 23 – Preferência de fecundidade das mulheres 15-49 anos unidas (IDSR-2005 e IDSR-2018)



Quanto à preferência de fecundidade, a maioria das mulheres em união não deseja ter filhos ou mais filhos (incluindo as mulheres laqueadas): 70% em 2005 e 52% em 2018. Relativamente às mulheres que declararam ser *estéreis* ou *infecundas*, as proporções são de 2% em 2005 e de 10% em 2018. A proporção de mulheres que deseja ter um (*outro*) filho aumentou ligeiramente entre 2005 e 2018 (passou de 23 % para 28 %). Enfim, a proporção de mulheres que não sabem se desejam ou não um (*outro*) filho aumentou igualmente (de 5% em 2005 para 10% em 2018).

Gráfico 24 – Distribuição da Prevalência contracetiva por método (%), 2018



Fonte: SAISCAMH /SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, p92

Gráfico 25 – Partos assistidos por profissionais qualificados (médicos e enfermeiros), 2014 a 2018

Ano	Nascimento	Parto assistido	(%)
2014	10.613	10.145	95.6
2015	10.636	9.602	90.3
2016	10.629	9.839	92.6
2017	10.598	9.789	92.4
2018	10.544	9.800	92.9

Fonte: Relatórios das DS, HR e HC, Projeções Demográficas INE

Relatório Estatístico, 2018, P95

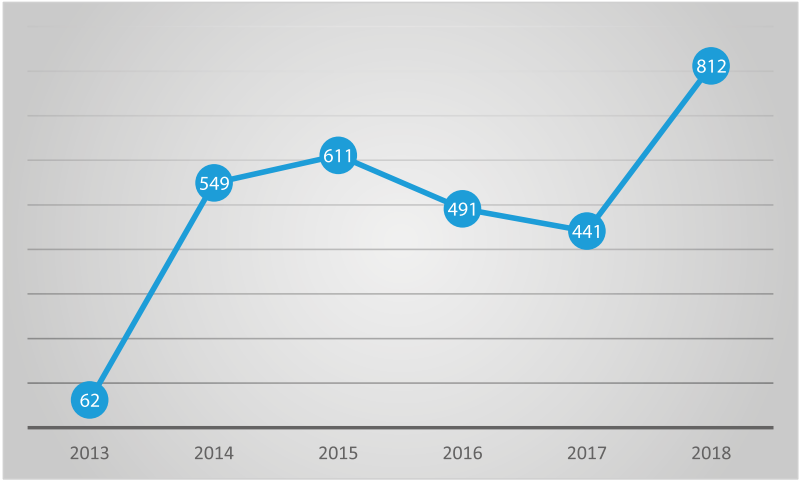
Os dados apontam para **um número considerável de partos que ainda não são assistidos por profissionais qualificados (médicos e enfermeiros).** Em 2018, dos 10.544 partos, somente 92,9% foram assistido por especialistas. Quer dizer que **cerca de 744 partos foram feitos sem a presença dos técnicos qualificados para tal.**

8.5. Telemedicina

A telemedicina afigura-se como um recurso de elevado interesse num país arquipelágico, onde os recursos especializados são ainda escassos e concentrados nas unidades hospitalares com maior nível de diferenciação. A atividade de telemedicina registou um crescimento elevado nos primeiros anos da sua implementação, tendo-se verificado um abrandamento em 2016 e 2017, não tendo sido ainda evidente o impacto favorável da telemedicina no número de evacuações de doentes entre ilhas.

Em 2018, verificou-se um esforço de consolidação e reforço da atividade de telemedicina, visando retomar o aumento da atividade e ampliar a utilização dos meios disponibilizados, quer nas consultas e nalguns exames guiados remotamente, quer na formação dos profissionais, contribuindo de forma efetiva para a melhoria do acesso da população aos cuidados e redução do nível das evacuações de doentes. Em 2017, registou-se um maior volume de teleconsultas nas ilhas com menor cobertura de unidades hospitalares (Relatório Estatístico, 2018, p96).

Gráfico 26 – Evolução das Teleconsultas, 2013 a 2018

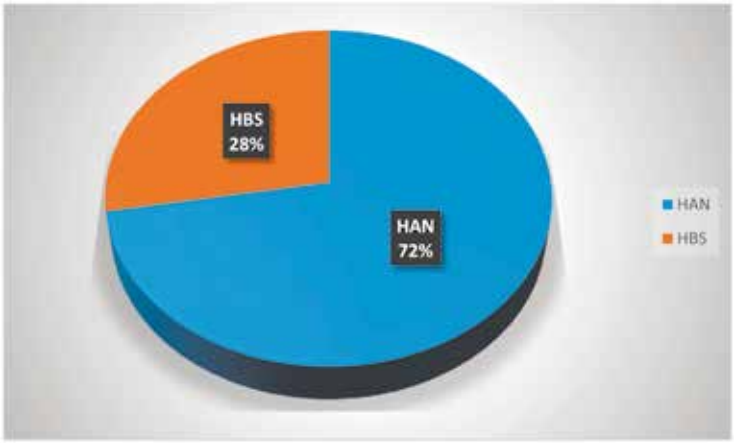


Fonte: Relatório do Programa Nacional de Telemedicina/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, P97

A Teleconsulta cresceu consideravelmente em Cabo Verde, passando de 62 em 2013 para 812 em 2018. É uma forma de fazer chegar a especialização a todas as ilhas de Cabo Verde, valorizando o princípio de 'igualdade' no acesso a consultas especializadas.

Gráfico 27 – Distribuição das Teleconsultas por Centro de Referência, 2018

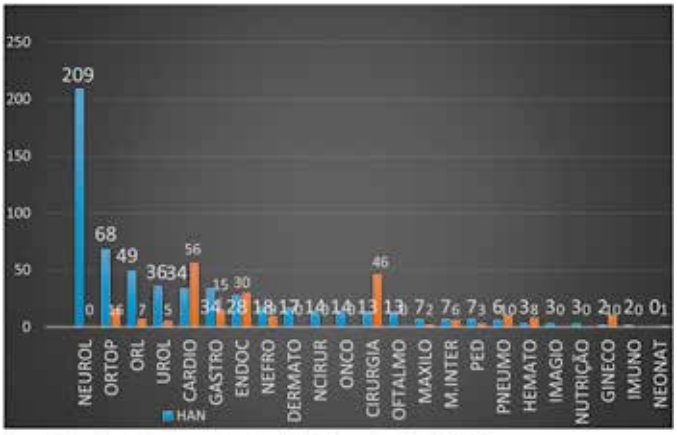


Fonte: Relatório do Programa Nacional de Telemedicina/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018P97

Os dados apontam que as teleconsultas são mais procuradas no Centro do Hospital Agostinho Neto, 72% do que no do Hospital Baptista de Sousa.

Gráfico 28 – Teleconsultas por Especialidades no Hospital Dr. Agostinho Neto e Dr. Baptista de Sousa, 2018

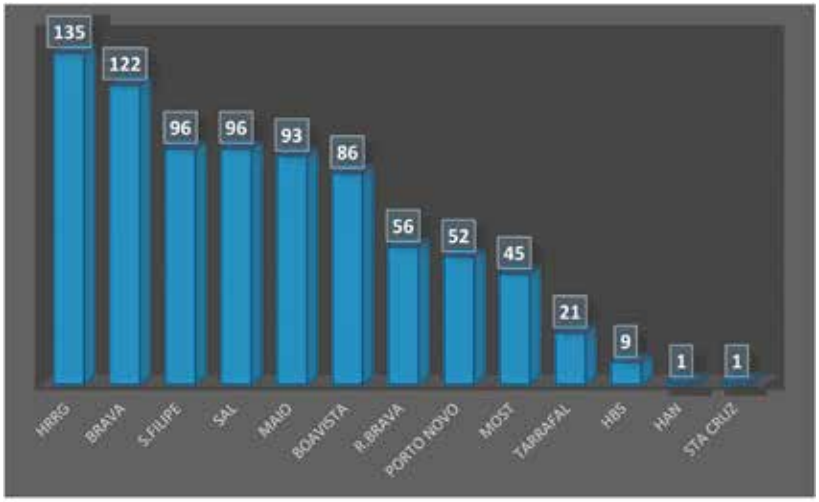


Fonte: Relatório do Programa Nacional de Telemedicina/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, P98

Nota-se que as consultas de Neurologia e Ortopedia são as mais procuradas no Hospital Dr. Agostinho Neto, enquanto as consultas de Cardiologia e Cirurgia foram as mais procuradas no Hospital Dr. Baptista de Sousa.

Gráfico 29 – Total de Teleconsultas por Núcleo solicitante, 2018



Fonte: Relatório do Programa Nacional de Telemedicina/DNS/MSSS

A telemedicina/teleconsultas permite a descentralização da especialização, colocando os pacientes/utentes em contacto com os especialistas que, normalmente, não estão acessíveis presencialmente.

8.6. Doação de Sangue e de Leite Humano

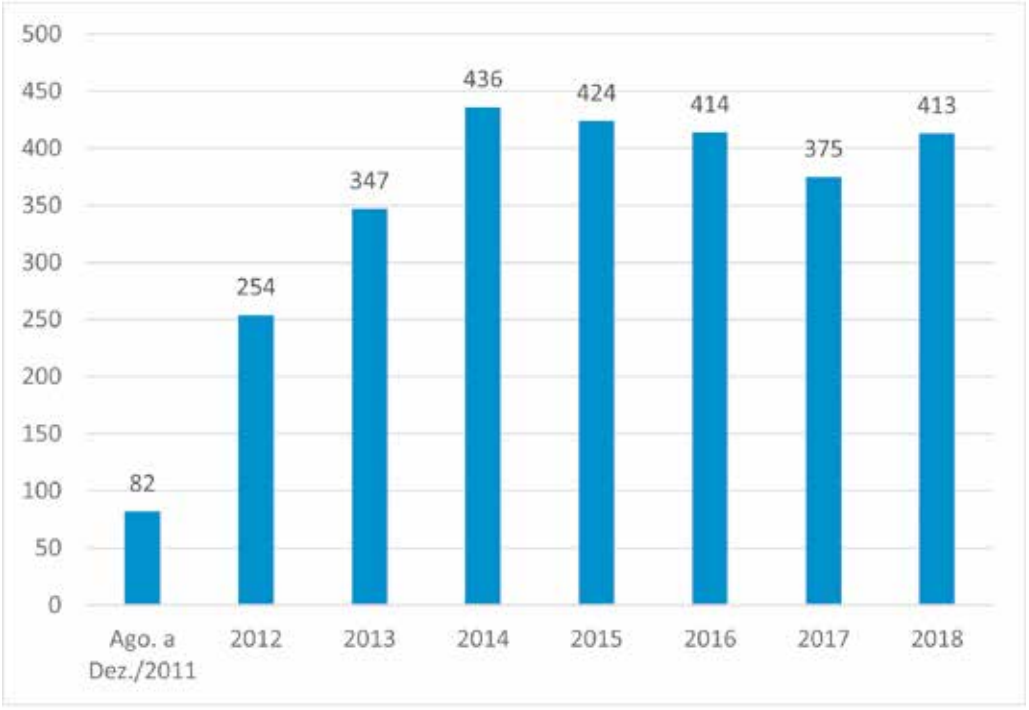
Tabela 13 – Segurança Transfusional, 2018

INDICADORES	HAN	HBS	HRSN	HRJM	HRRF	HRSFA	Nº	%
Nº de dadores								
Nº de dádiva total	**1.590**	**853**	**450**	**151**	**169**	**139**	**3.352**	
Nº de dádiva voluntária (espontânea)	799	853	201	151	169	119	2.292	**68,4**
Nº de dádiva dirigida (familiar)	791	0	249	0	0	20	1.060	**31,6**
Nº de dádiva Hospital	1.338	833	298	151	169	111	2.900	**86,5**
Nº de dádiva brigada	252	20	152	0	0	28	452	**13,5**
Nº dádiva sexo masculino	1.129	487	315	100	130	89	2.250	**67,1**
Nº dádiva sexo feminino	461	366	135	51	39	50	1.102	**32,9**
Faixa etária dos dadores de 18 aos 24 anos	550	184	144	31	11	32	952	**28,4**
Faixa etária dos dadores 25 aos 44 anos)	913	580	290	103	128	99	2.113	**63,0**
Faixa etária dos dadores 45 aos 64 anos)	127	89	16	17	30	8	287	**8,6**
Faixa etária dos dadores ≥ 65 anos	0	0	0	0	0	0	0	**0,0**
Dadores novos (doa pela 1ª vez)	**780**	**163**	**298**	**24**	**30**	**55**	**1.350**	**44,5**

Relatório Estatístico, 2018, P100

A doação de sangue pode ser considerada um ato de cidadania em saúde. Nota-se que **os doadores masculinos são em maior número do que os femininos**. O maior número dos doadores está na faixa etária dos 25 aos 44 anos.

Gráfico 30 – Doadores de Leite humano, dezembro 2011 a 2018



Fonte: Sistema de Informação do Banco de Leite Humano CV/HAN

Relatório Estatístico, 2018, P106

Os doadores do leite humano têm aumentado consideravelmente desde 2011. Mesmo assim há espaço para aumentar mais doadores. É preciso avaliar o trabalho de divulgação e sensibilização do banco do leite nos hospitais centrais.

8.7. Diabetes e Hipertensão

Tabela 14 – Casos de Diabetes e Prevalência notificados por Delegacia de Saúde, 2017 e 2018

Delegacia de Saúde	População		Total de casos em registo		Taxa de Prevalência por 100.000	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Ribeira Grande	16.347	16.034	557	597	3.41	3,72
Paul	5.789	5.648	451	665	7,79	11,77
Porto Novo	17.188	17.068	374	482	2.18	2,82
São Vicente	82.680	83.468	1.780	1.904	2,15	2,28
São Nicolau	12.260	12.182	409	612	3,34	5,02
Sal	36.769	38.246	179	187	0,49	0,49
Boavista	16.621	17.708	336	372	2,02	2,10
Maio	7.111	7.215	137	257	1,93	3,56
Praia	167.508	171.302	4636	5.127	2,77	2,99
São Domingos	14.103	14.135	237	248	1,68	1,75
Santa Cruz	33.223	33.090	114	135	0,34	0,41
Santa Catarina	54.553	54.957	520	624	0,95	1,14
São Miguel	14.299	14.121	109	182	0,76	1,29
Tarrafal	18.217	18.172	478	532	2,62	2,93
São Filipe	26.106	25.927	211	190	0,81	0,73
Mosteiros	9.310	9.286	90	93	0,97	1,00
Brava	5.579	5.521	253	324	4,53	1,25
TOTAL	**537.661**	**544.081**	**10.871**	**12.531**	**2,02**	**2,30**

Fonte: PPDHA/SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, P102

Em relação ao número de casos de Diabetes e Prevalência notificados por Delegacia de Saúde, 2017 e 2018, nota-se um crescimento muito elevado e preocupante no concelho do Paúl, onde a taxa de prevalência, por 100.000 habitantes cresceu de 7,79% para 11,77% de 2017 para 2018.

Tabela 15 – Casos de Hipertensão Arterial e Prevalência notificados por Delegacia de Saúde, 2017 e 2018

Delegacia de Saúde	População		Total de casos em registo		Taxa de Prevalência por 100.000	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
Ribeira Grande	16.347	16.034	956	987	5,85	6,16
Paul	5.789	5.648	1.112	1.188	19,21	21,03
Porto Novo	17.188	17.068	1.224	1.080	7,12	6,33
São Vicente	82.680	83.468	3.575	3.800	4,32	4,55
São Nicolau	12.260	12.182	2.722	2.882	22,20	23,66
Sal	36.769	38.246	647	754	1,76	1,97
Boavista	16.621	17.708	827	919	4,98	5,19
Maio	7.111	7.215	631	620	8,87	8,59
Praia	167.508	171.302	14.230	12.612	8,50	7,36
São Domingos	14.103	14.135	978	1.006	6,93	7,12
Santa Cruz	33.223	33.090	3.601	1.864	10,84	5,63
Santa Catarina	54.553	54.957	1.441	1.791	2,64	3,26
São Miguel	14.299	14.121	394	672	2,76	4,76
Tarrafal	18.217	18.172	683	582	3,75	3,20
São Filipe	26.106	25.927	660	831	2,53	3,21
Mosteiros	9.310	9.286	614	622	6,60	6,70
Brava	5.579	5.521	666	617	11,94	11,18
TOTAL	**537.661**	**544.081**	**34.961**	**32.827**	**6,50**	**6,03**

Fonte: PPDHA /SVIRE/DNS/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, P103

A taxa de prevalência por 100.000 habitantes no concelho do Paul (21,03), em São Nicolau 23,66, e na ilha da Brava, 11,18 estão muito acima da média nacional, nos casos de Paul e São Nicolau é três vezes superior à média nacional.

8.8. Evacuações Internas e Externas

Tabela 16 – Distribuição das camas por serviço nos Hospitais Centrais, 2018

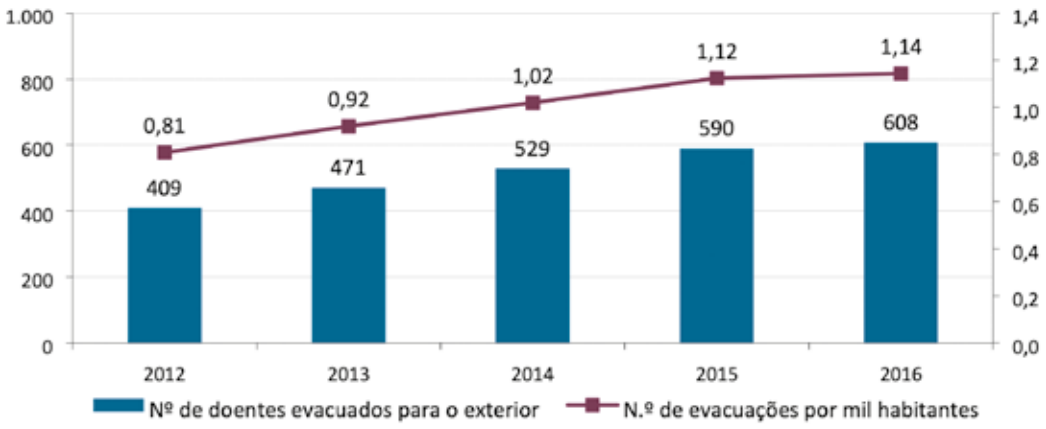
Serviços	HAN N.° Camas	HBS N.° Camas	Total N.° Camas
Medicina	28	38	66
Pediatria	60	28	88
Ginecologia	23	36	59
Obstetrícia	32		32
Neonatologia	20	3	23
Cirurgia Geral	60	39	99
Orto -Traumatologia	58	22	80
Psiquiatria	40	08	48
Tisiologia	...	13	13
U.C.E.	...	3	6
Quartos particulares	...	10	10
Puerpério	32	...	32
Total	**353**	**200**	**553**

Fonte: Relatórios de Hospital Dr. Agostinho Neto e Hospital Dr. Baptista Sousa

Relatório Estatístico, 2018, p111

As evacuações de doentes inter-ilhas e sobretudo para o exterior do país constituem uma prestação de cuidados de saúde com um peso social e financeiro elevado.

Gráfico 31 – Número de doentes evacuados para o exterior (2012-2016)



Fonte: SVIRE/DNS/MSSS – Relatório Estatístico 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde (p47)- R.E, 2018

O aumento de cerca de 200 doentes evacuados para o exterior, de 2012 a 2016, refere-se essencialmente a cirurgia cardíaca, com mais cerca de 60 doentes, a oftalmologia e a oncologia, cada uma das especialidades com um aumento anual de cerca de 50 doentes.

Evacuações Internas

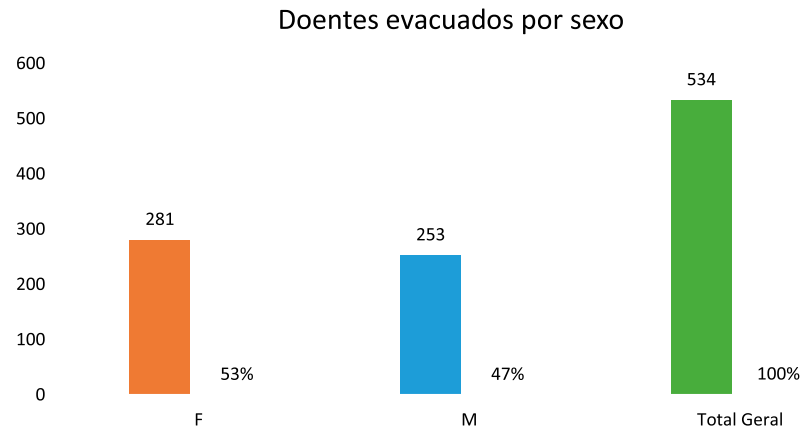
Analisando as evacuações para os hospitais centrais verifica-se o seguinte:

- ✓ A população das ilhas do Maio, Fogo e Brava é praticamente toda encaminhada para o HAN;
- ✓ A população das ilhas do Sal e Boavista é encaminhada para o HBS e para o HAN, sendo a maior percentagem encaminhada para o HAN;
- ✓ A população de São Nicolau é também encaminhada para os 2 HC, sendo uma maior percentagem encaminhada para o HBS;
- ✓ A população de Santo Antão é praticamente toda encaminhada para o HBS. Adicionalmente verifica-se que as ilhas que encaminham mais doentes para o HBS registam uma maior percentagem de evacuações urgentes face às restantes ilhas. Na ilha de Santiago os encaminhamentos referem-se praticamente apenas a doentes urgentes.

Relativamente aos motivos das evacuações internas não urgentes, e apesar da escassez de informação exaustiva e sistematizada sobre as causas das evacuações, é possível identificar algumas tendências, nomeadamente as seguintes:

- ✓ Elevado volume de evacuações para realização de exames programados, podendo nas ilhas sem hospital, ultrapassar os 25% dos doentes evacuados, para exames como ecografia, mamografia e endoscopia, entre outros;
- ✓ A ortotraumatologia, cardiologia, cirurgia e otorrinolaringologia são as especialidades com maior volume, correspondendo a mais de 50% do total dos doentes não urgentes evacuados. O principal fluxo de evacuações urgentes incide nas especialidades de ortotraumatologia, ginecologia/obstetrícia e cirurgia.

Gráfico 32 – Doentes evacuados por género em 2018



Fonte: Serviço de Apoio a Gestão /DGPOG/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, P124

No que concerne às evacuações, nota-se que as mulheres são mais evacuadas (53%) do que os homens (47%), o que poderá estar relacionado com o facto de as mulheres se consultarem mais vezes que os homens e levarem mais a sério o tratamento médico.

Tabela 17 – Doentes evacuados para exterior por faixa etária, ano de 2018

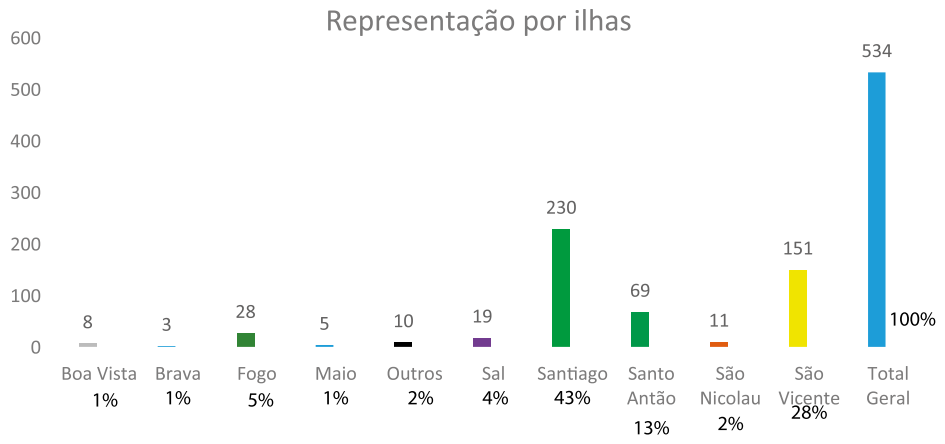
Grupos de etário	Nº de doentes	Proporção faixa etária
[0 a 11 Anos]	81	15%
[12 a 17 Anos]	27	5%
[18 a 25 Anos]	31	6%
[26 a 38 Anos]	60	11%
[39 a 55 Anos]	175	33%
[56 a 70 Anos]	128	24%
[71+ Anos]	32	6%
Total Geral	534	100%

Fonte: Serviço de Apoio a Gestão /DGPOG/MSS

Relatórios Estatístico, 2018, p124

As faixas etárias de 39 a 55 anos e a de 56 a 70 anos são geralmente as que são mais evacuadas para o exterior (57%)

Gráfico 33 – Doentes evacuados para exterior, por ilha de procedência, ano de 2018

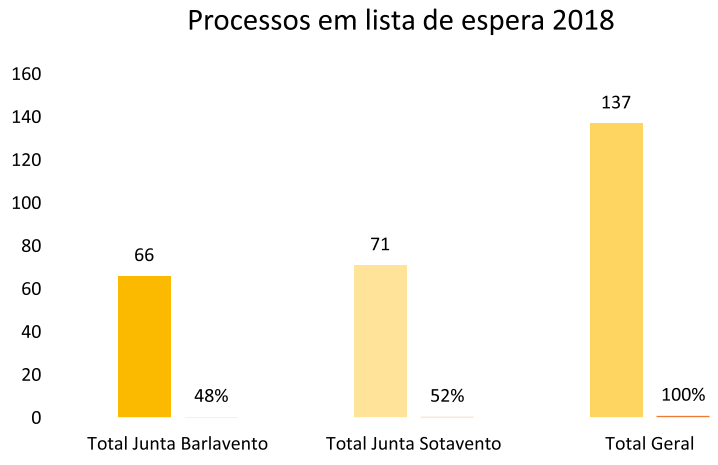


Fonte: Serviço de Apoio a Gestão /DGPOG/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, P125

Os dados sobre o número de Doentes evacuados para o exterior, por ilha de procedência, ano de 2018, revelam que apesar de São Vicente ter cerca de 82.679 habitantes, é responsável por 28% dos evacuados, e Praia com 171 mil habitantes, e recebendo ainda diariamente mais de 30 mil indivíduos residentes em outros locais, contribui com 43% do total dos evacuados. São as duas ilhas onde estão localizados os hospitais centrais.

Gráfico 34 – Processos homologados à espera de evacuação externa, ano de 2018

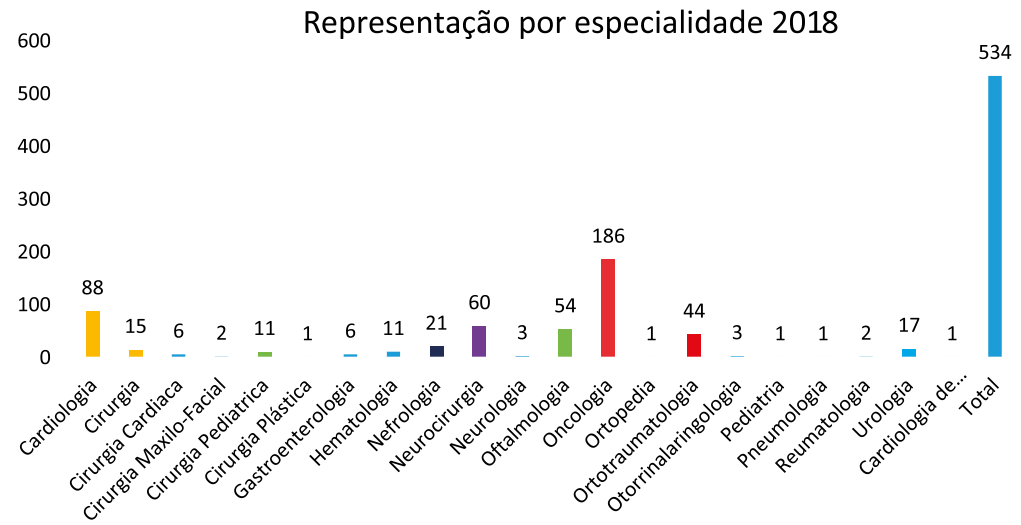


Fonte: Serviço de Apoio a Gestão /DGPOG/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, P129

É interessante notar que em termos de processos homologados à espera de evacuação externa, em 2018, a Junta de Barlavento tinha 48% dos processo em lista de espera, enquanto a Junta de Sotavento tinha 52%. Pelo peso da diferença populacional entre as duas ilhas, esperava-se que houvesse mais processos em Santiago.

Gráfico 35 – Doentes evacuados para exterior, por especialidade médica, ano de 2018



Fonte: Serviço de Apoio a Gestão /DGPOG/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, P129

A especialidade que mais contribui para a evacuação dos doentes é a Oncologia, seguida da Cardiologia, Neurocirurgia e Ortotraumatologia.

8.9. Saúde em Cabo Verde: Recursos

O setor da saúde em Cabo Verde é alicerçado num Sistema Nacional de Saúde em que a maioria dos recursos existentes e dos cuidados prestados pertencem ao setor público, apesar da tendência para um crescimento, ainda que ténue, da componente privada (PNDS 2017-2021, p39).

Em relação à oferta pública de cuidados de saúde, a hierarquia da rede de estruturas de saúde públicas está alicerçada em 3 níveis de atenção:

- ✓ **Atenção primária**, organizada em Delegacias de Saúde e constituída em 3 tipologias de unidades para prestação de cuidados: Centros de

Saúde, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base. Adicionalmente existem algumas estruturas de prestação de cuidados de saúde em áreas específicas como os Centros de Saúde Reprodutiva e o Centro de Terapia Ocupacional;

- ✓ **Atenção secundária**, prestada a nível hospitalar, nos hospitais regionais (HR) e também nos hospitais centrais;
- ✓ **Atenção terciária** prestada exclusivamente nos 2 hospitais centrais do país, o Hospital Dr. Agostinho Neto (HAN) e o Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS).

Entre 2012 e 2016 a reformulação das estruturas sanitárias existentes permitiu a constituição de mais 1 Hospital Regional, na ilha do Sal (apesar de ainda não ter o estatuto de hospital regional), e a construção do Centro de Hemodiálise na Cidade da Praia. O número de estruturas nas restantes tipologias, não sofreu, no global, grandes alterações, com exceção das USB, em que se registou uma redução decorrente sobretudo de estruturas desativadas em zonas de menor densidade populacional e/ou de maior dificuldade na atração de profissionais, dada a localização de algumas estruturas em zonas de maior isolamento.

Tabela 18 – Estruturas de prestação de cuidados de saúde por tipologia (2012-2016)

Tipologia de estrutura	Número total de estruturas		
	2012	2016	Δ 2012-2016
Hospital Central	2	2	0
Hospital Regional	3	4	+1
Centro de Saúde (CS)	30	30	0
Centro de Saúde Reprodutiva	5	5	0
Centro de Terapia Ocupacional	1	1	0
Posto Sanitário (PS)	34	33	-1
Unidade Sanitária de Base (USB)	115	97	-18

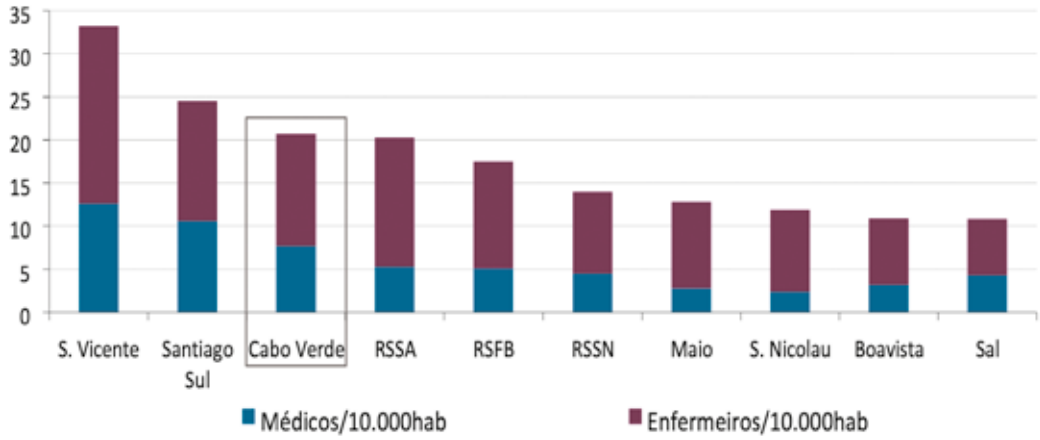
Fonte: Relatório Estatístico 2012 – Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde. Dados de 2016 – Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021. (p40)

No que se refere aos profissionais de saúde o número de efetivos de 2012 a 2016, registou uma evolução positiva, quer em termos absolutos, quer em termos de rácio por população. O número de médicos aumentou mais de 50%, o número de enfermeiros registou um incremento da ordem dos 25% e os técnicos de saúde quase que triplicaram.

O reforço de recursos humanos enquadra-se no Plano Estratégico de RH para 2015-2020, que tem vindo a ser implementado, apesar de alguns condicionalismos devido à escassez de profissionais e a limitações financeiras.

Em termos regionais verificam-se assimetrias significativas com as regiões de São Vicente e Santiago Sul, onde se inserem os hospitais centrais, a registarem os rácios mais elevados de médicos e enfermeiros por habitantes.

Gráfico 36 – Rácio de efetivos médicos e enfermeiros, por região (2016)



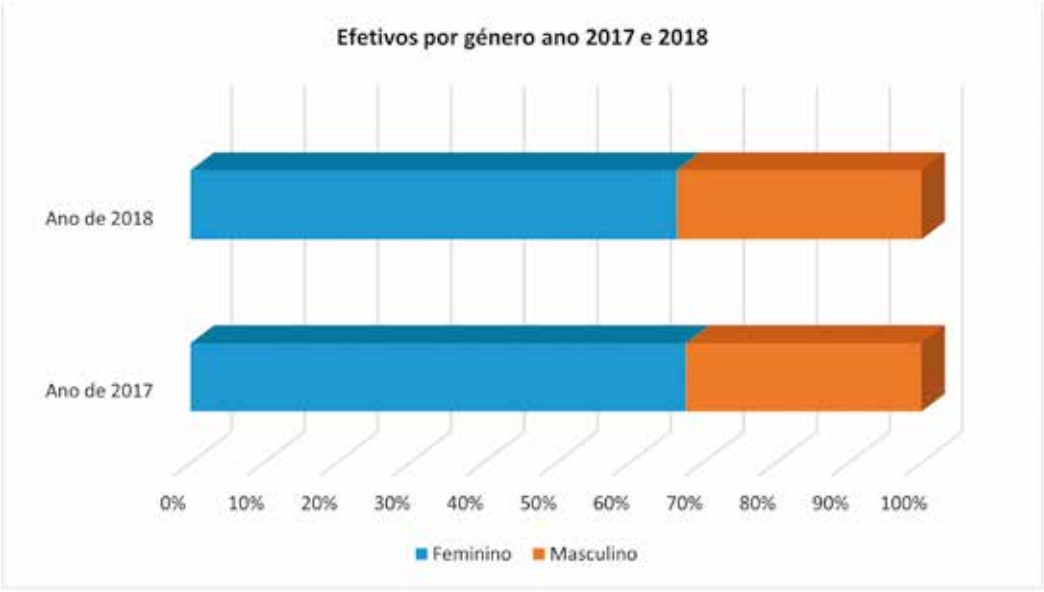
Fonte: Relatório Estatístico 2016, Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde. PNDS 2017-2021 p.42

No que se refere aos equipamentos de imagem a oferta das infraestruturas públicas é escassa e concentra-se nos hospitais centrais, registando-se a existência de ecógrafos, RX e ECG a nível dos hospitais regionais e estruturas de cuidados de saúde primários. Registam-se constrangimentos na utilização dos equipamentos de imagem existentes nas estruturas públicas de diversas naturezas:

- ✓ Situações de inexistência de profissionais de saúde com formação adequada para a sua correta utilização;
- ✓ Situações de dificuldade na aquisição dos consumíveis necessários, por exemplo, por indisponibilidade no mercado nacional;
- ✓ Dificuldade de reparação em caso de avaria dada a exiguidade ou mesmo inexistência de profissionais locais capacitados.

O Sistema Nacional de Saúde em Cabo Verde é composto na sua maioria por mulheres com mais de 60% dos efetivos.

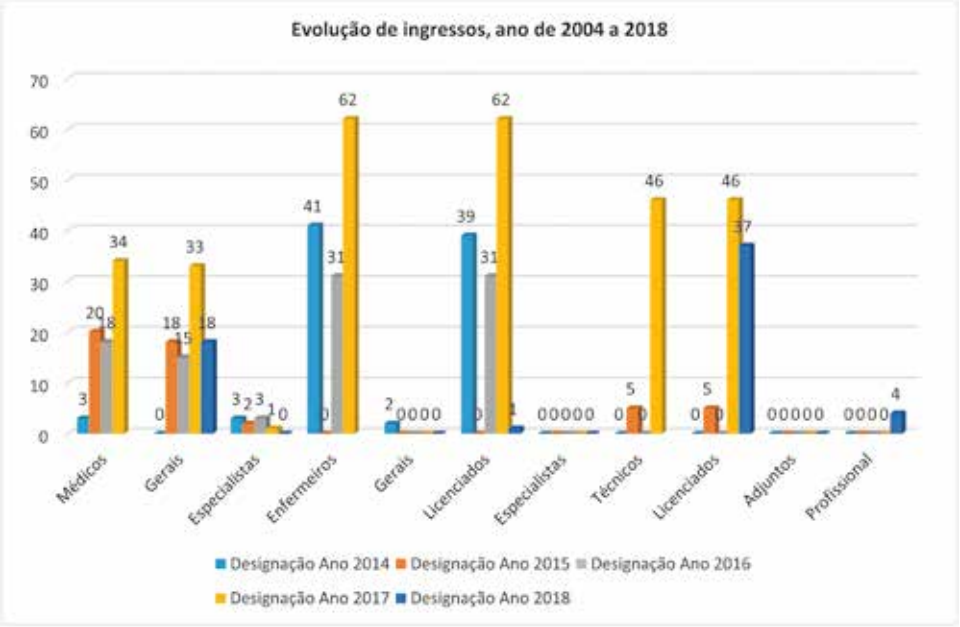
Gráfico 37 – Efetivos por género, ano de 2017 e 2018



Fonte: Serviço de Gestão de Recursos Humanos/DGPOG/MS

Relatório Estatístico, 2018, P131

Gráfico 38 – Evolução de ingressos, ano de 2004 a 2018



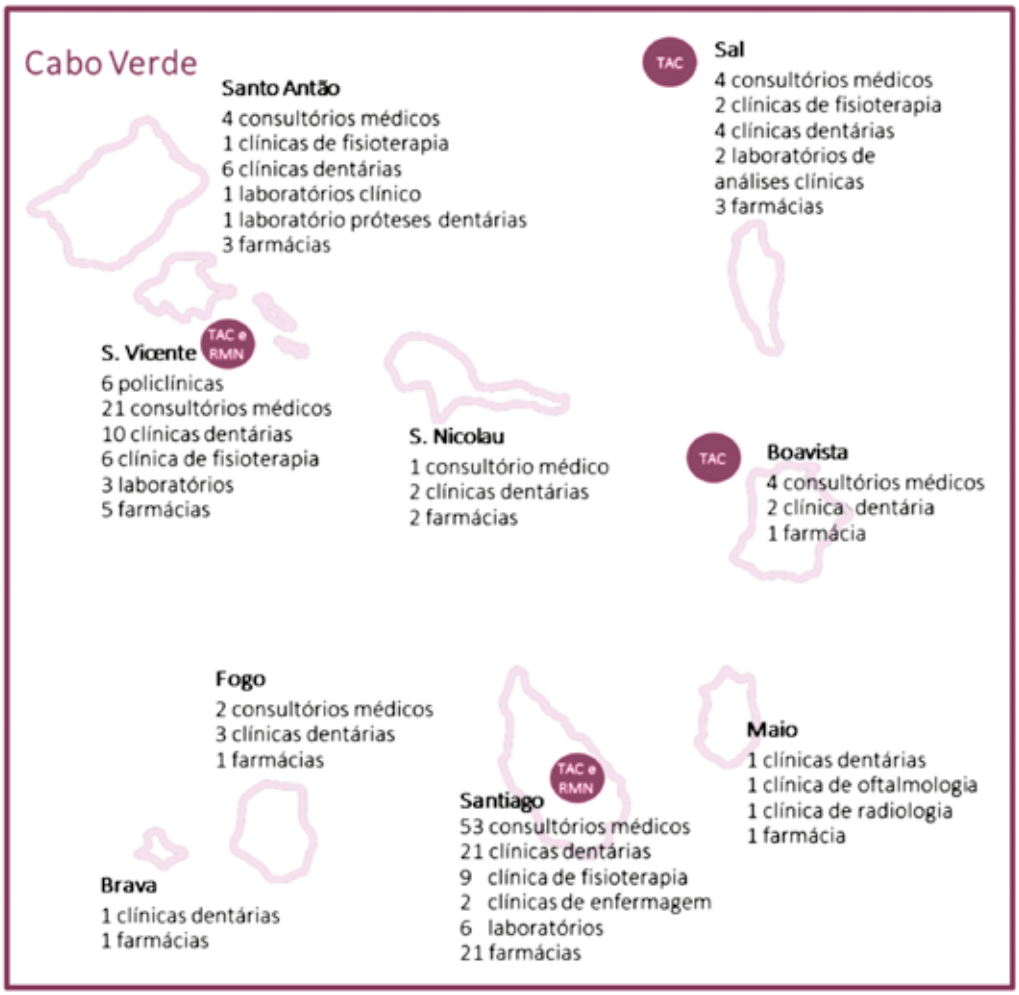
Fonte: Serviço de Gestão de Recursos Humanos/DGPOG/MSSS

Relatório Estatístico, 2018, p140

Oferta privada de cuidados de saúde

Em Cabo Verde, os prestadores de cuidados de saúde privados, estão localizados nas ilhas com maior volume populacional, encontrando-se uma forte concentração da oferta nas ilhas de Santiago e de São Vicente.

Figura 5- Principal oferta privada de cuidados de saúde (2017)



Fonte: Informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e da Segurança Social e pelas Delegacias de Saúde das várias Ilhas – Plano de Desenvolvimento dos Hospitais Centrais 2017-2021. (PNDS 2017-2021, p45)

A maior representatividade da oferta disponível situa-se ao nível de clínicas/consultórios médicos com consultas nas diferentes especialidades, caracterizadas por um número significativo de pequenos consultórios de médicos

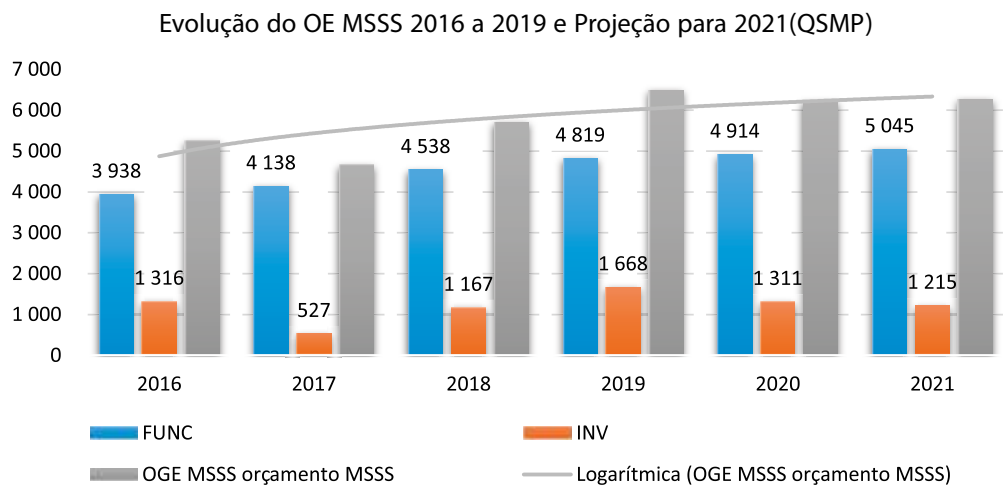
individuais. As Clínicas/Policlínicas que disponibilizam uma oferta mais diversificada, incluindo imagiologia e cirurgia de reduzida complexidade estão localizadas em São Vicente e em Santiago.

Em termos de financiamento, existem atualmente acordos com entidades privadas para realização de TAC na ilha de Santiago (Clínica X-Eco) e na Ilha de São Vicente (Clínica Monte Cara). Verifica-se também a existência de convenções entre o setor público e o privado para os medicamentos e para os beneficiários do INPS nos serviços privados autorizados, nomeadamente, na prestação de serviços de clínicas dentárias, em que os utentes beneficiam de uma comparticipação.

A atividade de seguros de saúde privada tem ainda reduzida representatividade em Cabo Verde, existindo apenas a companhia – Garantia – que dispõe de uma oferta de seguro de saúde, no entanto o nível de cobertura da população ainda não tem relevância significativa.

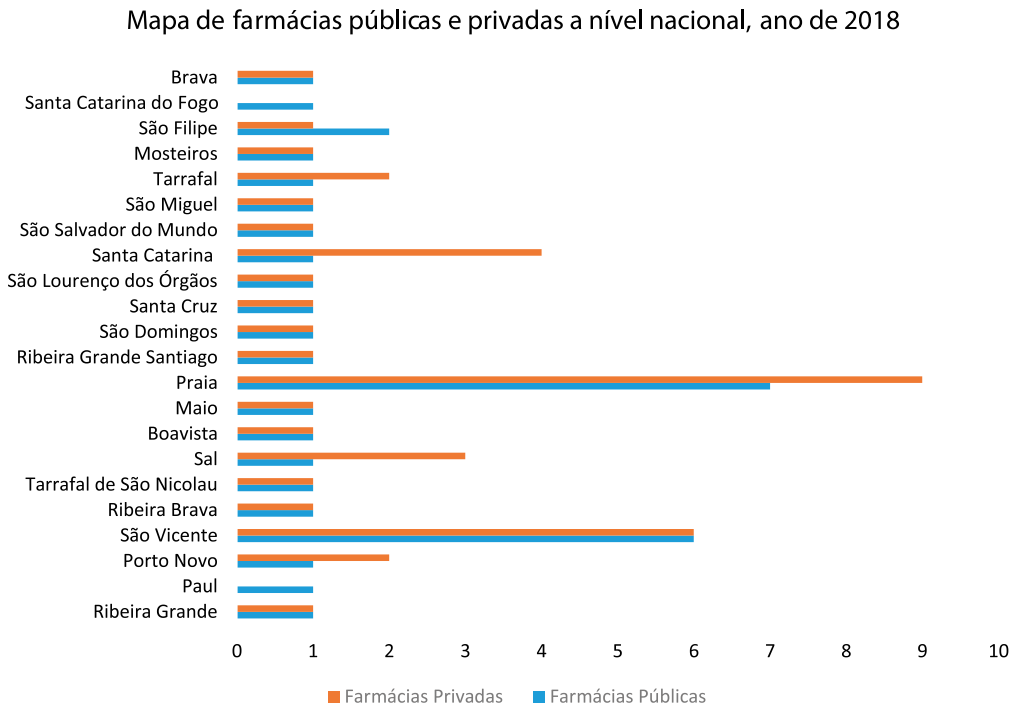
Em 2017 a base de contribuintes para o INPS representava menos de metade da população ativa, correspondendo a cerca de 45% dos trabalhadores de Cabo Verde. As despesas efetuadas pelo INPS no âmbito da saúde registaram desde 2013, um aumento médio anual da ordem dos 8%, sendo que os custos com os transportes relativos a evacuações de doentes representam valores próximos das despesas com a Assistência Médica e Hospitalar, ou com a Assistência Medicamentosa (PNDS 2017-2021, p46).

Gráfico 39 – Evolução do OE MSSS 2016 a 2019 e Projeção para 2021(QSMP)



Relatório Estatístico, 2018, P143

Gráfico 40 – Mapa de farmácias públicas e privadas a nível nacional, ano de 2018



Relatório Estatístico, 2018, p152

Em Cabo Verde, dados de 2018 revelam que existiam cerca de 40 farmácias privadas, sendo 9 na Praia e 6 em São Vicente; e 33 farmácias públicas, sendo 6 em São Vicente e 7 na Praia.

9. Indicadores Relativos ao Conhecimento da Pandemia do Coronavírus

Com o risco de infeção elevada e a propagação rápida dos casos registados em mais de 100 países, a OMS declarou situação de pandemia internacional a 11 de março de 2020, exortando os países a aumentarem a vigilância e a implementarem medidas de prevenção e de contingência, de modo a proteger a saúde pública. Cabo Verde registou o primeiro caso em 19 de março de 2020 tendo de imediato implementado todas as medidas para impedir a propagação da infeção e o aumento de casos, incluindo a declaração de estado de contingência e de calamidade pública, pelo Governo, após o surgimento do primeiro caso local, e a declaração de estado de emergência pelo Presidente da República, a 27 de março de 2020.

Numa situação de preparação e resposta às pandemias destacam-se duas comunicações: a relacionada com a Gestão de casos (vigilância epidemiológica), da responsabilidade do Ministro da Saúde e da Direção Nacional de Saúde, e a Comunicação de risco, da responsabilidade de todos os serviços de saúde do país, dentro da sua área de abrangência, com o apoio técnico e coordenação do INSP.

O Plano de Comunicação de Risco e Envolvimento Comunitário (CREC) elaborado pelo INSP acompanha as orientações do Plano Nacional de Contingência e a sua implementação varia de acordo com os níveis de estratégia de resposta: fase de alerta, fase de perigo eminente e fase de emergência.

Cabo Verde, assim como os demais países, elaborou o seu Plano de Contingência com o objetivo geral de orientar todas as ações de prevenção e controlo da COVID-19 no país, através de uma abordagem multissetorial e pluridisciplinar. O documento preconiza a sistematização de todas as ações e procedimentos em curso no país e a serem implementadas, desde o nível central até às unidades mais descentralizadas de prestação de cuidados de saúde, abrangendo a participação de todos os setores importantes neste processo.

A adoção do estado de emergência pelo Governo levou à suspensão da circulação de passageiros entre as ilhas e com o exterior e ao encerramento das instituições públicas e privadas colocando os funcionários em regime de teletrabalho, suspensão dos serviços de restauração e lazer (bares, restaurantes, discotecas), encerramento das praias, entre outras.

O estudo desenvolvido pelo INSP, *Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre a COVID-19 na população residente em Cabo Verde* (junho, 2020), revelou resultados interessantes e de certa forma surpreendentes. Os autores ressaltam alguns aspetos que podem ter condicionado esses resultados, como por exemplo a recolha de dados para o estudo que foi realizada no início do surgimento da epidemia em

Cabo Verde, uma semana após a declaração do estado de emergência nacional. Consideram ainda que esses resultados positivos de conhecimento devem-se, principalmente às características da amostra, pois cerca de 63% dos sujeitos do estudo possuía grau de nível superior (licenciatura, mestrado e doutorado). Aparentemente, a população cabo-verdiana estava bem informada sobre o assunto e isso pode ter devido à grande produção e divulgação das informações pelas autoridades sanitárias, em diversos veículos de comunicação físicos e virtuais.

Tabela 19 – Taxas de respostas certas do questionário de conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre COVID-19

Questões	Opções	Taxa (%) de respostas correta (amostra total)
Os principais sintomas clínicos da COVID-19 são febre, fadiga, tosse seca e mialgia (dor muscular em qualquer parte do corpo).	**Verdadeiro** Falso Não sei	91,0%
Atualmente não existe cura eficaz para a COVID-19, mas o tratamento sintomático e de suporte precoce pode ajudar a maioria dos pacientes a recuperar-se da doença.	**Verdadeiro** Falso Não sei	94,1%
Nem todas as pessoas com COVID-19 evoluirão para casos graves.	**Verdadeiro** Falso Não sei	92,3%
Somente os idosos, as pessoas com doenças crónicas e as pessoas obesas têm maior probabilidade de se tornarem casos graves.	Verdadeiro **Falso** Não sei	48,2%
Entrar em contato com animais resultaria na infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).	Verdadeiro **Falso** Não sei	63,0%
O novo coronavírus (SARS-CoV-2) transmite-se através de gotículas respiratórias de indivíduos infetados.	**Verdadeiro** Falso Não sei	95,8%
Pessoas comuns devem usar máscaras para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).	**Verdadeiro** Falso Não sei	26,3%
Não é necessário que as crianças e adultos jovens tomem medidas para prevenir a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).	Verdadeiro **Falso** Não sei	97,0%
Para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SASR-CoV-2), os indivíduos devem lavar frequentemente as mãos e evitar ir à lugares lotados, como, supermercados, bares, restaurantes, transporte público, entre outros.	**Verdadeiro** Falso Não sei	99,2%
O isolamento e tratamento de pessoas infetadas pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) são formas eficazes de reduzir a propagação do vírus.	**Verdadeiro** Falso Não sei	98,6%
As pessoas que tiverem contato com alguém infetado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) devem ser imediatamente isoladas em um local adequado, por um período de observação de 2 a 14 dias.	**Verdadeiro** Falso Não sei	97,4%

Relatório do Estudo: Conhecimentos, Atitudes e Práticas Sobre a Covid-19 na População Residente em Cabo Verde, junho 2020, P47.

A pandemia obrigou a medidas de restrições a vários níveis e o atendimento em saúde não fugiu à regra. O acesso à saúde, entretanto ficou limitado pois, os pacientes crónicos e com outras patrologias, viram-se em situação de vulnerabilidade, diminuição da assistência e riscos de complicações.

Durante o estado de emergência, as medidas restritivas incluíram:

- Interdições de voos e ligações marítimas tanto nacionais como internacionais (excetuaram-se os cargueiros, sanitários, evacuações de doentes, situações de emergências e pessoal técnico destacado para serviço considerados essenciais);
- confinamento obrigatório: constituindo uma medida de vigilância sanitária importante e de contenção do vírus;
- dever geral de recolhimento domiciliário;
- encerramento de instalações e estabelecimentos de atividades culturais, desportivas e de recriação;
- proibição de realização de eventos de cariz religioso e culto;
- dever especial de proteção: os maiores de 65 anos, os imunodeprimidos e os portadores de doenças crónicas e todos aqueles considerados de risco, estavam sujeitos a um dever especial de proteção.

Essa última medida teve como fundamento a garantia de acesso aos serviços de saúde, assistência médica e tratamento medicamentoso. Entretanto, a limitação de mobilidade e o medo geral instalado na população em geral dificultou esse processo.

O confinamento obrigatório levou à implementação do regime de teletrabalho nas instituições que não podiam deixar de trabalhar e que tinham condições para tal. Essa medida foi importante na medida em que permitiu aos pais estarem em casa junto com os filhos, mas também trouxe outros problemas de saúde, principalmente sedentarismo e patologias de foro mental, como a ansiedade e a depressão, consequências do medo e das incertezas que a pandemia trouxe.

Com o objetivo de prevenir e controlar a propagação do SARS-CoV-2 na população de Cabo Verde, a partir de 2021 foi introduzida a vacina contra a COVID. O MSSS, através da Comissão Nacional de Coordenação, dos Grupos Técnicos de Trabalho, sob a coordenação do Diretor Nacional de Saúde, delegando responsabilidades à coordenação do Plano Alargado de Vacinação (PAV), apresentou o Plano Nacional de introdução e vacinação contra a COVID-19, como medida adicional de resposta a esta doença, a pandemia, emergência de saúde pública de âmbito internacional. O plano foi aprovado através da Resolução nº 18/2021 de 18 de fevereiro do Conselho de Ministros.

Como forma de prevenção de complicações e diminuição da mortalidade por COVID-19, o MSSS, através do COVAX *Facility* anunciou que faria a aquisição

de todas as vacinas contra a COVID-19 com reconhecida eficácia e segurança, aprovadas segundo a autorização temporária de uso emergencial da OMS (EUL), assim como a aquisição e logística de insumos, o sistema de informações e a definição das estratégias de monitoramento e avaliação da introdução da vacina, dentro do Programa Nacional de Vacinação.

Na primeira fase foram priorizados os seguintes grupos alvo para a vacinação: Profissionais de saúde; Pessoas com doenças crónicas (hipertensão arterial, diabetes); População com idade ≥ 60 anos; Profissionais hoteleiros e ligados ao turismo; Profissionais dos pontos de entrada (aeroportos e portos internacionais); Professores e pessoal de apoio nas escolas; Polícia Nacional; Forças Armadas e Serviço Nacional de Proteção Civil e Bombeiros, numa quantidade de 267.293 doses para toda a população alvo acima mencionada, no total 111.372 pessoas. Numa primeira vaga seriam vacinados todos os profissionais de saúde, com o objetivo de manter e proteger a força de trabalho e serviços essenciais de saúde.

Pretende-se vacinar até 2023 um total de 60% da população, sendo 20% em 2021, 20% em 2022 e 20% em 2023. A vacinação é gratuita para todas as faixas etárias e a estratégia foi traçada de acordo com a população alvo definida pelo país e faseada de acordo com as orientações da OMS e a disponibilidade das doses. A estimativa é de que até 2023 um total de 60% da população estará vacinada.

10. Indicadores sobre Usuários de Drogas

O consumo de droga constitui um problema de saúde pública, quer seja devido às alterações e desordens fisiológicas e mentais, pela dependência inerente, bem como devido a mudanças de comportamento a nível social vivenciados pelos consumidores e suas famílias. O consumo de drogas por via injetável constitui um sério risco acrescido à saúde do consumidor, devido ao aumento acrescido da probabilidade de adquirir infeções transmitidas por via sanguínea, como é o caso do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), dos Vírus da Hepatite B (HBV) e da Hepatite C (HCV).[78]

Apesar do risco acrescido entre os que injetam drogas, a população que consome droga por outras vias que não seja injetável está exposta e é considerada vulnerável às infeções (sífilis, tuberculose, hepatite), gerando condições propícias para instalação de patologias associadas a comportamentos sociais, desnutrição, baixa imunidade e/ou doenças pré-existentes.

Foram realizados, ao longo do tempo, alguns estudos que ajudassem a compreender os riscos para a saúde:

- **Estudo de 2006**. Estimar as populações em risco para o VIH/Sida, UDI e profissionais do sexo. Estimou-se uma população de UDI de 80 pessoas, o que representava 6% do total de consumidores de droga. (CCCD et al. 2006).
- **Estudo de 2008** (CCCD). Sobre a situação das drogas e sua relação com o VIH/Sida apresenta dados discriminados de seroprevalência entre Usuários de Drogas (UD) e Usuários de Drogas Injetáveis (UDI). A prevalência do VIH foi estimada em 14,3% entre os UDI, frequência essa muito superior à prevalência estimada na população total do estudo e entre os CD (1,7 e 1,2 respetivamente). Esse mesmo estudo revela que entre os UDI mais de 70% relatam compartilhamento de seringa com colegas e que 7 em cada 10 são menores de 24 anos inquiridos.
- **Estudo de 2013**. A prevalência do VIH foi de 3,9%. Essa prevalência é maior em São Vicente e Praia, seguidas de Santa Catarina e Santa Cruz, sendo que mais da metade dos inquiridos relatam terem procurado serviços de saúde por suspeita de alguma IST (CCS-Sida, 2013).

78 **CCS-SIDA, (2020), Inquérito Biocomportamental junto dos Consumidores das Drogas Injectáveis em Cabo Verde, Praia, p7.**

- **Estudo sociocomportamental e de seroprevalência pelo VIH em usuários de droga de 2017**. Apresentam dados importantes quanto ao perfil de UD em Cabo Verde. Essa população é constituída por jovens, sendo 64,9% com idade entre 15 a 29 anos de idade. **A prevalência do VIH é de 3,1%,** valor inferior ao encontrado entre os UDI, mas superior à prevalência na população geral (CCS-Sida, 2007). A frequência do uso do preservativo é menor do que 50%, o sexo oral e/ou anal é praticado por 79,1% dessa população e 22,4% referiu ter relações sexuais por troca de dinheiro e/ou bens, sendo essa frequência superior (53,8%) entre os UD com diagnóstico positivo para VIH (CCS-Sida, 2007). Esse estudo, abordou a frequência de Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST's) nessa população, tendo constatado que 17,3% refere ter tido alguma IST, 2% e 10,3% referem ter corrimento e ferida/úlcera no pénis, respetivamente (CCS-Sida, 2007). Em relação às hepatites e em particular aos vírus B (HBV) e C (HCV), TB e Sífilis são escassos os estudos e dados disponíveis quanto a essas infeções na população nacional e não existem estudos entre os CD.

10.1. Caraterísticas Sociodemográficas do Consumidor de drogas

De acordo com os dados do estudo, a nível nacional o consumidor de droga injetável é na sua maioria de sexo masculino (87,5%); com uma idade média de 32,8 anos; morador há mais de 1 ano no domínio do estudo (98,7%), isto é, na cidade da Praia ou nas ilhas de Sal ou São Vicente, na companhia de familiares (53,5%); de nacionalidade cabo-verdiana (98,4%); solteiro (92,0%); tendo o primário como o nível mais alto de educação (51,9%); e auferindo uma renda média mensal inferior a 5000$00 (48,7%).

Em relação à profissão dos inquiridos a grande maioria (66,3%) declara desenvolver atividades informais ligadas a lavagem de carros, carpintaria, pesca, comércio informal entre outras. 5,8% declara ser artista como a principal atividade profissional e 19,6% está desempregado, sem diploma ou formação.

A idade média (32,8 anos) e o fato de que 83% dos inquiridos terem mais do que 25 anos, provavelmente está relacionado com os critérios de inclusão no estudo, nomeadamente ser consumidor de droga injetável. Sendo assim, os consumidores de drogas não injetável, como a canábis, não foram incluídos no estudo, confirmando que a primeira droga de eleição de consumo e em idades mais precoces é a padjinha.[79]

79 idem pp26-27

10.3. Padrão de consumo das drogas

A grande maioria dos inquiridos declarou que já esteve 10 ou mais anos (64,4%) no consumo de drogas, 4,8 % está a consumir drogas há 1 ano.

Durante a vida de consumo 89,0% consumiu cocaína, 7,4% heroína 98,4% opio/morfina 99,0% metanfetamina 62,3% outro tipo de drogas injetáveis.

A droga potencialmente injetável consumida pela primeira vez é na sua maioria a cocaína (69,2%), sendo o modo de consumo "cheirado" (45,2%) ou fumado (42,0%)o. O início do uso se deu entre os 15 e os 20 anos (45,7%), através de doação (63,5%).

10.4. Vulnerabilidade face às infeções

Foi questionada a prática de transfusão sanguínea, piercing, tatuagem na pele ou gengival, e cirurgia. Constatou-se que, à exceção da tatuagem de pele que foi reportada por 65,6% dos inquiridos, as demais práticas são pouco usuais.

Prevalência do VIH, VHB, VHC, TB e sífilis

O estudo se destaca pelo diferencial do estudo da prevalência de infeções nunca antes estudadas nessa população em Cabo Verde. É o caso do estudo da infeção pelos vírus da Hepatite B e C, da infeção pelo Bacilos de Koch, agente etiológico da tuberculose e pela infeção pelo Treponema pallidum, agente etiológico da sífilis. Os dados dessas infeções e do VIH encontram-se discriminadas na Tabela 5.

Tabela 20 – Prevalência do VIH, VHB, VHC, TB e sífilis

	Domínio de estudo							
	São Vicente		Sal		Praia		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Prevalência VIH								
Negativo	56	91,8%	56	100,0%	180	92,3%	292	93,6%
Positivo	5	8,2%	0	0,0%	15	7,7%	20	6,4%
Total	61	100%	56	100%	195	100%	312	100%
Prevalência Sífilis								
Negativo	47	77,0%	53	94,6%	173	88,7%	273	87,5%
Positivo	14	23,0%	3	5,4%	22	11,3%	39	12,5%
Total	61	100%	56	100%	195	100%	312	100%
Prevalência Hepatite B								

Negativo	58	95,1%	56	100,0%	185	94,9%	299	95,8%
Positivo	3	4,9%	0	0,0%	10	5,1%	13	4,2%
Total	61	100%	56	100%	195	100%	312	100%
Prevalência Hepatite C								
Negativo	58	95%	56	100%	194	99,5%	308	99%
Positivo	3	5%	0	0%	1	0,5%	4	1,3%
Total	61	100%	56	100%	195	100%	312	100%
Prevalência Tuberculose								
Negativo	38	100%	7	100%	63	96,9%	108	98,2%
Positivo	0	0%	0	0%	2	3,1%	2	1,8%
Total	38	100%	7	100%	65	100%	110	100%

Inquérito Biocomportamental junto dos Consumidores das Drogas Injectáveis em Cabo Verde, 2020, p36

A prevalência do VIH a nível nacional é estimada em **6,4%** na população do estudo sendo 12,8% nas mulheres e 5,5% nos homens, com profundas discrepâncias entre os domínios de estudo. No Sal não houve relato de positividade, em São Vicente a prevalência era de 8,2% e na Praia 7,7%. Esses dados confirmam achados anteriores que reportam prevalência do VIH nessa população, maior do que encontrada na população geral, estimada em 0,8% segundo o IDSR-II, e entre diferentes populações consideradas chaves. Estudos realizados entre 2017 e 2018 apontam para uma prevalência de 3,1% entre Usuários de Drogas (UD), 4,6% entre Trabalhadoras do Sexo (TS), 6,1% entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) e 2,3% entre Pessoas com Deficiência (PcD). Estudo socio comportamental e de Seroprevalência do VIH em Usuários de Drogas realizado em 2013 apontava para uma prevalência de 3,9% a nível nacional, com zero casos na ilha do Sal e prevalência maior em São Vicente (5,3%) do que na Praia (4,7%). Já o mesmo estudo realizado em 2017, apresentava a ilha do Sal com prevalência de 5,9%, superior à ilha de São Vicente (1,7%) e concelho da Praia (2,8%).[80]

80 idem p35

11. Inquérito sobre Nível de Satisfação dos Cidadãos relativamente à Qualidade dos Serviços de Saúde Prestados

Sumário

O inquérito «**Nível de Satisfação dos Cidadãos relativamente à Qualidade dos Serviços de Saúde Prestados**» faz parte do Diagnóstico sobre Cidadania em Saúde em Cabo Verde, cujo objetivo-geral é e*laborar um estudo sobre o exercício da cidadania em saúde em Cabo Verde, comparando o período pré e o abrangido pela pandemia Covid-19*.

Este inquérito foi desenhado com uma abordagem quantitativa, com o objetivo de conhecer a opinião dos utilizadores das estruturas de saúde. A população alvo compreende os utilizadores do serviço de consulta externa, internamento e urgências hospitalares de um hospital público e das clínicas privadas, assim como dos centros de saúde. Recorreu-se também à análise de conteúdo das perguntas abertas, que não foram muitas.

O questionário foi elaborado na plataforma *Google form*, e disponibilizado aos sujeitos, através das redes sociais (Facebook, WhatsApp), E-mail e SMS, de 16 de janeiro a 25 de fevereiro de 2021. A amostra foi constituída por 130 sujeitos, na maioria do sexo feminino (65%), na faixa etária de 30-45 anos (39%), solteiros (66,5%), licenciados (73%), trabalhadores por Conta de Outrem (58%), que descontam para a segurança social (59%), frequência do Centro de Saúde, Hospital e Clínica (21%). Relativamente ao **Local de Residência/Concelho,** o presente inquérito restringiu-se a respondentes de Ribeira Grande de Santo Antão, Porto Novo, São Vicente, Sal, Boa Vista, Tarrafal, São Miguel, Santa Catarina de Santiago, São Lourenço dos Órgãos, Praia, Ribeira Grande de Santiago, Santa Catarina do Fogo, Mosteiros e São Felipe. Destes, 38% foram do concelho da Praia, 20% de Santa Catarina, 15% de São Vicente e 27% distribuídos pelos demais concelhos acima referidos.

Como se sabe a saúde é uma área onde os países, sobretudo, os em vias de desenvolvimento, ou de desenvolvimento médio, enfrentam grandes desafios relacionados com a construção das infraestruturas sanitárias, mobilização de recursos e parceiros, assim como avanços da medicina moderna; e face ao aumento da esperança média de vida e também das doenças crónicas, isso implica uma necessidade crescente de recursos, obrigando a fazer opções e definir linhas de ação.

Medir a qualidade e a satisfação dos utentes dos serviços de saúde é crucial para uma gestão adequada dos recursos, colocando o cidadão no centro das

políticas nacionais de saúde. Ao aplicar-se o questionário "**Nível de Satisfação dos Cidadãos relativamente à Qualidade dos Serviços de Saúde Prestados",** quis-se perguntar diretamente aos utentes/cidadãos o que pensam, relativamente, da qualidade dos serviços prestados nas estruturas de saúde em Cabo Verde.

A valorização atribuída às várias áreas de prestação de serviços de saúde pelos destinatários ou utilizadores constitui o critério por excelência para identificar as áreas prioritárias de melhoria.

Pode-se considerar a qualidade e satisfação dos utilizadores como o grande e atual desafio no setor da saúde, face ao crescimento significativo da oferta de cuidados de saúde, sendo por esta via que no futuro se distinguirão as várias organizações que operam neste mercado. O utilizador exigirá não só altos níveis de qualidade, mas também uma organização que esteja atenta e pronta a ouvi-lo, redesenhando o serviço à medida das suas necessidades.

Com base nestes pressupostos, tomando como perspetiva a centralidade do utilizador no sistema de saúde, surgiu a necessidade de perceber a opinião dos utilizadores de cuidados de saúde, nos diferentes contextos de cuidados de saúde, ouvindo o que eles têm a dizer, pois a melhor forma de saber o que pensam e o que sentem é perguntar-lhes diretamente.

Assim o presente estudo tem como objetivo geral conhecer o "Nível de Satisfação dos Cidadãos relativamente à Qualidade dos Serviços de Saúde Prestados", na área da consulta externa, internamento e urgência, obtendo informação que possibilite a identificação de aspetos positivos e negativos, condicionantes da satisfação e da qualidade dos serviços, promovendo a centralidade dos utilizadores. O estudo permite, neste sentido, compreender melhor o usufruto do direito à saúde, e os deveres associados, assim como subsidiar as estratégias para melhoria.

Como objetivos específicos propôs-se a:

- ✓ Conhecer os motivos, e regularidade, que levam os utilizadores às estruturas de saúde;
- ✓ Avaliar o conforto e a higienização das estruturas de saúde;
- ✓ Conhecer a qualidade de atendimento nas estruturas de saúde, no que concerne às urgências, internamentos;
- ✓ Efetuar uma análise comparativa da opinião dos utilizadores da consulta externa, internamento e urgência; regime ambulatorial de especialidades, saúde materno infantil;
- ✓ Perceber a influência de variáveis socioeconómicas nos relatos dos utilizadores de cuidados de saúde;
- ✓ Compreender o processo de consulta, desde o atendimento, contacto com o médico, custo, humanização dos cuidados;
- ✓ Conhecer o processo de atendimento das PcDs, PvVIH, assim como UDs.

Este inquérito orientou-se pela seguinte questão de partida: *Até que ponto a satisfação dos utentes/clientes aos serviços de saúde prestados constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados?*

Este pequeno relatório está organizado praticamente em dois capítulos: i) apresentação dos resultados; e ii) o capítulo das conclusões, onde abordamos algumas limitações e pistas para investigações futuras.

11.1. Síntese dos Resultados

O Inquérito revelou alguns resultados interessantes:

- A idade média dos inquiridos é de 35 anos;
- A maioria é do sexo/género feminino (65%);
- 73% possuem a licenciatura, 14% o ensino secundário e 13% o mestrado.
- 58% dos inquiridos trabalham por conta de outrem; 13% estão desempregados; 7% trabalham por conta própria;
- Cerca de 59% fazem descontos para a segurança social;
- 41% vão regularmente a um uma estrutura de saúde, só quando *tem dores ou sente alguma coisa*; sendo que 33% vão ocasionalmente;
- 40% dos inquiridos, da última vez que foi ao médico, tiveram como razão ou causa as dores; sendo que 33% foram por causa da *consulta de rotina*;
- 43% classificaram a limpeza/higienização dos ambientes das estruturas de saúde de regular (37%) e de muito bom (12%);
- 81% classificam o conforto dos ambientes como regular (43%) e bom (37%);
- 69% consideram que as estruturas de saúde onde vão são bem sinalizadas;
- 66% consideram que as roupas fornecidas pelas estruturas de saúde são limpas;
- 60% dos inquiridos estão satisfeitos com a alimentação fornecida pelos hospitais;
- 76% que procuraram as estruturas de saúde para conhecer a sua situação ou estado de saúde, consideram que tiveram informações e esclarecimentos;
- 72% responderam que sabiam o nome do médico ou profissional que os atenderam;
- 62% dos utentes sabem onde fazer uma reclamação nas estruturas de saúde que visitaram. Nos hospitais, este valor cai para 50%;
- 72% dos inquiridos pagaram por algum procedimento no atendimento numa estrutura de saúde; sendo o custo médio do procedimento igual a 1.662$46 ECV;

- 48% levou menos de 1 semana para marcar uma consulta; 18% entre 1 e 2 semanas; 16% entre 1 a 3 meses; 12% entre 2 semanas e 1 mês;
- 62% estão satisfeitos e muito satisfeitos com o tempo de marcação da consulta;
- 39% consideram que não é fácil obter uma consulta e **ser visto por um Médico;**
- 65% aceitam que a estrutura de saúde tem boa localização;
- 40% consideram que a sala de atendimento não é "**Acolhedora**" ou confortável;
- 40% considera que as estruturas não têm "**casa de Banho em condições (água, higiene, papel higiénico)**";
- 51% dos inquiridos consideram que a sala do hospital é desconfortável; 48% que não é acolhedora; 43% que não tem televisão/jornais/revistas; 61% que tiveram muito tempo à espera na sala de espera; e 59% que não tem casa de banho em condições (água, higiene, papel higiénico);
- As clínicas estão melhor avaliadas por 45%, (contra 37% dos hospitais) quanto ao ***Conhecimento sobre os seus problemas de saúde/medicação;*** e 51%, contra (41% dos hospitais) quanto à ***Explicação do diagnóstico de forma clara.***
- Nas estruturas de saúde "As *PcDs e as PvVIH+ passam por dificuldades no acesso às estruturas de saúde*" (**40%**); "*Os serviços são adaptados a todas as necessidades das PcDs e PvVIH+*" (**34%**); "*Os serviços oferecidos são adaptados a todas as necessidades dos usuários de drogas da vossa comunidade*" (**21%**); *Existem barreiras institucionais, atitudinais e físicas e no atendimento às PcDs e PvVIH+*" (**38%**);
- As dificuldades por que passam as PcD e as PvVIH são **discriminação (57,9%)**; **preconceitos (**55,3%); de desrespeito (39,5%); **barreiras** (34,2%);
- as dificuldades por que passam os UDs (Usuários de Drogas) são: **discriminação** (42,0%); **preconceitos** (40,0%); **Abusos** (8,0%), **Violência** (6,0%) e **Desrespeito** (4,0%);
- Os serviços oferecidos para estes grupos-alvos (PcDs, PvVIH, UD)", são: **Deficitário** (41%); **Discriminatório** (19%); **Humano** (17%); **Holístico** (2%);
- No atendimento durante e pós quarentena, "***As pessoas deixaram de ir com frequência às estruturas de saúde*"** (**33%**); "***o pessoal de saúde tem mostrado pouca empatia e paciência***" (**21%**); "***as consultas passaram a ser mais breves e ligeiras" (32%); "os médicos já não tocam os pacientes, mantendo-se distantes***" (***24%)***; "***os médicos têm tempo para dialogar sobre as minhas queixas e outros problemas de saúde***"(**14%**); "***o médico explicou-me o diagnóstico e tratamento de forma clara***" **(27%)**;

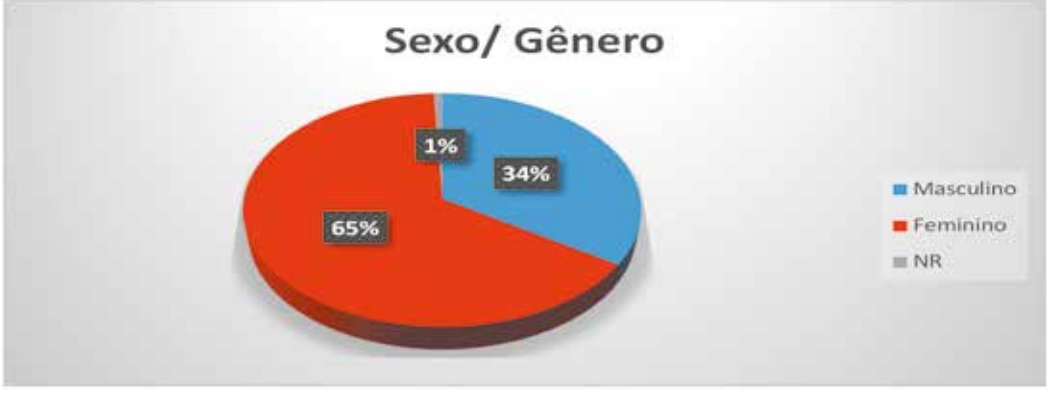
- O atendimento numa estrutura de saúde durante e pós quarentena, "***Apresentou-me outras opções de tratamento***" (37%); "***senti confiança no tratamento efetuado***" (31%); "***foi-me prescrito medicamento***" (33%)***; discordam ou discordam bastante que "todos os tratamentos que tenho recebido têm resolvido a minha queixa principal" (34%)***; "***tive informações claras sobre os custos da consulta***" (31%); "***aconselhou-me sobre os cuidados que devo ter com a minha saúde***" (31%).

11.2. Perfil do Usuário

Gráfico 41 – Idade dos Inquiridos

A idade média dos inquiridos que participaram no questionário é de 35 anos, sendo que a faixa etária mais representativa é a de 30 – 45 anos (39%), > 30 anos (38%), 45 – 60 (20%) e < 60 anos (3%).

Gráfico 42 – Sexo/Género



A maioria dos inquiridos é do sexo/género feminino (65%), sendo que 34% é do sexo/género masculino. O restante não respondeu a esta pergunta. Isto demonstra que as mulheres têm uma maior propensão em participar, em preencher questionários sobre saúde e outros temas.

Gráfico 43 – Escolaridade

Quanto à escolaridade, os dados revelam que cerca de 73% dos inquiridos possuem a licenciatura, 14% possuem o ensino secundário e 13% o mestrado. Nota-se que os inquiridos têm um nível de formação médio-alto. O nível de escolaridade, médio-alto, é um indicador que pode ser interessante no que concerne à questão da literacia em saúde. Porém, não é representativo da população cabo-verdiana.

Gráfico 44 – Situação Laboral

Relativamente à situação laboral nota-se que 58% dos inquiridos trabalham por conta de outrem; 13% estão desempregados; 7% trabalham por conta própria; 3% são estudantes, 2% são estagiários, 1% está à procura de emprego. Cerca de 16% não responderam a esta pergunta.

Gráfico 45 – Descontos para a segurança social

A Segurança Social constitui um sistema de assistência e proteção económica que garante um conjunto de regalias sociais aos beneficiários em situações de reforma, doença, desemprego, etc. Ao serem questionados "se trabalha, faz descontos para a segurança social?", os dados revelam que 59% dos inquiridos fazem descontos; 29% não fazem e 12% não responderam a esta pergunta.

Gráfico 46 – Descontos para Segurança Social – Pessoas que frequentam as Clínicas e Centros de Saúde

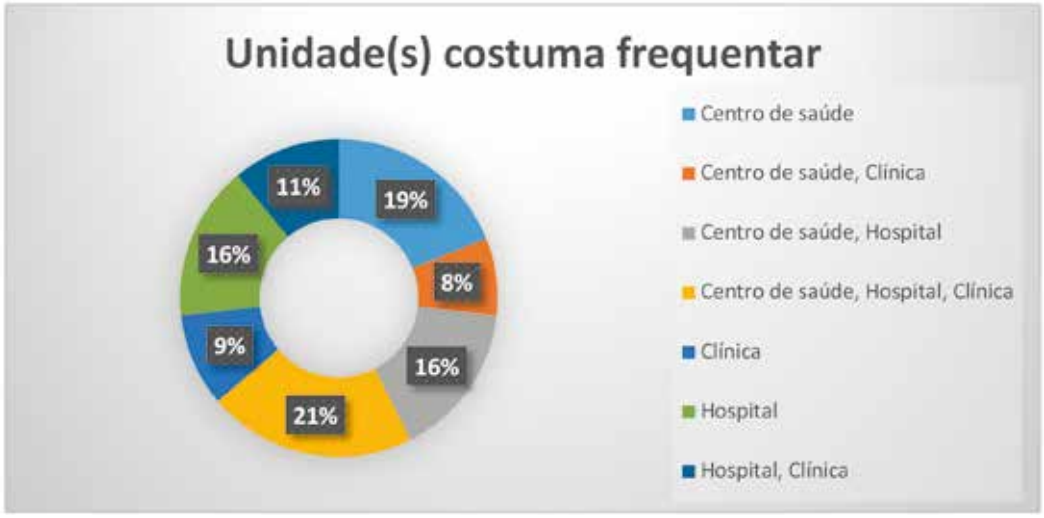
Dos inquiridos que frequentam as clínicas e centros de saúde, notou-se que cerca de 74% não responderam a esta pergunta, sendo que 26% responderam negativamente, ou seja, não fazem descontos para a segurança social. É uma situação preocupante, visto que na realidade há muita gente que trabalha, mas nem todas descontam. Além disso, às vezes as empresas descontam, mas não remetem para o INPS.

Gráfico 47 – Desconto para a Segurança Social – Pessoas que frequentam os Hospitais

Os dados apontam para uma ligação muito forte entre os descontos para a segurança social com a frequência dos hospitais, em contraponto com as Clínicas e Centros de Saúde. Pode-se observar que, de entre as pessoas que acedem aos **hospitais** 64% fazem descontos para a segurança social e apenas 3% é que não fazem, enquanto que para os que vão às **Clínicas** e **Centros de Saúde** 26% não fazem descontos para a segurança social, não havendo registos entre os respondentes dos que fazem descontos para a segurança social, sendo certo que 74% estão em outra situação e/ou não responderam.

11.3. Regularidade com que Frequenta uma Estrutura de Saúde

Gráfico 48 – Unidade(s) que costuma frequentar



No que concerne à "unidade que costuma frequentar" nota-se que cerca de 21% indicaram Centro de Saúde, Hospital, Clínica; 19% indicou Centro de Saúde; 16% Centro de Saúde, Hospital; igual percentagem (16%) indicaram Hospital; 11% Hospital, Clínica; 9% Clínica e 8% indicaram Centro de Saúde e Clínica.

Gráfico 49 – Regularidade com que vai para um Centro de Saúde/Hospital/Clínica

Quanto à regularidade com que os inquiridos vão a um Centro de Saúde/Hospital/Clínica, os dados revelam que, no geral, 41% só vai quando tem dores ou sente alguma coisa; 33% ocasionalmente; 15% de 6 em 6 meses; 8% uma vez por ano.

Gráfico 50 – Regularidade com que vai para uma Clínica ou Centro de Saúde

Os dados variam quando se olha para as diferentes estruturas. Por exemplo, aqueles que só vão para as Clínicas e Centros de Saúde, nota-se que 36% visitam uma estrutura de saúde quando tem dores ou sente alguma coisa; 34% ocasionalmente; 18% de 6 em 6 meses; 12% uma vez por ano.

Gráfico 51 – Regularidade com que vai para um Hospital

Para os inquiridos que somente vão com regularidade a um Hospital, os dados apontam que 41% se deslocam só quando têm dores ou sentem alguma coisa; 33% ocasionalmente, 16% de 6 em 6 meses; 5 % uma vez por ano.

Gráfico 52 – Propósito da Ida ao Médico/Hospital/Centro de Saúde

Quando questionados "Da última vez que foi ao Médico/Hospital/Centro de Saúde, qual foi o propósito?", os inquiridos responderam da seguinte forma: 40% por causa das dores; 33% consulta de rotina; 11% recomendação médica; 10% outros motivos.[81]

Gráfico 53 – Propósito da Ida ao Médico/Clínicas e Centro de Saúde

81 **Outros incluem:** Alergias, Cirurgia, Consulta de vista pela primeira vez, consulta psicólogo, curativo, por causa da garganta, remover dentes, Sintomas de gripe, eu recebo formação ali.

Esta estrutura muda um pouco quando olharmos para as pessoas que acedem às **Clínicas e Centros de Saúde**, 46% dos inquiridos responderam que o motivo da última visita ao médico teve a ver com consulta de rotina; 30% por causa das dores; 8% acompanhar outra pessoa; 6% por recomendação médica e outros 6% por outros motivos.

Gráfico 54 -Avaliação da Limpeza/Higienização dos Ambientes

Relativamente à avaliação da limpeza/higienização dos ambientes, nota-se que, no geral (que coincide com os hospitais), 43% dos inquiridos qualificam de bom; 37% de regular; 12% de muito bom; 8% de muito péssimo.

Gráfico 55 – Avaliação da limpeza/higienização dos Ambientes nas Clínicas

No que concerne à avaliação da Limpeza/higienização dos ambientes, nas Clínicas observa-se que 52% dos inquiridos qualificam de bom; 36% de regular; 8% de muito bom; 4% de muito péssimo.

Gráfico 56 – Avaliação da Limpeza/higienização dos Ambientes nos Centros de Saúde

Quanto aos centros de saúde, no que concerne à avaliação da Limpeza/higienização dos ambientes, verifica-se os seguintes resultados: 40% dos inquiridos qualificam de regular; 34% de bom; 14% de muito bom; 12% péssimo. Observa-se que 88% dos inquiridos dão nota positiva quanto à limpeza/higienização dos centros de saúde.

Gráfico 57 – Conforto dos Ambientes

O conforto dos ambientes é avaliado como regular por 48% dos inquiridos; com a classificação de bom, por 37%; de péssimo por 10% e de muito bom por 5% dos inquiridos. Significa que a maioria dos inquiridos (90%) considera confortável os ambientes nas estruturas de saúde.

Gráfico 58 – Boa sinalização das estruturas de saúde

Ao serem perguntados se "o estabelecimento é bem sinalizado de forma a encontrar o local onde precisa ir?", observa-se que cerca de 69% afirmam que sim, sendo que 26% discordam dessa opinião. 5% dos inquiridos não respondeu/percebeu à questão.

Gráfico 59 – Higiene das Roupas Fornecidas

66% dos inquiridos consideram que as roupas fornecidas pelas estruturas de saúde são limpas; 20% reponderam que não fornecem; 8% discordam dessa afirmação que diz que são limpas, e 5% não responderam ou não sabem.

Gráfico 60 – Satisfação quanto à Limpeza e Conforto das Roupas

Em relação à limpeza e conforto das roupas, 68% dos inquiridos consideram-se satisfeitos; 16% mostraram-se insatisfeitos, 6% muito satisfeitos. Cerca de 10% não sabem ou não respondem.

Gráfico 61 – Alimentação Fornecida pela Estrutura

Nota-se que em relação à alimentação fornecida pela estrutura de saúde, neste caso o hospital, 50% dos inquiridos consideram-se satisfeitos; 2% muito satisfeitos, ao passo que 10% consideram-se muito insatisfeitos. Nota-se que 16% não responderam ou não sabem.

Gráfico 62 – Informações e Esclarecimentos sobre o estado de saúde

Dos inquiridos que procuram as estruturas de saúde para conhecer a sua situação ou estado de saúde, cerca de 76% consideram que tiveram informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde, ao passo que 18% consideram que não ficaram esclarecidos. 6% não sabem ou não respondem.

Gráfico 63 – Conhecimento do Nome do Profissional de Saúde que Atendeu

Ao serem perguntados se conheciam e/ou sabiam o nome do profissional que os atenderam, observa-se que a maioria, 72%, responderam afirmativamente, i.e.; sabiam o nome do médico ou profissional que os atenderam, o que é re-

velador de uma certa abertura e diálogo, assim como atenção. Porém, cerca de 28% responderam que não sabiam o nome da pessoa da saúde que os atendeu.

Gráfico 64 – Conhecimento de um Local Onde Reclamar

No geral, das estruturas de saúde visitadas, nota-se que 62% dos utentes sabem onde reclamar, sendo que 38% não sabem onde deixar as suas reclamações. Neste quesito, observa-se uma diferença para os utentes dos hospitais cujas respostas revelam que 50% dos inquiridos, como se pode ver no gráfico 24 abaixo indicado, não sabem onde reclamar.

Gráfico 65 – Conhecimento de um Local onde reclamar num hospital

Gráfico 66 – Pagamento de procedimento no atendimento

No geral, quando questionados se pagaram por algum procedimento no atendimento numa estrutura de saúde, verifica-se 72% pagaram, e que somente 22% não pagaram.

Neste quesito, nota-se de novo uma ligeira diferença para os utentes dos hospitais, cujas respostas dos inquiridos revelam que cerca de 30% não pagaram por qualquer procedimento (como mostra o gráfico abaixo).

Gráfico 67 – Pagamento de procedimento no atendimento num Hospital

Gráfico 68 – Custo de Pagamento do Procedimento numa estrutura de saúde

Dos inquiridos que responderam que pagaram por algum procedimento na estrutura de saúde, cerca de 33% consideram que pagaram menos de 500$00; 28% pagaram entre 2000 mil a 5000 mil escudos; 11% pagaram mais de 500$00; 3% pagaram entre 1000$00 a 2000$00; outros 3% também pagaram esse mesmo valor. Um número considerável de inquiridos, 22%, não sabem não respondem. Nota-se que o custo médio do procedimento é igual a 1.662$46 ECV.

Gráfico 69 – Expectativa quanto à Estrutura de saúde

No geral, quanto à expectativa em relação às estruturas de saúde, cerca de 66% dos inquiridos consideram que é igual ao que imaginavam; 14% consideram

que é pior do que imaginavam; 10% não tinha expectativas; 6% consideram que é melhor do que imaginavam.

Neste item, uma nota de destaque para os hospitais, cujas respostas de 13% dos inquiridos, apontam para uma expetativa "melhor do que imaginava".

Processo de Consulta

Gráfico 70 – Tempo de marcação da consulta

Questionados sobre quanto tempo levaram para marcar uma consulta, os inquiridos responderam da seguinte forma: 48% em menos de 1 semana; 18% entre 1 e 2 semanas; 16% entre 1 a 3 meses; 12% entre 2 semanas e 1 mês.

Nota-se uma queda de 48% para 32% relativos ao tempo de marcação da consulta em menos de uma semana, nos hospitais, ainda que 14% dos respondentes afirmarem conseguir uma consulta em menos de 1 mês como mostra o gráfico 71 na página seguinte.

Gráfico 71 – Tempo de marcação da consulta em Hospitais

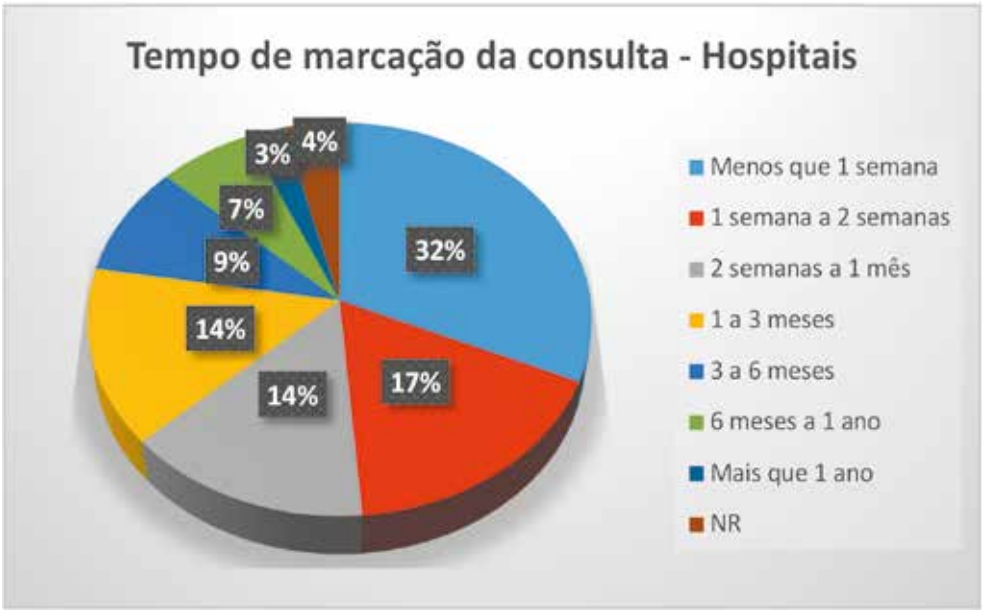
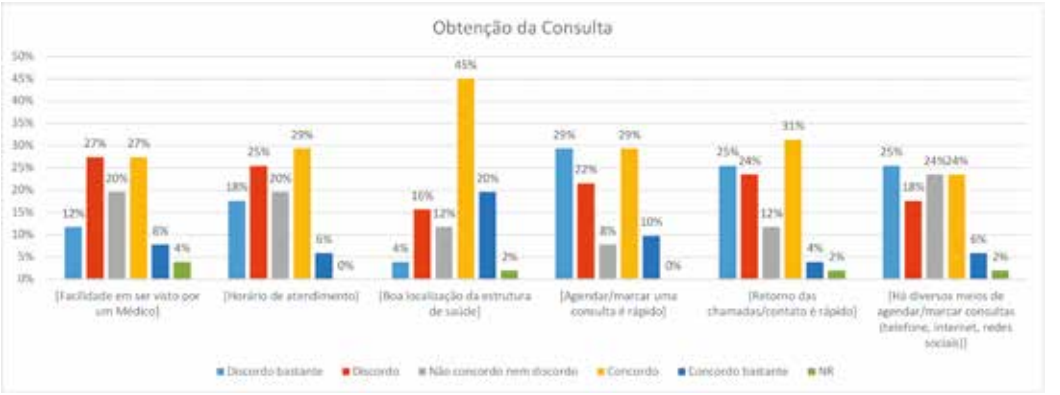


Gráfico 72 – Satisfação com o tempo de marcação da Consulta

Os dados mostram que 62% está satisfeito e muito satisfeito com o tempo de marcação da consulta. Contudo, cerca de 38% dos inquiridos estão insatisfeitos e muito insatisfeitos.

Gráfico 73 – Obtenção da Consulta



Relativamente à **Obtenção da Consulta**, ao serem perguntados sobre a "**Facilidade em ser visto por um Médico**" durante uma consulta, nota-se que para 39% dos inquiridos isso não corresponde à verdade, quer dizer que não é fácil ser visto por um médico. O interessante é que também outros 39% concordam ou concordam bastante que há uma facilidade em ser visto por um médico. Cerca de 20% não concordam nem discordam. Significa que as estruturas ou os serviços de saúde devem melhorar ou facilitar o serviço de atendimento por um médico. Normalmente, ter acesso a um médico nos hospitais nem sempre é fácil. Outra razão pode ter a ver com o preço das clínicas privadas, visto que a população de baixa renda não tem condições para tal. É possível que isso seja uma das causas da grande procura dos serviços de urgência.

Quanto ao "**Horário de Atendimento**" para uma consulta, 43% discordam e discordam bastante que seja favorável; 35% concordam ou concordam muito que é favorável. Nota-se que 20% dos inquiridos não concordam nem discordam que o horário de atendimento seja favorável. É uma situação de quase equilíbrio, pendendo um pouco para uma resposta negativa quanto ao horário de atendimento numa estrutura de saúde.

Quando a questão tem a ver com "**Boa localização da estrutura de saúde** ", verifica-se que cerca de 65% dos inquiridos concordam ou concordam bastante com a afirmação, sendo que somente 20% discorda ou discorda bastante. Normalmente, em Cabo Verde as estruturas de saúde estão a menos de 30 quilómetros das comunidades.

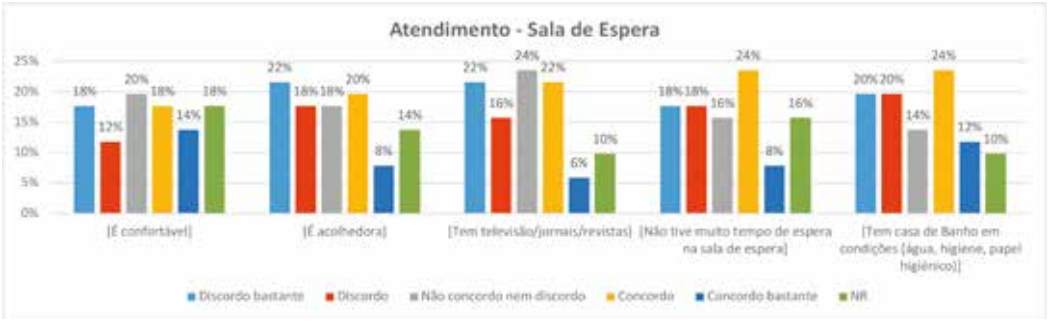
Quando questionados se "**Agendar/marcar uma consulta é rápido** ", os dados mostram que 51% discordam ou discordam bastante, enquanto que 39% concordam ou concordam bastante. De facto, conseguir um médico nas estruturas públicas não é fácil. Cerca de 12% não concordam nem discordam.

No que concerne ao "**Retorno das chamadas/contacto é rápido**", nota-se que 49% discordam ou discordam bastante, enquanto que 35% concordam ou concordam bastante; cerca de 12% não concordam nem discordam.

Isso significa que as estruturas de saúde devem melhorar o contacto com os utentes.

43% dos inquiridos discordam ou discordam bastante que "**Há diversos meios de agendar/marcar consultas (telefone, internet, redes sociais)**"; 30% concordam ou concordam bastante com esta afirmação. Há espaço para melhorar a utilização das redes sociais para marcação das consultas. Normalmente, usa-se mais telefone ou presencialmente.

Gráfico 74 – Atendimento – Sala de Espera



Relativamente ao **Atendimento na Sala de Espera**, nota-se que 32% consideram que concordam e concordam bastante que "É confortável" contra 30% dos inquiridos que discordam ou discordam muito dessa opinião. Observa-se que cerca de 38% ou não concordam nem discordam ou não sabem ou não respondem.

40% dos inquiridos discordam ou discordam bastante com a ideia de a sala de atendimento ser "**Acolhedora**", ao passo que somente 28% aceitam que seja confortável (concordam ou concordam muito). Ainda se nota que um número elevado dos inquiridos, 32%, não concordam nem discordam com a opinião e nem sabem ou respondem.

38% dos inquiridos concordam ou concordam muito que a sala de espera "**Tem televisão/jornais/revistas**", enquanto que 28% rejeitam esta ideia, discordando ou discordando muito. Cerca de 34% dos inquiridos não concordam nem discordam e nem sabem ou respondem.

36% dos inquiridos consideram que passam muito tempo na sala de espera; por isso discordam ou discordam muito com a afirmação "**Não tive muito tempo de espera na sala de espera**"; enquanto que 32% pensa o contrário, concordam ou concordam muito que não se passa muito tempo na sala de espera. Da mesma forma, o número de inquiridos que não discorda, nem concorda com esta afirmação ou que não sabem ou não respondem corresponde a 32%.

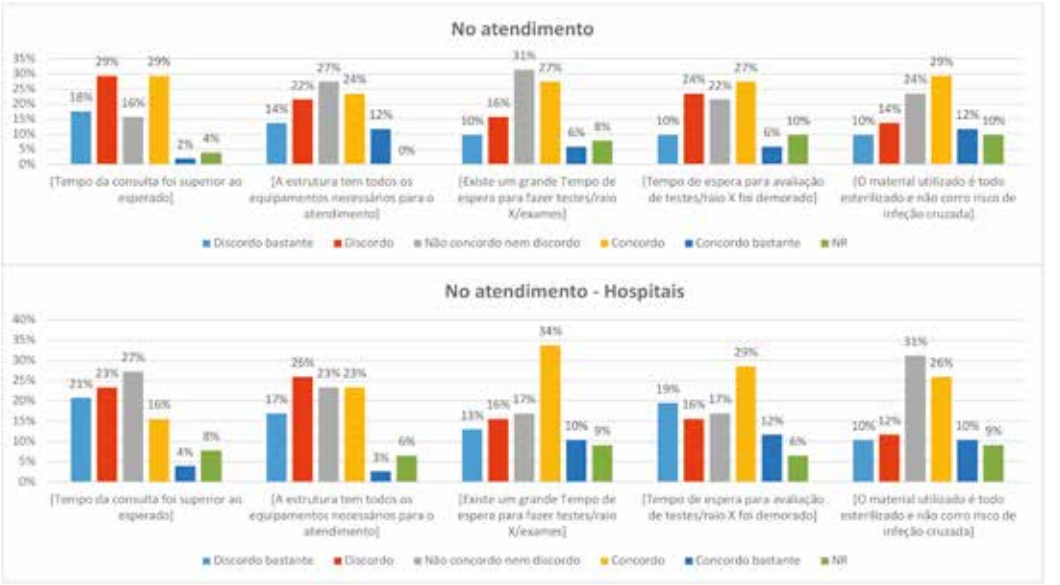
Cerca de 40% dos inquiridos rejeitam a ideia de as estruturas terem "**casa de Banho em condições (água, higiene, papel higiénico)**"; mas, nota-se que

cerca de 36% concordam ou concordam muito que existem essas condições. Os dados mostram ainda que 24% dos inquiridos não concordam nem discordam, ou simplesmente não sabem ou não respondem.

Gráfico 75 – Atendimento Sala de Espera – Hospitais

O quadro traçado permite estabelecer uma relação direta entre a avaliação das salas de espera no Geral (refletido pela avaliação das Clínicas), com a dos hospitais. Pode-se observar um desequilíbrio comparativo entre os hospitais e clínicas, ainda que a avaliação/apreciação global seja negativa. Portanto, 51% dos inquiridos consideram que a sala é desconfortável; 48% que não é acolhedora; 43% que não tem televisão/jornais/revistas; 61% afirma que tiveram muito tempo à espera na sala de espera; e 59% que não tem casa de banho em condições (água, higiene, papel higiénico)

Gráfico 76 – Atendimento

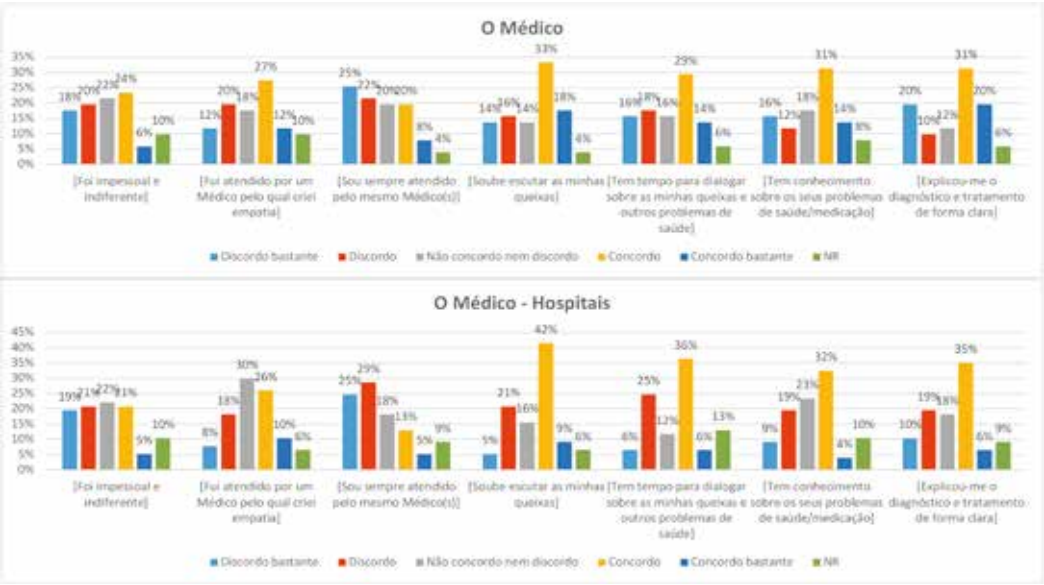


Comparando os resultados da pergunta concernente ao atendimento, entre certos serviços prestados nos hospitais e nas Clínicas/Centros de Saúde, nota-se um maior equilíbrio no atendimento, excetuando o item "**Existe um grande tempo de espera para fazer testes/raio x /exames**", em que 44% dos inquiridos que frequentam os hospitais concordam ou concordam muito, contra 33% daqueles que visitam as Clínicas/Centros de Saúde.

Nota-se que quanto ao atendimento médico, tanto nos hospitais, quanto nas Clínicas e Centros de Saúde, alguns tópicos são avaliados de forma semelhante, mormente os tópicos "**Fui atendido por um médico pelo qual criei empatia**". Para outros tópicos como "**Foi impessoal e indiferente**"; "**Sou sempre atendido pelo mesmo médico**"; "**soube escutar as minhas queixas**"; "**Tem tempo para dialogar sobre as minhas queixas e outros problemas de saúde**". A única diferença mais visível tem a ver com os itens "**Tem conhecimento sobre os seus problemas de saúde/medicação**", em que **45%** dos inquiridos que frequentam as clínicas concordam ou concordam muito, enquanto que os que frequentam os hospitais somente **37%** concordam ou concordam muito; e o item "**Explicou-me o diagnóstico e tratamento de forma clara**", nota-se que **51%** dos inquiridos que frequentam as Clínicas ou Centros de Saúde concordam e concordam muito, contra **41%** dos que frequentam os hospitais. Isto quer dizer que em relação a estes dois itens em análise (***Conhecimento sobre os seus problemas de saúde/medicação*** e ***Explicou-me o diagnóstico de forma clara)*** os serviços de atendimento nas clínicas parecem ser melhor avaliados. É possível que nas Clínicas os médicos dediquem mais tempo e atenção para com os pacientes.

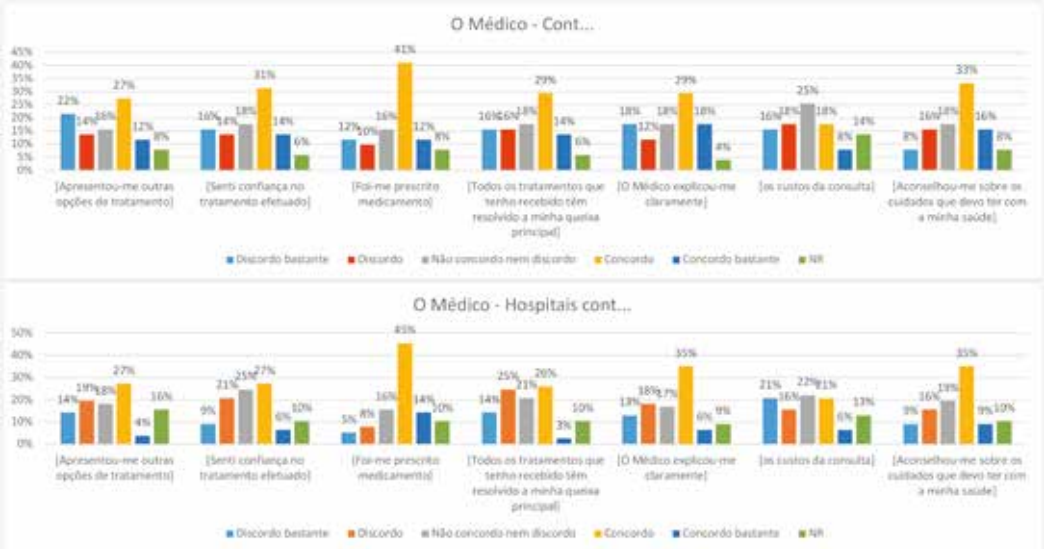
Nota-se uma vez mais um certo equilíbrio, com destaque para a prestação dos médicos nos hospitais, embora ambas mereçam apreciação positiva, embora demostrando haver uma maior confiança nos tratamentos apresentados e/ou efetuados nas Clínicas (**45%**) do que nos hospitais (**33%**). Parece que os inquiridos que se consultam nas clínicas sentem que o tratamento dá mais resultados (**43%**) de que nos hospitais (**29%**).

Gráfico 77 – Custo



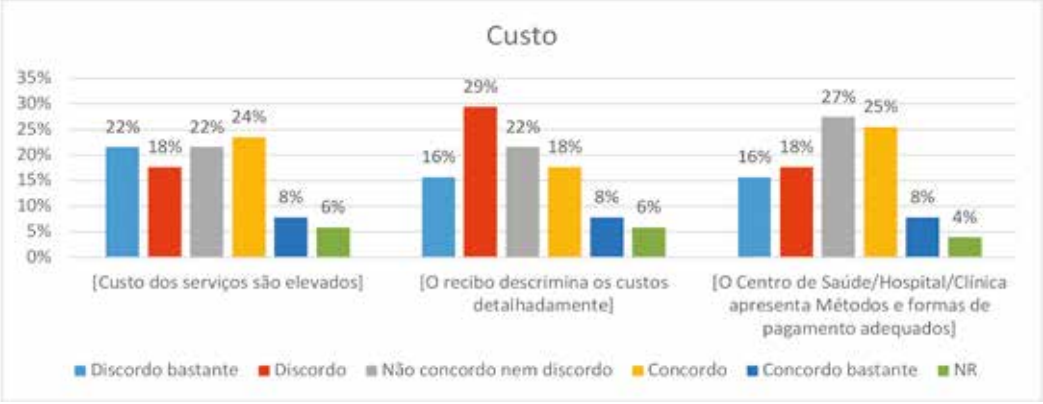
Em relação aos custos, no geral, cerca de 40% dos inquiridos não consideram que os "**custos dos serviços são elevados**"; 45% rejeitam a ideia que o "**recibo descrimina os custos detalhadamente**". Os valores entre as clínicas e os hospitais não diferem muito.

Gráfico 78 – Humanização dos Cuidados



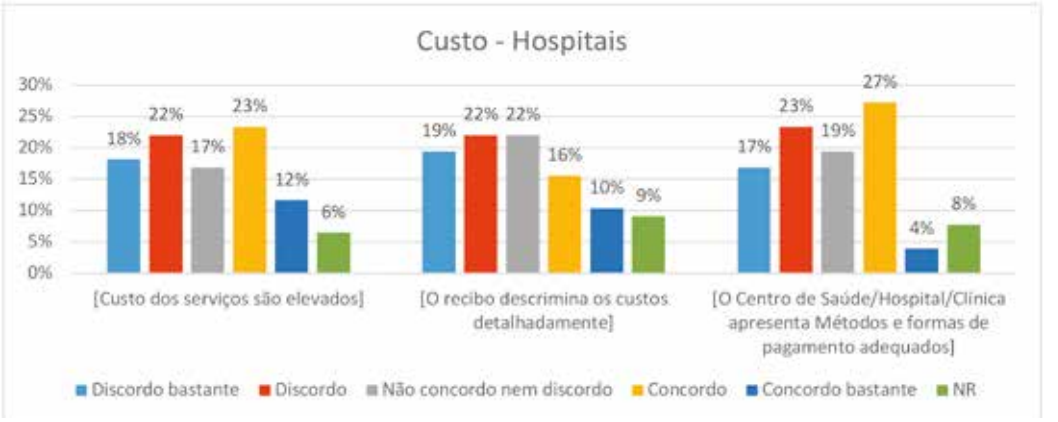
Ao ser solicitado aos inquiridos para avaliarem as estruturas de saúde na sua zona, quanto à humanização dos serviços, os dados apontam uma ligeira diferença entre as Clínicas e Hospitais quanto a alguns itens: Numa leitura comparativa **Clínica/Hospital**, nota-se que (**47%**)/(**30%**) dos inquiridos concordam que "*Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas*"; (**65%**)/(**55%**) que "*os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos*"; (**43%**)/(**39%**) que "*há a garantia de visita aberta, propiciando a presença da rede social do paciente, respeitando a dinâmica de cada unidade*"; (**53%**)/(**51%**) que "*utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde*"; (**51%**)/(**40%**) que "*Existe cordialidade, boa educação e sensatez no diálogo e na forma como os profissionais de saúde comunicam no geral*"; (**41%**)/(**39%**) que "*Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde*"; (**33%**)/(**19%**) dos inquiridos discordam que se "*realiza ações pró-ativas identificando necessidades e procura elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.*"

Gráfico 79 – Atenção Imediata: Urgência/Emergência



Questionados sobre os padrões de conformidade na Urgência/Emergência, nas estruturas de saúde, os dados mostram também, numa perspetiva comparativa, entre **Clínicas/Hospitais**, o seguinte resultado quanto a alguns itens: (**63%**)/(**53%**) Concordam que "*A Unidade possui infraestrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento imediato*"; (**59%**)/(**36%**) que "*a unidade dispõe de médico exclusivo e disponível em tempo integral*"; (**53%**)/(**53%**) que "***a unidade conta com análises clínicas laboratoriais, electrocardiologia e radiologia convencional***"; (**43%**)/(**55%**) "*Os profissionais que atuam em urgência e emergência têm capacitação específica*"; (**53%**)/(**43%**) "*utilizam protocolos de urgência na prática diária*"; (**53%**)/(**38%**) "*Existe gerenciamento do tempo de permanência do paciente na unidade de atendimento imediato*". Nota-se que os inquridos (e utentes), normalmente, avaliam as clínicas de forma mais positiva que os hospitais.

Gráfico 80 – Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades



No que concerne aos padrões de conformidade no Regime Ambulatorial de Especialidades, nas estruturas de saúde, os dados mostram, numa perspetiva comparativa, entre **Clínicas**/**Hospitais**, que os inquiridos concordam: (**63%**)/(**53%**) que "*A Unidade possui equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigenio destinado ao atendimento imediato*" (*75%*)/(**69%**); que "*existe enfermeiro na unidade durante todo o período de funcionamento*"; (**51%**)/(**62%**) "***O estabelecimento adota estratégias que garantam o fornecimento de medicamentos para os usuários***"; (**45%**)/(**34%**) que "*a unidade realiza ações de educação em saúde para pacientes e familiares*"; (**39%**)/(**36%**) "*O estabelecimento estimula a atuação da equipa multiprofissional no atendimento do usuário*"; (**51%**)/(**51%**) "*Os pacientes atendidos no serviço têm assegurado agendamento de retorno*". O quesito em que os hospitais são melhor representados na questão da atenção em regime ambulatorial de especialidades é a garantia de fornecimento de medicamentos para os usuários.

Gráfico 81 – Atenção em Regime de Internamento

Sempre numa perspetiva comparativa dos serviços prestados nas clínicas e hospitais, relativamente à atenção em regime de internamento, os dados revelam que os inquiridos concordam: (**Clínicas/Hospitais**): **(61%)**/**(57%)** "*A unidade possui médico disponível em tempo integral para o atendimento imediato*"; (**59%**)/(**58%**) "*A unidade possui equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigénio destinado ao atendimento imediato*"; (**43%**)/(**42%**) "*A unidade adota métodos que garantam a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica, minimizando ações desnecessárias*"; (**43%**)/(**42%**) "*A unidade capacita os pacientes e familiares quanto aos autocuidados*".

Gráfico 82 – Saúde Materno-infantil

Relativamente à saúde materno-Infantil, e tendo em conta o padrão de conformidade, nas estruturas de saúde, numa perspetiva comparativa (**Clínicas/Hospitais**), os dados revelam que os inquiridos concordam que: **(53%)**/**(64%)** "*todas as parturientes e recém-nascidos são assistidos/acompanhados por profissional habilitado (médico e/ou enfermeiro) durante todo o período de internação na realização do parto*"; **(49%)**/**(69%)** "*Todos os partos são realizados em local com infraestrutura, equipamentos, medicamentos e pessoal destinados à atenção da parturiente e do recém-nascido*"; (**45%**)/(**60%**) "*O estabelecimento utiliza o partograma para o acompanhamento da evolução dos trabalhos de parto*"; (**55%**)/(**58%**) "*A unidade adota regime de internação de alojamento conjunto e estimula o aleitamento materno*"; (**27%**)/(**31%**) "*As salas de pré-parto são individualizadas, garantindo a privacidade da parturiente e de seu acompanhante*"; (**45%**)/(**56%**) "*A unidade realiza ações educativas para a parturiente e os familiares em relação aos auto-cuidados, cuidados ao recém-nascido, importância da consulta puerperal e planeamento familiar*".

Nota-se que em relação ao serviço materno-infantil, os inquiridos/utentes avaliam melhor os padrões de qualidade nos hospitais, o que é compreensível,

na medida em que em Cabo Verde os partos são feitos quase que exclusivamente nos hospitais, onde existem mais recursos humanos e equipamentos neste setor.

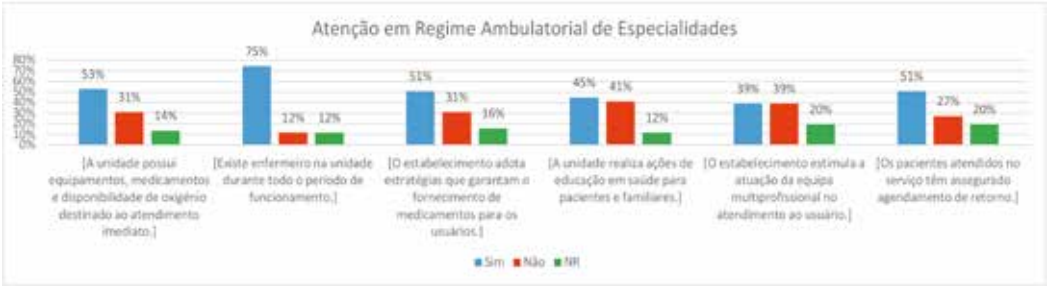
Gráfico 83 – Atendimento a Pessoas com Deficiência/PvVIH+ (Pessoas vivem com VIH), Doentes Crónicos

Quanto ao padrão de conformidade no que concerne ao atendimento a pessoas com deficiência, PvVIH+ e doentes crónicos nas estruturas de saúde, os resultados revelam, numa perspetiva comparativa (Clínicas/Hospitais), que os inquiridos concordam: **(39%)**/**(40%)** "*As PcDs, as PvVIH+ passam por dificuldades no acesso às estruturas de saúde*"; **(37%)**/**(34%)** "*Os serviços são adaptados a todas as necessidades das PcDs e PvVIH+*"; **(27%)**/**(21%)** "*Os serviços oferecidos são adaptados a todas as necessidades dos usuários de drogas da vossa comunidade*"; **(37%)**/**(38%)** "*Existem barreiras institucionais, atitudinais e físicas no atendimento às PcDs e PvVIH+*". Nota-se que os inquiridos que recorrem aos hospitais consideram que estes grupos-alvo sentem o problema da acessibilidade, assim como as barreiras atitudinais, físicas e institucionais.

Gráfico 84 – Dificuldades enfrentadas pelas PcD/PvVIH nas estruturas de saúde

Os inquiridos que frequentam as estruturas de saúde consideram que as dificuldades por que passam as PcD e as PvVIH são: discriminação (57,9%); preconceitos (55,3%; desrespeito (39,5%) e barreiras (34,2%). As dificuldades são praticamente iguais em todas as estruturas de saúde, quer sejam clínicas ou hospitais.

Gráfico 85 – Dificuldades por que passam as PcD (Pessoas com Deficiência) nas estruturas de saúde



Quanto às dificuldades por que passam as PcDs nas estruturas de saúde, comparando os resultados referentes às **Clínicas e Hospitais**, verifica-se que, segundo os inquiridos: Acessibilidades (**13,2% – 37,8%**); Atendimento (**10,5% – 22,2%**); Barreiras (**7,9% – 2,2%**). Grande parte dos inquiridos não respondeu a esta pergunta (**60,5% – 71,1%**). Nota-se que as dificuldades de acessibilidade e de atendimento é maior nos hospitais.

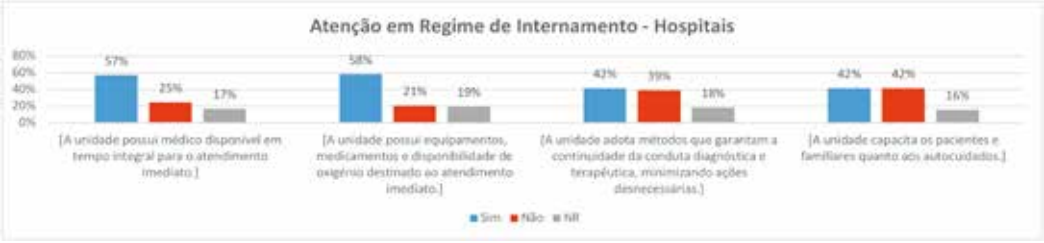
Gráfico 86 – Dificuldades enfrentadas pelos UD (Usuários de Drogas) nas estruturas de saúde

Os inquiridos que frequentam as estruturas de saúde consideram que as dificuldades por que passam os UDs (Usuários de Drogas) são: **discriminação** (42,0%); **preconceitos** (40,0%); **Abusos** (8,0%), **Violência** (6,0%) e **Desrespeito** (4,0%). Cerca de 24,0% dos inquiridos ou não sabem ou não respondem. Já nos hospitais, como se pode ver pelo gráfico abaixo, as maiores dificuldades são: **Preconceitos** (51,6%); **Abusos** 38,7%); **Desrespeito** (33,9%); **Discriminação** e **Violência**, ambas com 14,5% cada.

Gráfico 87 – Avaliação dos serviços oferecidos às PcDs, PvVIH, UD

Confrontados com a pergunta "Como é que avalia os serviços oferecidos para estes grupo-alvos (PcDs, PvVIH, UD)", os inquiridos, que frequentam as estruturas de saúde, responderam da seguinte forma: **Deficitário** (41%); **Discriminatório** (19%); **Humano** (17%); **Holístico** (2%). Nota-se que cerca de 15% não sabem ou não responderam.

Gráfico 88 – Situação pós-Covid-19 -Atendimento numa Estrutura de saúde durante e pós quarentena



Ao serem perguntados sobre como passou a ser o atendimento numa estrutura de saúde durante e pós quarentena, os inquiridos concordam e concordam bastante que "*As pessoas deixaram de ir com frequência às estruturas de saúde*" (**33%**); que "*o pessoal de saúde tem mostrado pouca empatia e paciência*"(**21%**); que "*as consultas passaram a ser mais breves e ligeiras*"***(32%);*** *"os médicos já não tocam os pacientes, mantendo-se distantes*"(***24%)***; "*os médicos têm tempo para dialogar sobre as minhas queixas e outros problemas de saúde*"(**14%**); "*o médico explicou-me o diagnóstico e tratamento de forma clara*" **(27%).**

Ainda sobre a mesma pergunta, sobre como passou a ser o atendimento numa estrutura de saúde durante e pós quarentena, os inquiridos discordam ou discordam bastante que "*Apresentou-me outras opções de tratamento*" (**37%**); "*senti confiança no tratamento efetuado*"(**31%**); "*foi-me prescrito medicamento*"(**33%**)*; discordam ou discordam bastante que "todos os tratamentos que tenho recebido têm resolvido a minha queixa principal*" *(**34%**)*; "*tive informações claras sobre os custos da consulta*" **(31%)**; que "*aconselhou-me sobre os cuidados que devo ter com a minha saúde*" (**31%**).

12. CONCLUSÕES

O Estudo Exercício da Cidadania em Saúde em Cabo Verde mostra que o país deu grandes passos na montagem de um Sistema Nacional de Saúde, com a construção de hospitais centrais, regionais, centros de saúde, delegacias de saúde, formação de médicos, enfermeiros e auxiliares de saúde que vão sustentando todo o sistema sanitário nacional. Tudo isto foi feito com base num esforço titânico de todos os governantes, assim como da população cabo-verdiana que souberam aproveitar muito bem da cooperação internacional, gerindo as ajudas, os apoios e os recursos humanos, materiais, tecnológicos e financeiros colocados à disposição pelos parceiros internacionais.

Hoje, o país enfrenta novos desafios, mormente as doenças não transmissíveis (hipertensão, diabetes, cancro) e doenças infecciosas (covid-19) que obrigam a estar vigilantes, permanentemente, e a melhorar paulatinamente as capacidades técnicas e sanitárias do país, investindo no pessoal técnico especializado, laboratórios e gestores estratégicos.

Apesar do serviço de saúde ser universal, e a saúde ser um direito social, existem ainda desafios enormes no que concerne à qualidade e equidade na prestação dos serviços a toda a população, sendo que um deles tem a ver com o acesso às populações consideradas vulneráveis, mormente as pessoas com deficiência.

Nota-se que o ordenamento jurídico cabo-verdiano concebe o direito à saúde como um direito social, de cariz positivo, e, portanto, "por inteiro" na esfera do legislador e das opções que este traçar. Trata-se assim de um direito social. É evidente que existe ainda uma franja enorme da população de baixa renda (cerca de 170 mil pobres, dos quais 50 mil muito pobres), que muitas vezes não conseguem ver satisfeitos os seus direitos à saúde (atendimento, tratamento, acompanhamento e cura), por questões financeiras, e outras vezes por causa daquilo que se chama de literacia em saúde, a capacidade de fazer prevenção, promover autocuidado para si e também contribuir para a saúde da sua família e comunidade.

O país ainda não chegou a um nível de literacia em saúde elevado, em que o próprio cidadão é visto, e sente-se, como um parceiro do sistema nacional de saúde. Está-se longe daquilo que se designa por *Decisão Partilhada em Saúde* (DPS), algo fundamental para participação das pessoas nas suas decisões relativas à sua saúde. A participação dos doentes/utentes no planeamento e execução dos cuidados ganha uma importância cada vez maior.

O conceito de literacia em saúde tem a ver com o desempenho de determinadas tarefas, numa perspetiva completamente individual, mas também com

uma componente social do indivíduo, assumindo-se como a capacidade de tomar decisões fundamentadas no seu dia-a-dia. Se ela for fraca/baixa, torna-se num fator de risco para diversas doenças, tais como obesidade (um nível de literacia em saúde inadequado tem sido associado a valores superiores de Índice de Massa Corporal), diabetes, doenças cardiovasculares e cancro. Muitos estudos mostram que a mortalidade nos **idosos** é claramente superior nos que têm uma baixa literacia em saúde, dado que se verifica uma menor capacidade dos idosos em tomar os medicamentos corretamente, de interpretar os rótulos e as mensagens de saúde e na existência de piores condições de saúde geral neste grupo populacional. De facto, os idosos, os doentes crónicos, aqueles que precisam de tomar medicação regularmente (tidos como grupos mais vulneráveis) são os mais afetados pelos inadequados níveis de literacia em saúde e os que mais fazem sentir os efeitos de inadequada literacia em saúde. Estudos recentes destacam também a relação entre um nível inadequado de literacia e taxas de mortalidade mais elevadas.

Hoje, recomenda-se ter um *conceito ampliado de saúde*, que não se restringe à acessibilidade dos serviços, mas que depende, também, de outros fatores considerados determinantes e condicionantes da saúde como a educação, habitação, trabalho, renda, transporte, alimentação, lazer e meio ambiente, devendo estes serem assegurados pelo Estado. De facto, é cada vez mais comum o reconhecimento do múltiplo papel que o paciente do século XXI ocupa no sistema nacional de saúde, como decisor, gestor da sua saúde, coprodutor de saúde, avaliador, um agente potencial de mudança, contribuinte e um cidadão ativo cuja voz deve ser tida em conta pelos decisores em saúde.

Da mesma forma, se se pretender melhorar a promoção da saúde, e a literacia em saúde, o conceito de *empowerment* adquire maior relevância, desde que foi legitimado pelas recomendações da **Carta de Ottawa** no final da década de 80, antecipando um processo de emancipação do cidadão, que passa pela capacitação e responsabilização por todos os aspetos da sua vida, visando um estado de saúde e bem-estar plenos.

Esta pesquisa, de abordagem quali-quantitativa procurou conhecer junto dos protagonistas do Sistema Nacional de Saúde, por um lado, autoridades sanitárias (gestores, médicos, etc.), e por outro lado, associações da sociedade civil, sobretudo aquelas que trabalham com pessoas com deficiência, seropositivos (PvVIH+), atletas com deficiência, mulheres com deficiência, isto é, grupos com necessidades 'especiais' e que, muitas vezes, se sentem um pouco discriminados, os desafios do sistema sanitário nacional, a cidadania e literacia em saúde, assim como a qualidade dos serviços prestados, num Estado de Direito Democrático.

É muito positivo este envolvimento das associações da sociedade civil nas discussões de algumas políticas de saúde, dos planos de desenvolvimento sanitário e estratégias de intervenção comunitária. Nota-se também com satisfação a contribuição das famílias no financiamento do Sistema Nacional de Saúde em

Cabo Verde, assim como a grande contribuição que dão no acompanhamento, cuidado e encaminhamento de populações vulneráveis e pobres, que tanto apoio e cuidados precisam, mormente na área da saúde (PcDs, PvVIH+, UDs, pobres, mulheres, imigrantes, etc.). Mesmo assim, há margem para melhorias, dado que o envolvimento das mesmas não pode ser somente nas campanhas de sensibilização, na socialização ou no cumprimento dos critérios que os doadores/financiadores internacionais impõem. Há espaço para um verdadeiro *empowerment* dos cidadãos, das associações e das comunidades.

Certas associações ainda não estão satisfeitas com o tipo de atendimento que as suas populações-alvo recebem nas estruturas de saúde nacionais, sobretudo as com deficiência, seropositivas e usuários de drogas.

Outra questão que merece um trabalho mais sério, de plaidoyer é a parceria/relação com os media. Estes podem ser um aliado fulcral na questão da cidadania em saúde, contribuindo na promoção, sensibilização e literacia em saúde, assim como abrir espaço para associações que trabalham com grupos vulneráveis, tenham acesso às plataformas de divulgação dos seus projetos, iniciativas e estratégias ligada à saúde. Os media não estão muito próximas das associações que defendem os direitos das PcDs, nem na questão da saúde. Só aparecem quando são chamados, dão cobertura aos eventos. As associações, inclusive, têm de pagar se quiserem passar um spot na televisão (pública).

Cabo Verde está numa transição, um pouco acelerada, de um modelo médico para um mais holístico. O interessante é que o modelo holístico é assumido pelo PNDS 2017-2021 e pelos técnicos e pessoal da saúde. Porém, uma coisa é o desejo outra coisa é a realidade. Os técnicos de saúde consideram que o modelo de intervenção, pelo menos na teoria, é mais holístico. Hoje, existem equipas multidisciplinares que trabalham as determinantes da saúde nos vários concelhos do país. Verifica-se uma mudança paulatina de paradigma que está a deixar de ser *hospitalocêntrica,* ou baseada no médico, para se focar na multissetorialidade, com equipas constituídas por médicos, psicólogos, assistentes sociais. Há ainda muito trabalho a ser feito, desde controlo/monitoramento, formação, diálogo, abertura, avaliação, de modo a se chegar ao modelo que se pretende. É que da parte da sociedade civil (associações) e das populações, o modelo que ainda mais se verifica é o médico. São duas narrativas diferentes, e talvez ambas com um pouco de verdade. Há necessidade de se trabalhar mais afincadamente as práticas, os hábitos e o *modus operandi.*

Outra questão importante tem a ver com o facto de o acesso às estruturas de saúde não dever ser visto somente na perspetiva física/material, mas sobretudo na questão da qualidade do atendimento, atenção, acompanhamento, diagnóstico, possibilidade, ou não, de realização de exames, compra de medicamentos, tempo de espera para uma consulta de especialidade, etc. Existe a questão ainda da acessibilidade, que para muitas PcDs muitos serviços ainda não estão adaptados. São os que mais sofrem com os défices existentes nas es-

truturas de saúde, nas políticas de saúde, a nível nacional, inclusive as crianças que precisam de próteses e cadeiras de rodas, e que, muitas das vezes recebem cadeiras de adultos, quando há disponibilidade de estoques.

O trabalho de proximidade, contacto com as populações é outro ganho enorme do sistema de saúde nacional. A existência das estruturas de saúde em todos os concelhos, desde delegações de saúde, com ligação direta com a população, assim como os órgãos indiretos de participação da população, Conselho Nacional de Saúde, com presença de várias organizações, é fundamental. A existência das Comissões Muncipais de Saúde que são multissetoriais, a nível local, permitem também uma abertura para a participação das comunidades. Neste sentido, o SNS tem relações diretas com as organizações de base comunitária, a nível regional e nacional, e ao mesmo tempo procura forjar relações privilegiadas, visando o empoderamento das populações para fazer face às questões da saúde e da doença.

Toda esta estratégia de **promoção da saúde** visa no fundo empoderar e informar as populações, desde os que recebam a atenção primária nas Delegacias de Saúde, nas Unidades Sanitárias de Base (USB) até aqueles que visitam as estruturas centrais, ou via media. Este tipo de trabalho obriga a uma reinvenção permanente das metodologias, de modo a chegar às populações, desde grupos informais, às igrejas, ONG's, líderes comunitários, trabalhando os direitos e deveres. A escola torna-se aqui uma aliada de peso.

Os novos desafios que as doenças crónicas não transmissíveis trazem obriga o Sistema Nacional de Saúde a criar e divulgar vários programas sobre a hipertensão, a saúde oral, a tuberculose, a diabete, HIV, etc. Por isso, as Delegacias de Saúde têm a missão de, na atenção primária, informar a população, de todas as faixas etárias, e educá-las, facultando-lhes informações, de modo a trabalharem a questão da prevenção das doenças.

O país possui condições de melhorar a literacia e cidadania em saúde, dado que a taxa de analfabetismo, no geral, é baixa, as pessoas têm acesso ao telemóvel, internet, televisão, rádio com boa taxa de penetração, usando grande parte das vezes as redes sociais, sobretudo nas populações jovens, assim como a rádio, o telemóvel, carro de som, panfletos. Nas zonas mais isoladas existem, pelo menos num raio de 30 quilómetros, uma estrutura de saúde que tem por missão também educar a população. A única questão é que a população é heterogénea, e é preciso adaptar as informações/mensagens a certos grupos como os invisuais, os surdos, etc. Um outro grande desafio para a melhoria da saúde nas populações tem a ver, para além de se reforçar a abordagem de proximidade (visitas às casas, contacto com as populações, etc.), com a mudança de atitudes.

Visto que Cabo Verde se tornou também num país de imigração, é importante que nas estratégias, e programas, de promoção da saúde se envolvam todos, sobretudo as associações de imigrantes, mormente as representantes das comunidades guineenses, visto que são povos que dão muita importância, e

respeitam, as técnicas e práticas tradicionais de cura/cuidado. Normalmente, quando as pessoas adoecem, em vez de procurarem as estruturas de saúde procuram os curandeiros tradicionais, sendo que os 'melhores' e/ou 'mais famosos' estão na Guiné Bissau e não em Cabo Verde. Os curandeiros ganham uma autoridade, maior que as estruturas de saúde. Existem certas doenças, pandémicas, que podem ser 'perigosas' em termos de propagação.

Ainda relativamente às comunidades imigrantes, a questão da regularização/documentação ganha uma importância titânica, visto que sem a documentação não conseguem se inscrever na segurança social e não têm cobertura nos medicamentos.

Uma das barreiras que as associações de imigrantes identificam nas estraturas de saúde é a mesma que as associações de pessoas com deficiência identificam e que tem a ver com o tipo de atendimento, problemas na comunicação e mau tratamento pelas pessoas que estão no *front office*.

A pesquisa no terreno aponta que muitas pessoas não gostam de ir às estruturas de saúde porque deixam-se levar mais pela parte cultural (*ramedi di terra*/remédio caseiro), outros não vão por falta de meios financeiros e alguns porque dizem haver discriminação nessas estruturas.

Um outro grande desafio para o Sistema Nacional de Saúde é garantir o funcionamento sustentável do sistema sanitário cabo-verdiano, através da maior contribuição de todas as fontes, assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde de qualidade e garantir a eficiência e eficácia na gestão dos recursos.

Nota-se que o financiamento do Ministério da Saúde é proveniente de 4 grandes fontes, com destaque para o peso das famílias: i) **O governo** que representa a maior fonte de financiamento, sendo responsável por **41,8%** do financiamento total em 2016. Em 2014, por exemplo as **famílias** foram o segundo grupo com maior contribuição, representando **35,6%** do valor total em 2014, e registando um aumento muito ligeiro da representatividade, comparativamente a 2012; iii) A**s empresas**, registaram uma perda de peso no financiamento total de cerca de **1%**, representando, em 2014, 6,2% do financiamento; iv) **As cooperações internacionais** têm vindo a aumentar a sua importância neste setor, representando em 2014 cerca de **16%** do financiamento total do Ministério da Saúde.

O caminho percorrido na área da saúde é fantástico, os ganhos são enormes, os indicadores dão coragem, mas ao mesmo tempo as doenças crónicas não transmissíveis começam a colocar sérias preocupações ao sistema de saúde cabo-verdiano. Há espaço para melhorar, enormemente, a cidadania e literacia em saúde, fazendo o que tem de ser feito: mais diagnósticos, melhor planificação, mais envolvimento dos atores e populações, mais pesquisas, mais partilhas, maior controle/monitoramento, avaliação cíclica dos serviços, mais e melhores informações às populações, melhor gestão, menos desperdício de recursos, mais humanização, mais e melhor prestação de contas, melhor planeamento, e redução das assimetrias regionais.

Há necessidade de, como já foi dito, reforçar o nível de literacia dos cidadãos/utentes nas escolas, comunidade, trabalho, etc., sobretudo na população masculina. Há um trabalho enorme que o Estado de Cabo Verde, através dos governos, deve fazer no sentido de melhorar o nível de proteção social dos cidadãos, garantindo-lhes alguma cobertura na saúde, desemprego, reforma. Isso só acontece com a melhoria das condições socioeconómicas, mormente no emprego e salário digno, visto que ainda é baixa a população que faz descontos para a segurança social.

Nota-se que as pessoas vão aos médicos somente quando estão com problemas. A prevenção deve ser melhor trabalhada, assumindo-a como um estilo de vida. As estruturas de saúde devem melhorar o conforto, a higienização das casas de banho e salas de espera, sobretudo nos hospitais.

A humanização dos cuidados deve ser assumida como uma estratégia de melhorar os cuidados, tratamento e prevenção. Neste sentido, o diálogo, os esclarecimentos ganham força. Os utentes devem denunciar casos de abusos e desrespeito e/ou a serem sensibilizados a denunciar.

O custo de saúde nas estruturas privadas é quase inacessível para a maioria da população. As estruturas públicas de saúde, mormente os hospitais e centros de saúde devem melhorar os cuidados, ter mais especialistas e reduzir o tempo de espera, assim como melhorar o atendimento e o tempo dedicado aos pacientes/utentes.

Ainda se nota que certos grupos-alvo passam por dificuldades nas estruturas de saúde. São os casos de PcDs, PvVIH+ e talvez UDs. A acessibilidade e adaptação dos serviços precisam ser melhorados; as barreiras institucionais, atitudinais e físicas e no atendimento precisam ser erradicadas, assim como relatos de discriminação, preconceitos, desrespeito, abusos, violência, etc. Os serviços a estas populações-alvo parecem ser ainda deficitários.

Há a necessidade de se adaptar ao 'novo normal', isto é, a convivência com a pandemia Covid-19. Esta situação pode ter contribuído para diminuir a presença das pessoas nas estruturas de saúde, a empatia do pessoal de saúde, assim como o tempo para diálogo e contacto. Isto pode também ter diminuído a confiança dos utentes no sistema de saúde.

13. Recomendações

As recomendações são assumidas como *inputs* que podem contribuir para a elaboração de futuras medidas, ações, estratégias que poderão melhorar o nível de participação e cidadania em saúde, em Cabo Verde. Consideramos que é possível alterar o cenário atual, melhorando os serviços, os cuidados, a responsabilização, a colaboração dos cidadãos, assim como da coletividade e das comunidades.

Nesta tarefa contínua de melhoria do nível de literacia em saúde, para além de se trabalhar o envolvimento/compromisso individual, e coletivo, o (auto)cuidado na saúde, o *empowerment*, deve-se encarar e trabalhar também as determinantes da saúde, o que obriga a pensar na resolução de problemas com origem em fatores culturais, individuais, coletivos, psicossociais, ambientais, etc.

Partimos do pressuposto que não cabe aos consultores/investigadores ou autores do estudo decidir quais as áreas prioritárias de intervenção. Torna-se mais estratégico que outros atores públicos e privados tenham essa iniciativa, sobretudo aqueles que estão vocacionados para tal, ou que a tenham como missão. Pretendemos deixar como sugestões, com base na realidade empírica, algumas recomendações que serão, ulteriormente, trabalhadas e aperfeiçoadas pelas equipas da saúde e da sociedade civil.

As estratégias em torno das quais se organizam as recomendações são as seguintes:

13.1. Análise/Diagnóstico e monitorização da situação referente à cidadania em saúde em Cabo Verde – Ponto de Partida e Avanços Alcançados

13.1.1. Compilação e organização de dados primários, identificando as principais falhas ou os principais desafios a vencer, tendo em conta a participação do cidadão

13.1.2 Controlar/Monitorizar, sistemática e periodicamente a evolução da situação

13.2 Qualificação do pessoal da saúde e promoção da humanização dos cuidados, tendo em conta a heterogeneidade, assim como as necessidades 'especiais' de certos segmentos da população

13.3 Promoção da literacia em saúde, da informação, capacitação e do *empowerment* em saúde (LCE) visando melhorar as condutas e o compromisso com a saúde individual e coletiva

13.4. Refazer um Sistema de saúde baseado em princípios de igualdade, justiça social, participação e partilha de responsabilidades juntamente com o cidadão e a sociedade

13.5. Pedagogia sanitária, com base num agir transparente, responsável e baseado em *role model* – tendo como figura os profissionais de saúde e envolvendo outros atores sociais

13.6 Envolvimento da academia e construção de evidência

13.7. Criação de um Fórum Anual de Saúde com definição das ações prioritárias a desenvolver

Efect.: Equipa do PNDS; Centros de Pesquisa Académica e de investigação

Público-alvo: país, população em geral e principais atores na saúde (dirigentes SNS, autarcas, sociedade civil)

14.1. Qualidade dos serviços de saúde e melhoramento contínuo, visando a cidadania em saúde, assim como o direito (substantivo) à saúde

14.1.1. Melhoria do tempo de dedicação aos utentes/pacientes nos hospitais, diagnóstico e aconselhamento sobre o estado de saúde, mais eficazes, sobretudo para as comunidades mais vulneráveis e com dificuldades para chegar às estruturas de saúde;

14.1.2. Investimento em infraestruturas de saúde, mormente os hospitais, melhorando a higiene das casas de banho (água, papel higiénico), assim como o conforto das salas de espera**;**

14.1.3. Melhoria da acessibilidade, combate às barreiras atitudinais, físicas e a nível do atendimento, assim como luta contra a discriminação, preconceitos, desrespeito, violência e abusos das populações vulneráveis (PcDs, PvVIH+, UDs);

14.1.4. Sensibilização do pessoal da saúde, das comunidades, sociedade civil;

14.1.5. Garantir proteção social e medicamentos aos mais vulneráveis;

14.1.6. Capacitar os profissionais de saúde relativamente à qualidade de atendimento, melhorando a empatia para com os utentes que procuram os serviços;

14.1.7. Sensibilização generalizada da sociedade civil como ator principal na promoção da higiene enquanto fator principal para a promoção da saúde;

14.1.8. Cobrir os estrangeiros residentes em Cabo Verde, sobretudo os oeste-africanos em situação regular, com evacuações internacionais;
14.1.8. Alargar o número de países para evacuações internacionais, diversificando os acordos, dado que só é feito com Portugal.

Efect.: Equipa do PNDS, MSS, OPcDs; Hospitais, Delegacias de Saúde

Público-alvo: País, regiões, população em geral, principais atores da saúde (SNS, autarcas, líderes locais, universidades, escolas, igrejas, associações).

14.2. Qualificação do pessoal da saúde e promoção da humanização dos cuidados, tendo em conta a heterogeneidade assim como as necessidades 'especiais' de certos segmentos da população

14.2.1. Os curricula dos cursos de profissões de saúde e educação incluem formação teórica e treino cognitivo-comportamental com avaliação e certificação adequadas em competências *comunicacionais* e *relacionais* no contexto do exercício dessas profissões, e conhecimentos das problemáticas ligadas à deficiência;
14.2.2. Realização de formações de curta duração sobre a inteligência emocional, paciência e empatia, assim como diálogo e atenção, melhoria do diagnóstico e da confiança no pessoal da saúde;
14.2.3. Maior sensibilização sobre as determinantes da saúde; palestras para pessoal da saúde e para as comunidades;
14.2.4. Melhorar a acessibilidade em termos de comunicação, espaços físicos e equipamentos;
14.2.5. Possibilitar o acesso à informação relevante e útil sobre os serviços de saúde;
14.2.6. Criar leis que deem respostas a especialidades que não estão cobertas pelo INPS, nomeadamente: fonoaudiologia; neuropsicologi, acompanhamento psicopedagógico e outras respostas (terapia da fala, autismo, dislexia, etc.)
14.2.7. Os serviços de saúde devem melhorar a resposta a nível de habilitação e reabilitação (fechar o diagnóstico e dar resposta para crianças e adultos);

Efect.: Universidades e Escolas Superiores de Saúde, MSS, PNDS

Público-alvo: estudantes das profissões de saúde, profissionais de saúde, ong's, associações.

14.2.8. Socialização de leis, planos, instrumentos concernentes ao direito à cidadania em saúde;
14.2.9. Atendimento digno, prestação de cuidados.

Público-alvo: ONGs, Associações.

14.3. Promoção da literacia em saúde, da informação, capacitação e do – empowerment em saúde (LCE) – com vista a melhorar as condutas e o compromisso com a saúde individual e coletiva

14.3.1. Desenvolver nos estabelecimentos supervisionados pelo Ministério da Educação projetos e atividades sinérgicas com o aumento da literacia em saúde e adoção de comportamentos saudáveis em todas as idades. Alguns programas poderão resultar melhor com algum tipo de incentivo ou prémio;
14.3.2. Desenvolver nas associações da sociedade civil atividades sinérgicas com o aumento da literacia em saúde e adoção de comportamentos saudáveis nas comunidades. O trabalho de sensibilização junto dos parceiros ganha força aqui;
14.3.3. Avaliação interna de qualidade nos serviços de saúde;
14.3.2. Reforçar as ações de sensibilização de prevenção contro o uso abusivo do álcool, tabaco e outras drogas;
14.3.4. Formação contínua para melhoria no atendimento (porteiros, pessoal do *front office*, enfermeiros, médicos).

14.4. **Formação na área de inteligência emocional ao pessoal de saúde, assim como avaliação da saúde mental e emocional dos mesmos;**

14.4.6. Melhoria de acesso à saúde nos estabelecimentos prisionais;
14.4.7. Promoção de boas práticas de saúde no ambiente laboral, com envolvimento das Câmaras de Comércio, entidades empregadoras, Ministério da Saúde, Inspeção Geral do Trabalho;
14.4.8. Sensibilizar o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Câmaras Municipais para a divulgação e promoção de comportamentos e práticas ligadas a cuidados de saúde pré-natal;
14.4.10. Criar sessões periódicas de consultas às famílias mais vulneráveis nas localidades, assim como feiras de saúde;

14.4.11. Envolver artistas, desportistas e empresas na promoção de comportamentos saudáveis;

14.4. 12. Melhoria na comunicação, mais inclusiva, sobre o acesso às estruturas de saúde com vídeos, imagens, sons, braille sobre os procedimentos, direitos e deveres dos cidadãos.

Efect.: Ministério da Educação em parceria com Ministério da Saúde-DNS; parceria com as OSC; ONGs

Público-alvo: comunidade educativa; população escolar dos 3 aos 18 anos e respetivas famílias; OSC e comunidades onde desenvolvem projetos;

14.4.13. Desenvolver o Portal da Saúde, com áreas de informação sobre práticas de *promoção da saúde*, *cuidados preventivos*, *problemas de saúde mais comuns*, auto-cuidados e emergência/urgência. Este serviço deve ter gestão profissionalizada (envolvendo universidades e centros de pesquisa), e ser atualizada regularmente.

Efect.: Equipa do Portal da Saúde

Público-alvo: população em geral

14.4.14. O Portal da Saúde poderá, ainda, dispor de espaços de interatividade e de personalização, possibilitando a utilização de determinadas ferramentas, como por exemplo, *check-up on-line*, planos de atividade física e de dieta, calculadoras de saúde (IMC, calendário de gravidez), comunidades, fóruns, blogs ou redes virtuais.

Efect.: Equipa do Portal da Saúde

Público-alvo: população em geral

14.5. Refazer um Sistema de saúde baseado em princípios de igualdade, justiça social, participação e partilha de responsabilidades juntamente com o cidadão e a sociedade

14.5.1. Aperfeiçoar e desenvolver um CNS (Cartão Nacional de Saúde) e um sistema de gestão de utentes, que proporcione acesso e interação com cada utente, através de palavra-passe, permi-

tindo funcionalidades de informação, escolha, gestão de recursos, incluindo gestão contabilística e financeira.

Efect.: PNDS, MSS, Hospitais Centrais, Hospitais Regionais

Público-alvo: Hospitais Centrais, Hospitais Regionais, Delegacias de Saúde e população em geral

14.5.2. Promover o contacto e comunicação com os serviços de saúde através de telefone, email ou Internet.

Efect.: órgãos de gestão dos serviços de saúde

Público-alvo: população em geral

14.5.3. Integrar os sistemas de informação do SNS, a começar pelo nível local.

Efect.: Hospitais Regionais, Hospitais Centrais, Delegacias de Saúde

Público-alvo: serviços de saúde do SNS (hospitais)

14.5.4. Garantir que a carta de direitos e deveres do cidadão em matéria de saúde é atualizada e contextualizada em cada área local de saúde de modo a que, além de princípios gerais, contenha aspetos práticos concretos, sobre o que o cidadão pode esperar e o que dele se espera na relação com os serviços de saúde da sua comunidade.

Efect.: Direção Nacional da Saúde

Público-alvo: serviços locais de saúde e população em geral

14.6. Pedagogia sanitária, com base num agir transparente, responsável e baseado em boas práticas e role model – a começar pelos profissionais de saúde e envolvendo outros atores sociais influentes

14.6.1. Promover nas instituições de educação para a saúde um programa de role model em saúde – privilegiando o princípio da *educação pelo exemplo*

Efect.: Ministério da Educação e Ministério da Saúde – DNS e Hospitais Centrais

Público-alvo: professores, funcionários, alunos e seus familiares

14.6.2. Envolver os médicos e os farmacêuticos, ou outros profissionais com quem os utentes contactam diariamente e em quem confiam, a serem exemplos de práticas e referências de uma cultura de saúde.

Efect.: Ordens profissionais; Ministério da Saúde e Segurança Social

Público-alvo: profissionais de saúde

14.6.3. Promover o envolvimento de figuras públicas (artistas, escritores, cientistas, desportistas, líderes políticos, líderes religiosos) e também de clubes desportivos e de empresas, no âmbito de políticas de responsabilidade social, visando a informação, sensibilização e adoção de comportamentos e de práticas de proteção e de promoção da saúde individual e coletiva/saúde pública.

Efect.: Equipa PNDS, OSC, Universidades, igrejas, setor empresarial e afins

Público-alvo: figuras públicas

14.7. Envolvimento da academia e construção de evidência

14.7.1. Estimular a comunidade científica e académica a realizar estudos e investigações sobre indicadores, motivação, participação, escolhas, satisfação e resultados relacionáveis com os processos da cidadania em saúde.

Efect: Equipa PNDS

Público-alvo: comunidade académica e científica

14.7.2. Desenvolver meios para medir, avaliar, construir evidência e partilhar informação.

Efect: comunidade académica e científica

Público-alvo: Decisores políticos, serviços de saúde e organizações e órgãos de participação da comunidade

14.8. Criação de um Fórum Anual de Saúde com definição das ações prioritárias a desenvolver

14.8.1. Priorizar e aferir anualmente as linhas de atuação.
14.8.2. Produzir e apresentar indicadores, projetos e boas práticas na área de cidadania em saúde

Efect.: Equipa do PNDS; órgãos consultivos do PNDS

Público-alvo: Serviços de saúde e população em geral

Bibliografia

Batisttella, Carlos (2007), Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (Orgs.), (2007) O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Baquero, Rute Vivian Angelo, (2012), Empoderamento: Instrumento de Emancipação Social? – Uma Discussão Conceitual Revista Debates, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.173-187, jan.-abr. 2012.

Canotilho, Gomes, Moreira, Vital, (2014), Constituição da República Portuguesa Anotada Vol I Artigos 1º a 107º – (4ª Edição Revista – Reimpressão).

Carta de Ottawa, Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, Ottawa, 1986.

CCS-Sida, (2006), II Plano Estratégico Nacional de Luta Contra a Sida (2006-2010), Praia.

CCS-Sida, (2018), Estudo Bio Comportamental Sobre a Vulnerabilidade das Pessoas com Deficiência Face ao VIH/Sida em Cabo Verde.

CCS-Sida, (2020), Inquérito Bio comportamental junto dos Consumidores das Drogas Injectáveis em Cabo Verde, Praia.

CIGEF, (2015), Estudo sobre o acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva prestados às mulheres com Deficiência e VIH, Praia.

CNDHC, (2016), Relatório Anual de Atividades da CNDHC, Praia, abril 2016.

CNDHC, (2018), Relatório de Atividades da CNDHC 2017, Praia.

CNDHC, (2010), I Relatório Nacional de Diretos Humanos 2004 – 2009, Praia.

CNDHC, (2020), II Relatório Nacional de Diretos Humanos 20010- 2019, Praia.

CNDHC, (2018), II Plano Nacional de Ação para os Direitos Humanos e a Cidadania (2017-2022), Praia.

Ferro, Ana Rita Ferro, (2018), Literacia em Saúde: da gestão da informação à decisão inteligente, Escola Nacional de Saúde Pública- Universidade Nova de Lisboa, Tese Policopiada, julho de 2018.

Figueiredo, Paula Pereira, Kerber Pereira, Nalú, (2009), A Saúde Sob a Perspetiva da Cidadania, remE – Rev. Min. Enferm.;13(2): 275-282, abr./jun., 2009, pp283-287.

Gramberger, Marc, (2001), Citizens as Partners OECD Handbook on Information, Consultation and Public Participation in Policy-Making, OCDE.

Gonçalves, Célia, Ramos, Vítor Ramos (2010), *CIDADANIA e SAÚDE: Um* caminho a percorrer… *Escola Nacional de Saúde Pública/ UNL, o*utubro de 2010.

Halfman, Jost, (1998), "Universalismo, Migrazione e I Rischi di Esclusione" in Inchiesta nº120 Aprile-Giugno. Edizione Dedalo, 1998, pp52-60.

Handicap International, (2017), Avaliação das Capacidades dos Atores Nacionais para a implementação das atividades de Sensibilização (Plaidoyer) Cabo Verde: FECAD e RedePvVIH: Relatório de Avaliação de 27 de abril a 9 de maio 2017.

INSP, (2020), Relatório do Estudo Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre a Covid-19 na População Residente em Cabo Verde, Praia, junho de 2020.

Legato, J. Marianne, (2012), Porque Morrem os Homens Primeiro?: Como prolongar a sua vida, Casal de Cambra: Caleidoscópio.

Ministério da Saúde, (2008), Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR-II) 2005, Praia.

Ministério da Saúde, (2008), Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (2008 – 2012), Praia.

Ministério da Saúde e da Segurança social (2020), Apresentação dos Principais Resultados Preliminares do IDSR-III, Praia.

Ministério da Educação, (2017), Plano Estratégico da Educação – 2017-2021, Educação, um compromisso com o presente e com o futuro, 2017.

Ministério da Saúde, (2012), Saúde: Um Compromisso do Estado: Responsabilidade de Todos, República de Cabo Verde, 2012-2016, Volume I [Versão Final 01] Praia, Dez. 2012

Ministério da Saúde e Segurança Social, (2019), Relatório Estatístico 2018, Praia, abril de 2019.

OMS, 2019, Contribuições da Organização Mundial da saúde em Cabo Verde 2016-2019.

Plano Nacional de Igualdade de Género 2015-2018, Cabo Verde: Uma agenda conjunta para fazer a diferença, Versão final, 30 novembro 2014.

Ministério da Saúde e Segurança Social, (2012), Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016, Praia.

Ministério da Saúde e Segurança Social, (2017), Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2017-2021, Praia.

Sousa, Nardi, (2003), Nardi Sousa, Imigração e Cidadania Local: Associativismo Imigrante e Políticas Públicas de Portugal, Praia: IBNL.

Soysal, Yasemin, (1998), "Mutamenti della Cittadinanza: Il Caso Dell'Islam Organizatto" in Inchiesta Nº120 Aprile-Giugno, 1998, pp44-51.

World Health Organization, (1998), Health promotion glossary. Genebra: WHO.

ANEXOS

ANEXO 1 – Quadro Legislativo Complexo e Diversificado – Lei de bases do Serviço Nacional de Saúde, que passamos a indicar de 1975 a 2021 (incluindo os revogados, com exceção, por ora, da legislação que tem que ver, de alguma forma, com a covid-19).

Resolução 23/2021 de 25/02/2021 – Fixação da comparticipação do Estado nas despesas inerentes ao processo de evacuação dos doentes não abrangidos pelo regime de proteção social obrigatório, gerido pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), para assistência na saúde em Portugal.

Resolução 19/2021 de 18/02/2021 – Autorização ao Ministério da Saúde e da Segurança Social para realizar despesas no montante de 56.240.125 Escudos Cabo-verdianos, respeitantes à aquisição dos Equipamentos de Proteção Individuais de Saúde, destinado ao Serviço Público de Saúde, o abrigo da Lei nº 88/VIII/2015, de 14 de abril, que aprova o Código da Contratação Pública.

Resolução 18/2021 de 18/02/2021 – Aprovação do Plano Nacional de Introdução e Vacinação contra a COVID-19, regulando o contexto do país, a organização do sistema de saúde, a situação epidemiológica da pandemia da covid-19 em Cabo Verde, a vacinação, os objetivos, os resultados esperados, a preparação regulatória, bem como o planeamento e a coordenação da introdução das vacinas, os recursos e o financiamento, a população alvo e as estratégias de vacinação, a gestão da cadeia de abastecimento e gestão de resíduos de saúde, as estratégias de treinamento, aceitação e adesão.

Decreto-Lei 2/2021 de 14/01/2021 (Retificação 17/2021 de 05/02/2021) – Estabelece o regime das taxas moderadoras devidas pela prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), ao abrigo do Regime geral das taxas e das contribuições aprovado pela Lei nº 100/VIII/2015, de 10 de Dezembro, derrogando a parte referente à tabela das taxas moderadoras prevista no Decreto-Lei nº 10/2007, de 20 de Março, que aprova as Tabelas de Cuidados de Saúde e de Comparticipação a praticar no Serviço Nacional de Saúde.

Portaria Conjunta 77/2020 de 30/12/2020 – Alteração da Portaria conjunta nº 51/2020, de 23 de setembro, que estabelece o preço fixo do teste de RT-

-PCR para a identificação do SARS-CoV-2, a ser aplicado pelo Serviço Público de Saúde, para as viagens Internacionais, no que tange ao preço fixo.

Portaria 73/2020 de 21/12/2020 – Criação da Delegacia de Saúde de São Lourenço dos Órgãos, na ilha de Santiago, como serviço desconcentrado do Ministério da Saúde e da Segurança Social (MSSS).

Portaria 72/2020 de 21/12/2020 – Criação da Delegacia de Saúde do Tarrafal de São Nicolau, como serviço desconcentrado do Ministério da Saúde e da Segurança Social (MSSS), ao abrigo do Decreto-lei nº 53/2016, de 10 de outubro, que aprova a Orgânica do Ministério da Saúde e da Segurança Social.

Lei 76/IX/2020 de 02/03/2020 – Alteração e republicação da Lei nº 41/VI/2004, de 5 de abril, que estabelece as bases do Serviço Nacional de Saúde, revogação da Lei nº 95/III/90, de 26 de outubro, que regulava o acesso e o exercício de atividades no domínio da saúde por cooperativas e pessoas privadas singulares ou coletivas, bem como da Lei nº 62/III/89, de 30 de dezembro, que aprovava as bases da saúde.

Portaria Conjunta 1/2020 de 08/01/2020 – Aprovação da Lista de transição dos trabalhadores da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares (ARFA), dos funcionários e trabalhadores da Direção Geral de Farmácia (DGF), e da Inspeção Geral de Saúde (IGS), para a Entidade Reguladora Independente da Saúde (ERIS) e para o Secretariado Nacional para a Segurança Alimentar e Nutricional (SNSAN) do Ministério da Agricultura e Ambiente (MAA).

Decreto-Lei 43/2019 de 24/09/2019 – Criação do Hospital Regional Ramiro Figueira (HRRF), situado na ilha do Sal, como estrutura desconcentrada e serviço autónomo do Departamento Governamental responsável pela área da Saúde, e aprovação dos respetivos Estatutos, regulando os princípios fundamentais, bem como a organização e o funcionamento, os recursos humanos, o regime financeiro, e os serviços, ao abrigo da Lei nº 41/VI/2004, de 5 de abril, que aprova a Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde, e do Decreto-Lei nº 53/2016, de 10 de outubro que aprova a nova orgânica do Ministério da Saúde e da Segurança Social (MSSS).

Portaria Conjunta 30/2019 de 21/08/2019 – Aprovação do Regulamento Interno de Formação Contínua do Ministério da Saúde e da Segurança Social (MSSS), regulando a coordenação e as ações de formação, a tipologia das ações de formação contínua, bem como a sua organização e os critérios de participação, as alterações e os cancelamentos, os direitos e deveres, e a avaliação, ao abrigo do Decreto-lei nº 34/2015 de 04 de Junho, que aprova o Regime Jurídico de capacitação e desenvolvimento dos Recursos Humanos da Administração pública.

Decreto-Lei 38/2019 de 31/07/2019 – Alteração do Decreto-Lei n.º 15/2007, de 23 de abril, que cria as Juntas de Saúde de Barlavento e de Sotavento, no que tange à competência e à reclamação.

Republicação 70/2019 de 20/06/2019 – Republicação do Decreto-lei nº 19/2019, de 6 de Maio que altera o Decreto-Lei nº 53/2016, de 10 de outubro, que estabelece a estrutura, a organização e as normas de funcionamento.

Resolução 63/2019 de 28/05/2019 – Autorização ao Ministério das Finanças para realizar despesas com o procedimento de aquisição agrupada de trinta e oito veículos operacionais mediante contrato de *leasing*, no valor de 227.606. 151 Escudos Cabo-verdianos, dos quais 18 ambulâncias com suporte básico de vida para as Delegacias e Centros de Saúde, 2 para o Tribunal de Contas, e 18 veículos para os serviços da Administração Pública, ao abrigo da Lei nº 88/VIII/2015, de 5 de janeiro, que aprova o Código da Contratação Pública e do Decreto-lei nº 1/2009, que aprova o Regulamento da Lei das Aquisições Públicas.

Decreto-Lei 19/2019 de 06/05/2019 – Alteração do Decreto-Lei n.º 53/2016, de 10 de Outubro, que estabelece a estrutura, a organização e as normas de funcionamento do Ministério da Saúde e da Segurança Social, no que tange às articulações, à estrutura geral, à Comissão Nacional de Medicamentos, à Direção Nacional de Saúde, ao Serviço de Vigilância Integrada e Respostas às Epidemias, ao Serviço de atenção integrada à saúde da criança, do adolescente da mulher e do homem, bem como, ao Serviço para prevenção e controlo de doenças prioritárias, ao Serviço para prevenção e redução dos factores de risco ligados a determinantes da saúde, ao Serviço Nacional de Telemedicina, à Direção-Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão, ao Serviço de planeamento, seguimento e avaliação, ao Serviço de Gestão Financeira e Patrimonial, ao Serviço de Gestão Recursos Humanos, e bem assim, ao Serviço de Apoio à Gestão, às Regiões Sanitárias e ao Instituto Nacional de Saúde Pública.

Decreto-Lei 3/2019 de 10/01/2019 (Retificação 9/2019 de 24/01/2019) – Criação da Entidade Reguladora Independente da Saúde (ERIS), definindo as suas atribuições, organização e funcionamento e aprovação dos respetivos estatutos, extinção da Agência de Regulação e Supervisão de Produtos Farmacêuticos e Alimentares (ARFA), da Agência Nacional de Segurança Alimentar (ANSA), da Direção Geral de Farmácia, e da Inspeção Geral da Saúde, regulando atribuições e competências, organização, gestão financeira e patrimonial e pessoal.

Decreto-Lei 33/2018 de 19/06/2018 – Aprovação da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (LNME) de Cabo Verde, a qual constitui a relação das substâncias ativas em Denominação Comum Internacional (DCI), traduzida para a língua portuguesa, formas farmacêuticas e apresentações, consideradas como essenciais e cuja disponibilidade deve ser garantida pelo Estado, e a qual não esgota a lista de especialidades farmacêuticas que podem estar disponíveis no país, regulando-se sobre a disponibilidade de medicamentos e de outros produtos de saúde no mercado, as prescrições e a periodicidade da atualização da LNME.

Decreto-Lei 9/2018 de 15/02/2018 – Criação do Hospital Regional de Santo Antão, enquanto Serviço Autónomo, designado de Hospital Regional de Santo

Antão Dr. João Morais (HRSA-HJM), como estrutura desconcentrada do Departamento Governamental responsável pela área da Saúde, o qual visa diagnosticar, tratar e reabilitar pessoas e doentes, na área da sua circunscrição territorial e ainda, colaborar na promoção e prevenção de doenças, na formação e na investigação científica, e aprovação dos respetivos Estatutos, regulando os princípios fundamentais, a organização e o funcionamento, os recursos humanos e o regime financeiro, e bem assim, os diferentes tipos de serviços de que dispõe.

Decreto-Lei 10/2018 de 15/02/2018 – Criação do Hospital Regional Sanitário Fogo e Brava – Serviço Autónomo, designado de Hospital Regional São Francisco de Assis (HRSFA), como estrutura desconcentrada do Departamento Governamental responsável pela área da Saúde, o qual visa diagnosticar, tratar e reabilitar pessoas e doentes, na área da sua circunscrição territorial e ainda, colaborar na promoção e prevenção de doenças, na formação e na investigação científica, e aprovação dos respetivos Estatutos, regulando princípios fundamentais, a organização e o funcionamento, os recursos humanos e o regime financeiro, e bem assim, os diferentes tipos de serviços de que dispõe.

Decreto-Lei 21/2017 de 15/05/2017 – Aprovação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários do pessoal que integra a carreira médica, de modo a garantir e organizar o exercício da atividade médica no Serviço Nacional de Saúde (SNS), promovendo a excelência no atendimento e na prestação de cuidados de saúde, a realização pessoal e profissional do médico, a estabilidade dos quadros e a permanente formação dos profissionais que a integram, bem como, incentivar e premiar a investigação e a experimentação científicas no domínio da medicina em Cabo Verde, regulando a carreira médica, bem como, o sistema remuneratório, a direção, e bem assim, a cessação de funções, revogação da lei nº 148/IV/95, de 7 de novembro, que cria a carreira médica e define o seu regime legal.

Decreto-Lei 15/2017 de 30/03/2017- Alteração e republicação do Decreto-Lei n.º 13/2016, de 1 de março, que institui o Banco de Leite Humano (BLH) e o Posto de Colheita de Leite Humano (PCLH), no que tange a um dos requisitos de funcionamento dos serviços dos BLH e dos PPCLH, a estrutura organizacional do pessoal, nomeadamente ao recrutamento de um técnico de saúde para exercer a função de responsável técnico do PCLH, bem como, aos requisitos para doação do leite materno, e bem assim, aos procedimentos para ordenha e colheita do mesmo.

Decreto-Lei 53/2016 de 10/10/2016 – Aprovação da nova orgânica do Ministério da Saúde e da Segurança Social (MSSS), departamento governamental que tem por missão definir, executar e avaliar a política nacional em matéria de saúde, promover e fiscalizar a sua aplicação, bem como supervisionar o sistema de proteção social obrigatório gerido pelo Instituto da Previdência Social de forma a garantir a excelência na gestão, na cobertura, no atendimento e na sustentabilidade do sistema de segurança social, regulando a sua natureza e direção, bem como a estrutura orgânica, os serviços de base territorial, e bem as-

sim os institutos públicos e serviços autónomos, e revogação do Decreto-Lei n.º 29/2015, de 18 de Maio, que aprovou a anterior orgânica do Ministério da Saúde.

Resolução 48/2016 de 15/04/2016 – Regulação da integração do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) no processo de gestão da evacuação dos doentes beneficiários do Regime de Solidariedade Social, gerido pela Direção-geral de Solidariedade Social (DGSS) e pelo Ministério da Saúde (MS), para tratamento em Portugal (país de acolhimento), bem como da redefinição das competências das entidades envolvidas no processo e atualização das prestações recebidas pelos beneficiários nesse âmbito, e revogação da Resolução n.º 37/94, de 16 de Agosto, que regulava o sistema de evacuação de doente.

Decreto-Lei 13/2016 (Banco e Posto de Colheita de Leite Humano) de 01/03/2016 – Instituição do Banco de Leite Humano (BLH) e do Posto de Colheita de Leite Humano (PCLH), visando-se estabelecer os requisitos para a sua instalação e funcionamento em todo território nacional, com o objetivo de garantir a segurança sanitária do leite humano ordenhado, regulando-se os princípios, organização e competências do BLH e do PCLH, higiene, saúde e conduta do pessoal que neles actua, bem como as instalações e equipamentos, a doação de leite, a receção, o armazenamento, o processamento e a distribuição do leite humano ordenhado, e bem assim o processo de rotulagem, gestão de qualidade e os regimes de fiscalização e sancionatório.

Decreto-Lei 11/2016 de 22/02/2016 – Regulamentação do regime jurídico de alimentação e saúde escolar, aprovado pela Lei n.º 89/VIII/2015, de 28 de Maio, o qual se aplica a todos os estabelecimentos de ensino do sistema educativo nacional, disciplinando a organização e o funcionamento do programa nacional de alimentação e saúde escolar, as necessidades nutricionais básicas e a qualidade das refeições, a comercialização de bebidas e produtos alimentares dentro dos estabelecimentos de ensino e à sua volta, a articulação intersetorial, contribuição dos pais e encarregados de educação e outros donativos, a fiscalização e o regime sancionatório.

Decreto-Lei 8/2016 de 12/02/2016 – Criação da Região Sanitária de Fogo e Brava (RSFB), serviço de base territorial do Ministério da Saúde, com sede na cidade de São Filipe, ilha do Fogo, e aprovação dos respetivos estatutos, os quais regulam a sua natureza, âmbito e atribuições, a sua organização e o funcionamento e os seus recursos humanos e financeiros.

Lei 89/VIII/2015 de 28/05/2015 – Estabelece o regime jurídico de alimentação e saúde escolar e institui o Programa Nacional de Alimentação e Saúde Escolar (PNASE), instrumento de execução da política de alimentação e saúde escolar, tendo como objetivo contribuir para o crescimento e o desenvolvimento integral dos alunos, a aprendizagem, o rendimento escolar e a formação de práticas alimentares saudáveis dos alunos, por meio de ações de educação alimentar e educação para a saúde, promoção, prevenção e atenção à saúde, contribuindo para o combate à má nutrição e à insegurança alimentar.

Decreto-Lei 29/2015 (Revogado) de 18/05/2015 – Aprovação da nova Orgânica do Ministério da Saúde, departamento governamental, que tem por missão definir, executar e avaliar a política nacional em matéria de saúde e das medidas legislativas correspondentes, promover e fiscalizar a sua aplicação e avaliar os respetivos resultados, a qual define as suas atribuições e estabelece a sua estrutura, organização e normas de funcionamento, e revogação do Decreto-lei n.º 39/2010, de 27 de Setembro, que aprovou o anterior diploma orgânico do Ministério da Saúde.

Decreto-Lei 10/2015 de 12/02/2015 – Criação da Região Sanitária de Santo Antão (RSSA), como serviço de base territorial do Ministério da Saúde, dotado de autonomia financeira, e que tem como objetivos o alargamento da cobertura da rede sanitária e a melhoria da prestação dos cuidados de saúde na área da sua circunscrição territorial e a concretização da descentralização no processo de planeamento do setor da saúde, destinada a otimizar a utilização de recursos disponibilizados para a prestação de cuidados a uma população suficientemente grande e residente num espaço geográfico determinado, integrando um certo número de municípios ou delegacias de saúde contíguos, e aprovação do seu respetivo Estatuto, o qual define a sua natureza, âmbito e atribuições, e regula a sua organização e funcionamento, e os recursos humanos e financeiros.

Decreto-Regulamentar 23/2014 de 10/06/2014 – Aprovação dos Estatutos do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), instituto público integrado na administração indireta do Estado com a missão de gerar, desenvolver e disseminar conhecimentos científicos e tecnológicos sobre a saúde e os seus determinantes, visando contribuir para o fortalecimento das políticas públicas e a melhoria do Sistema Nacional de Saúde, em prol do bem-estar da população de Cabo Verde, e bem assim coordenar e promover a adoção de políticas de promoção da saúde no país, numa perspetiva multissetorial e pluridisciplinar, cumprindo-se valores da equidade social, do acesso universal aos serviços de saúde, da solidariedade e integração intra e intersetorial, da ética na produção de conhecimentos e do respeito pelos direitos humanos, sociais e ambientais, os quais definem as atribuições do INSP e regulam os seus órgãos, estrutura orgânica, pessoal e regime financeiro e patrimonial.

Resolução 21/2014 de 14/03/2014 – Criação do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), instituto público, com sede na cidade da Praia a funcionar sob a superintendência do Ministro responsável pela área da Saúde, e derrogação do Decreto-Lei n.º 24/99, de 3 de Maio, na parte respeitante ao Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS), ora extinto e cujos direitos, obrigações e patrimónios são automaticamente transferidos para o INSP, sem dependência de qualquer formalidade legal.

Lei 37/VIII/2013 de 07/08/2013 – Estabelece os princípios gerais de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designados como pessoas com transtornos mentais e comportamentais,

em estabelecimento adequado, quando pelo seu comportamento se mostrar perigoso e for decretado ou confirmado por autoridade judicial competente ou por decisão médica, ao abrigo da Constituição da República de Cabo Verde, revista e republicada pela Lei Constitucional n.º 1/VII/2010, de 3 de Maio.

Decreto-Lei 27/2013 de 11/07/2013 – Estabelece regras de prescrição e dispensa de medicamentos e aprova os modelos de receita médica com aplicação a todos os medicamentos de uso humano, sujeitos a receita médica, incluindo medicamentos manipulados e medicamentos contendo estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, regulando a prescrição médica, a receita médica e a dispensa de medicamentos.

Decreto-Lei 22/2013 de 31/05/2013 – Determina a fusão da Agência de Regulação e Supervisão de Produtos Farmacêuticos e Alimentares (ARFA) e da Agência Nacional de Segurança Alimentar (ANSA) e aprova o novo estatuto da ARFA, autoridade administrativa independente, de base institucional, dotada de funções reguladoras, incluindo as de regulamentação, supervisão e sancionamento das infrações, revoga a Resolução n.º 72/98, de 31 de Dezembro, que criou a ANSA, o Decreto-lei n.º 47/2000, de 13 de Novembro, que aprovou os seus Estatutos e o Decreto-lei n.º 43/2005, de 27 de Junho, que aprovou os Estatutos da ARFA, e derroga na parte relevante o Decreto-lei n.º 39/2010, de 27 de Setembro, que aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde (MS), o Decreto-Lei n.º 39/2008, de 24 de Novembro, que regula as relações jurídico-tributárias geradoras da obrigação de pagamento de taxas e demais encargos devidos ao Estado, e o Decreto-Lei n.º 59/2006, de 26 de Dezembro, que regula a introdução no mercado de medicamentos de uso humano.

Portaria 27/2012 de 15/06/2012 – Fixação do horário de funcionamento dos Centros de Saúde integrados nas Delegacias de Saúde da Praia e do Mindelo, com um horário especial, em regime de período único e ininterrupto, das 8h00 horas às 20h00 horas, como forma de descongestionar os Bancos de Urgências dos Hospitais Centrais da Praia e do Mindelo a longo prazo.

Portaria 35/2011 de 03/10/2011 – Estabelece as regras relativas às deslocações para assistência médica dos beneficiários do regime da proteção social obrigatória, relativas a consultas ou tratamentos que ocorram num local situado fora do concelho de residência do utente, ou fora do País, e que sejam determinados pelas estruturas de saúde competentes.

Portaria 13/2011 de 07/02/2011-Definição do sistema de comparticipação da Entidade Gestora da Proteção Social obrigatória na aquisição de medicamentos prescritos aos beneficiários do sistema de saúde, e aprovação da lista de comparticipação na aquisição de medicamentos, através da criação de vários escalões, tendo em conta a necessidade de conferir uma maior acessibilidade dos utentes aos medicamentos essenciais para as patologias mais frequentes.

Decreto-Lei 39/2010 (Revogado) de 27/09/2010 – Aprovação do Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde (MS), enquanto departamento governamen-

tal que tem por missão, definir, executar e avaliar a política nacional em matéria de saúde, o qual determina, designadamente, a sua missão e atribuições, a estrutura orgânica, os serviços centrais e os institutos públicos e serviços autónomos e define o quadro de pessoal e revogação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 25/2003, de 25 de Agosto.

Portaria 33/2010 de 06/09/2010 – Criação da Equipa Nacional de Auditoria, para Revisão Clínica de Mortes Maternas e Neo-natais e de sobreviventes (ENAMM) a qual funciona junto da Direção Geral da Saúde e tem por missão proceder à auditoria clínica das sobreviventes e das mortes materna e neo-natal

Decreto 9/2010 de 31/05/2010 – Aprovação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) (RSI), assinado em Genebra (Suíça), a 18 de Maio de 2005, o qual visa prevenir, proteger contra, controlar e dar resposta em termos de saúde pública a uma propagação internacional de doenças, utilizando meios proporcionados e limitados aos riscos de saúde pública e evitando, em simultâneo, interferências desnecessárias com o tráfego e o comércio internacionais.

Resolução 38/2009 de 21/12/2009 – Aprovação do Plano de Contingência e Resposta à Epidemia de Dengue, doença infecciosa febril aguda causada por um vírus da família e transmitida por picada dos mosquitos considerada um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo.

Decreto-Lei 37/2009 de 28/09/2009 – Aprovação dos princípios e das normas que regem os hospitais regionais, enquanto estruturas de saúde de prestação de cuidados diferenciados de nível secundário, dotados de internamento e ambulatório com especialidades essenciais e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica preventiva, curativa, e de reabilitação.

Decreto-Lei 36/2009 de 28/09/2009 – Criação do Hospital Regional Santiago Norte – Serviço Autónomo (HRSN), enquanto estrutura desconcentrada do Ministério da Saúde, que visa a melhoria do serviço prestado aos utentes do Serviço Nacional de Saúde, e que tem por objetivo o diagnóstico, tratamento e reabilitação de indivíduos doentes na área territorial correspondente aos Municípios de Santa Catarina, Santa Cruz, São Lourenço dos Órgãos, São Miguel, São Salvador do Mundo e Tarrafal, e aprovação do respetivo Estatuto Orgânico.

Decreto-Legislativo 2/2009 de 15/06/2009 – Estabelece os princípios gerais relativos às infrações contra a economia e a saúde pública, as responsabilidades que incumbem aos operadores económicos, os procedimentos em caso de incumprimento e o respetivo regime sancionatório, atendendo a que as reformas económicas e sociais obrigam a avaliar e rever toda a legislação respeitante a este importante setor da atividade económica e social e a organizar os serviços públicos por forma a que possam responder eficazmente às exigências do desenvolvimento económico e social do país e à necessidade cada vez mais premente da defesa da saúde pública e dos consumidores.

Portaria 40/2008 de 15/12/2008 – Criação do Serviço Nacional de Transfusão de Sangue (SNTS), que funciona na dependência da Direção-Geral da Saúde, e aprovação do respetivo Regulamento.

Resolução 16/2008 de 14/04/2008 – Aprovação do Plano Estratégico de Luta Contra as Doenças Não transmissíveis (DNT) para o período de 2008 a 2010, instrumento de política nacional que define objetivos, estratégias, principais intervenções, resultados e metas, orçamentação e plano de seguimento e avaliação, com o intuito de reduzir a morbilidade e a mortalidade decorrente das doenças crónicas não transmissíveis, através da promoção da educação para a saúde, da redução da prevalência dos fatores de risco na população, do aumento da proporção das DNT diagnosticadas precocemente e controladas, e da capacitação dos médicos e enfermeiros.

Resolução 15/2008 de 07/04/2008 – Aprovação do Programa Nacional de Saúde Escolar, o qual pretende fornecer orientações estratégicas para a implementação das ações consideradas prioritárias no âmbito da saúde escolar, tendo em conta as características do país e a recente criação das Comissões Municipais de Saúde (CMS) como órgãos de acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde.

Resolução 5/2008 de 18/02/2008 – Aprovação da Política Nacional de Saúde, a qual consubstancia os eixos estratégicos da reforma do Serviço Nacional de Saúde no horizonte 2020.

Despacho 18/02/2008 de 18/02/2008 – Delegação na Diretora-Geral da Saúde da competência para homologar as decisões das Juntas de Saúde, bem como apreciar e decidir a situação dos doentes evacuados, relativamente à sua permanência ou não em tratamento no exterior.

Decreto-Lei 28/2007 de 13/08/2007 – Estabelece o regime das receitas próprias arrecadadas pelas Delegacias de Saúde e pelos estabelecimentos de saúde a elas afetos, bem como da prestação de contas a que estão sujeitas essas entidades

Decreto-Lei 26/2007 de 30/07/2007 – Criação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS), entidade autónoma e independente, multissetorial e multidisciplinar, que assegura a salvaguarda da dignidade, dos direitos, da segurança e do bem-estar de todos os potenciais participantes em pesquisas para a saúde

Resolução 22/2007 de 02/07/2007 – Concessão de autonomia financeira às Delegacias de Saúde, mediante a atribuição do poder de cobrar receitas pelos serviços que prestam, bem como as respeitantes a donativos e quaisquer outras que por lei lhes estejam destinadas

Decreto-Lei 15/2007 de 23/04/2007 – Criação das Juntas de Saúde de Barlavento e de Sotavento e regulação da sua organização, competências e funcionamento.

Decreto-Lei 11/2007 de 20/03/2007 – Estabelece a composição das Comissões Municipais de Saúde, enquanto órgãos de acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde e de consulta do Ministro da Saúde em matéria de formulação e execução da política nacional de saúde a nível municipal.

Decreto-Lei 10/2007 de 20/03/2007 – Tabelas de Cuidados de Saúde e de Comparticipação a praticar no Serviço Nacional de Saúde) de 21/03/2007 com a redação dada por Decreto-Lei 2/2021 (Regime das taxas moderadoras devidas pela prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde).

Decreto-Lei 58/2006 de 26/12/2006 – Criação, como estrutura desconcentrada do Ministério da Saúde, da Região Sanitária de Santiago Norte – Serviço Autónomo (RSSN).

Decreto-Regulamentar 1/2006 de 16/01/2006 – Estabelece as normas de estruturação e gestão das Delegacias de Saúde (DS).

Decreto-Lei 83/2005 de 19/12/2005 – Estabelece os princípios e as normas por que se regem os Hospitais Centrais, enquanto estabelecimentos públicos destinados a efetuar prestações de cuidados de saúde.

Resolução 15/2005 de 25/04/2005 – Criação, junto da Direção-Geral da Saúde, da Comissão Interministerial de Luta contra o Alcoolismo.

Decreto-Lei 23/2005 de 11/04/2005 – Estabelece a composição, atribuições e funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, órgão de acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde e de consulta do Ministro da Saúde em matéria de formulação e execução da política nacional de saúde, e revogação do Decreto-Lei n.º 180/90, de 29 de Dezembro que cria o CNS.

Lei 41/VI/2004 de 05/04/2004 – Estabelece as bases do Serviço Nacional de Saúde, incluindo a definição de ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, com caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, tendo em vista a promoção e proteção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença, e revoga a Lei n.º 62/III/89, de 30 de Dezembro, que aprova as bases gerais da saúde, alterada pelo Decreto- Lei n.º 183/91, de 28 de Dezembro, e pela Lei n.º 79/IV/93, de 12 de Julho.

Decreto-Lei 25/2003 (Revogado) de 25/08/2003 – Aprovação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde (MS), e derrogação da estrutura orgânica constante do Decreto-Lei n.º 21/2001, de 29 de outubro, na parte referente à Saúde.

Resolução 16/2003 (Revogado) de 28/07/2003 – Aprovação da Política Farmacêutica Nacional, a qual permitirá ao Ministério da Saúde e aos diferentes parceiros no setor do medicamento, coordenar e orientar as suas intervenções, com o objetivo de ter sempre disponíveis medicamentos essenciais, eficazes, seguros e de qualidade e assegurar uma utilização racional ao conjunto da população.

Decreto-Lei 21/2001 de 29/10/2001 – Aprovação do Diploma Orgânico do Ministério da Saúde, Emprego e Solidariedade e aprovação do respetivo quadro de pessoal.

Portaria 55/2001 de 08/10/2001 – Criação das Delegacias de Saúde nos Concelhos dos Mosteiros, na ilha do Fogo e de São Domingos e da Calheta, na ilha de Santiago.

Decreto-Regulamentar 14/99 de 16/08/1999 – Alteração do Decreto-Regulamentar n.º 24/97, de 31 de dezembro que regulamenta o regime de trabalho e o sistema remuneratório dos médicos do Serviço Nacional de Saúde integrados na carreira.

Decreto-Lei 24/99 de 03/05/1999 – Aprovação da Orgânica do Ministério da Saúde, enquanto departamento governamental encarregado de propor, elaborar, fiscalizar, avaliar e assegurar a execução das políticas em matéria de saúde e de reabilitação dos portadores de deficiência, incluindo a adoção das correspondentes medidas legislativas, e revogação do Decreto-Lei n.º 37/93, de 28 de Junho, do Decreto Regulamentar n.º 16/93 de 20 de Setembro e da Portaria n.º 55/93 de 13 de Setembro.

Portaria 45/93 de 16/08/1993 – Aprovação do Regulamento dos Estabelecimentos Privados de Prestação de Cuidados de Saúde, o qual visa estabelecer os requisitos especiais de licenciamento dos estabelecimentos privados de prestação de cuidados de saúde, adiante designados por estabelecimentos.

Lei 79/IV/93 (Revogado) de 12/07/1993 – Alteração da Lei de Bases de Saúde, Lei n.º 62/III/89, de 30 de dezembro, na parte respeitante à participação.

Decreto-Lei 14/93 de 15/03/1993 – Aprovação do Estatuto Orgânico dos Hospitais Centrais de Cabo Verde, enquanto hospitais que visam prestar cuidados de saúde, com ou sem internamento, relativos a urgência, exames de diagnóstico, vigilância e tratamento de doentes.

Decreto-Regulamentar 4/93 (Revogado) de 08/03/1993 – Aprovação da Tabela de Cuidados de Saúde a praticar no Serviço Nacional de Saúde e revogação da Portaria n.º 48/89, de 2 de setembro.

Decreto 8/92 de 21/01/1992 – Regulação das condições e do processo de licenciamento da instalação e do funcionamento dos estabelecimentos privados de prestação de cuidados de saúde.

Decreto-Lei 183/91 (Revogado) de 28/12/1991 – Alteração da Lei de Bases de Saúde, no que respeita à prioridade dos serviços de saúde, aos setores cooperativo e privado de Saúde, à participação na promoção da saúde e na prevenção da doença, ao Estatuto dos serviços e estabelecimentos de saúde, ao ingresso nas carreiras, ao regime de serviço do pessoal, às remunerações e aos encargos do utente não coberto por seguro.

Portaria 44/91 de 09/11/1991 – Criação, com sede na Vila das Pombas, da Delegacia de Saúde do Concelho de Paúl.

Decreto 181/90 de 29/12/1990 – Regulamentação do licenciamento e funcionamento dos estabelecimentos de saúde cooperativos e privados.

Decreto-Lei 180/90 (Revogado) de 29/12/1990 – Criação, junto do membro do governo responsável pelo setor da saúde, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Decreto-Lei 179/90 (Revogado) de 29/12/1990 – Regulamentação do registo do pessoal técnico de saúde que pretenda exercer a sua atividade nos setores cooperativo e privado da prestação de cuidados de saúde.

Lei 95/III/90 (Revogado) de 26/10/1990 – Regulação do acesso e exercício de atividades no domínio da saúde por cooperativas e pessoas privadas singulares ou coletivas.

Portaria 13/90 de 12/05/1990 – Distribuição à Direção Geral de Administração do Ministério da Saúde das verbas do orçamento vigente.

Lei 62/III/89 (Revogado) de 30/12/1989 – Definição das bases gerais a que deve obedecer a promoção da saúde e a prevenção, tratamento e reabilitação da doença.

Decreto-Lei 89/87 (Revogado) de 22/08/1987 – Aprovação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais, enquanto departamento governamental que elabora e assegura a execução das políticas de Saúde, Proteção Social, Trabalho e Emprego.

Decreto 12/78 de 18/02/1978 – Criação no Ministério da Saúde e Assuntos Sociais, da Direção-Geral de Saúde.

Decreto-Lei 7/78 de 11/02/1978 – Extinção da Direção Nacional de Saúde e das Direções-Gerais que a integram.

Despacho 15/12/1975 de 15/12/1975 – Determina o encaminhamento de todos os requerimentos de apresentação à Junta de Saúde, para efeitos de aposentação, para a Direção Nacional do Trabalho e da Função Pública, atendendo a que se torna necessário proceder a uma análise prévia dos pedidos de apresentação à Junta de Saúde para efeitos de aposentação, isto com o objetivo de se evitar certos oportunismos na obtenção de pensões de reforma.

Decreto 50/75 de 17/11/1975 – Reestruturação da Direção Nacional de Saúde, com sede na Praia, e definição da competência dos departamentos que a integram, tendo em conta que além de limitações materiais humanas existentes, depara-se ainda com grandes deficiências organizativas que necessariamente repercutem de forma negativa na saúde da população e dificultam a elaboração e execução de uma política planificada e integrada.

Decreto-Lei 2/75 de 19/07/1975 – Criação da Associação da Cruz Vermelha de Cabo Verde, a qual tem como objetivo estimular e favorecer atividades que superem as deficiências da saúde, assistência e cooperação no plano social, e o lançamento de estruturas para a futura cooperação internacional dessas mesmas atividades.

ANEXO 2 – Medidas e Políticas Produzidas, no período pós Covid-19 (um conjunto de legislações especificamente ligados à pandemia).

Resolução 18/2021 de 18/02/2021 – Aprovação do Plano Nacional de Introdução e Vacinação contra a COVID-19, regulando o contexto do país, a organização do sistema de saúde, a situação epidemiológica da pandemia da covid-19 em Cabo Verde, a vacinação, os objetivos, os resultados esperados, a preparação regulatória, bem como o planeamento e a coordenação da introdução das vacinas, os recursos e o financiamento, a população alvo e as estratégias de vacinação, a gestão da cadeia de abastecimento e gestão de resíduos de saúde, as estratégias de treinamento, aceitação e adesão.

Resolução 14/2021 de 09/02/2021 – Alteração da Resolução nº 58/2020, de 30 março, que aprova um conjunto de medidas dirigidas à proteção social das famílias e à proteção do rendimento dos que operam no setor informal da economia e que ficam afetados pelas medidas restritivas de combate ao novo coronavírus, a COVID-19, no que tange à assistência alimentar, e revogação da anterior Resolução nº 9/2021, de 4 de fevereiro, que alterava a supracitada Resolução.

Resolução 9/2021 (Revogado) de 04/02/2021 – Alteração da Resolução nº 58/2020, de 30 março, que aprova um conjunto de medidas dirigidas à proteção social das famílias e à proteção do rendimento dos que operam no setor informal da economia e que ficam afetados pelas medidas restritivas de combate ao novo coronavírus, a COVID-19, no que tange à assistência alimentar.

Resolução de 13/2021 de 04/02/2021 – Aprovação de medidas específicas de prevenção e contenção da pandemia COVID-19 aplicáveis ao período festivo de Carnaval e Quarta-feira de Cinzas, em todo o território nacional, mas também aplicáveis às celebrações do "Dia do Município".

Lei 113/IX/2021 de 08/01/2021 – Alteração do Regime Simplificado de Suspensão de Contrato de Trabalho, aprovado pela Lei nº 97/IX/2020, de 23 de julho, que estabelece a medida excecional e temporária de proteção dos postos de trabalho, no âmbito da pandemia da COVID-19, através do regime simplificado de suspensão de contrato de trabalho, no que tange ao âmbito, a suspensão do contrato de trabalho, bem como aos benefícios do trabalhador em situação de suspensão do contrato de trabalho, e a aplicação retroativa.

Decreto-Lei 85/2020 de 18/12/2020 – Estabelece um regime excecional e temporário, no âmbito da pandemia da doença Covid–19, relativo ao pagamento do prémio de seguro e aos efeitos da diminuição temporária do risco nos contratos de seguro decorrentes de redução significativa ou de suspensão de atividade.

Resolução 171/2020 de 18/12/2020 – Criação da Comissão Nacional de Coordenação para a introdução da vacina contra a COVID-19 (CNC), que tem

por missão planificar, coordenar, supervisionar e avaliar a implementação das ações relativas à introdução da vacina contra a COVID-19, no território nacional.

Resolução 167/2020 (Revogado) de 14/12/2020 – Aprovação das Medidas Adicionais de Empoderamento das Famílias Pobres e das Micro, Pequenas e Médias Empresas, relativas à atribuição das casas do Programa «Casa para Todos» da classe A em regime de renda social a Agregados Familiares Pobres inscritos no Cadastro Social Único em situação de défice habitacional e venda das casas das classes B e C em regime de venda a prestações com reserva de propriedade, comumente designada renda resolúvel, a agregados familiares com capacidade de pagamento, no contexto da recessão causada pela pandemia da COVID-19.

Resolução 166/2020 de 14/12/2020 – Alteração da Resolução nº 138/2020, de 12 de Outubro, que autoriza, com efeitos a partir das 00h00 (zero horas) do dia 12 de Outubro de 2020, o tráfego aéreo e marítimo comercial de passageiros, com destino e a partir de Cabo Verde, no que tange à vigilância sanitária e ao regime excecional, no âmbito da prevenção da propagação da pandemia da COVID-19.

Resolução 164/2020 de 14/12/2020 – Aprovação da Medida Adicional relativa a um conjunto de incentivos à produção cultural para apoiar a classe artística nacional, nomeadamente produtores e agentes culturais cujas fontes de rendimento sejam oriundas, única e exclusivamente, da sua atividade profissional nas áreas das artes e das indústrias criativas, e cuja atividade se encontra suspensa, no contexto da recessão causada pela pandemia da COVID-19.

Resolução 163/2020 de 14/12/2020 – Aprovação da Medida Adicional de Empoderamento das Famílias Pobres relativamente ao consumo digno de energia eléctrica, no contexto da recessão causada pela pandemia da COVID-19.

Resolução 162/2020 de 14/12/2020 – Aprovação da Medida Adicional de Empoderamento das Famílias Pobres relativa ao consumo digno de água, pelos Agregados Familiares pobres inscritos no Cadastro Social Único (CSU), no contexto da recessão causada pela pandemia da COVID-19.

Portaria Conjunta 61/2020 de 19/11/2020 – Criação de uma Comissão Nacional Interministerial para o Acompanhamento do Processo de Restabelecimento do Tráfego Aéreo e Marítimo, Comercial de Passageiros, com destino a e a partir de Cabo Verde, que tem como funções, propor e analisar as soluções de financiamento para a materialização das atribuições das equipas do Ministério da Saúde e da Segurança Social, nas ilhas onde estão localizados os aeroportos internacionais, proceder à vigilância da implementação dos normativos e procedimentos, emanados pelas autoridades competentes, gerir a plataforma digital de divulgação e comunicação das medidas e procedimentos a serem implementados, propor procedimentos e medidas para a prevenção da propagação do COVID-19 nos aeroportos, portos e nos circuitos turísticos do país, e dar cumprimento às demais atribuições, que lhe forem adstritas.

Resolução 156/2020 de 19/11/2020 – Adoção dos critérios unificados para classificar o estado de incidência da Covid-19 no país e em cada ilha, bem como do formato oficial de divulgação dessas estatísticas sanitárias, tendo por objetivo facilitar o reinício em segurança das operações turísticas, protegendo a população e assegurando aos visitantes que possam fazê-lo sem correr riscos.

Resolução 144/2020 de 29/10/2020 – Alteração da Resolução nº 134/2020, de 1 de outubro, que aprova um conjunto de medidas excecionais para o ano letivo 2020/2021, no âmbito da pandemia da COVID-19, a adotar pelos estabelecimentos de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário, no que tange ao Plano de Contingência.

Resolução 143/2020 de 24/10/2020 – Determinação da suspensão das aulas presenciais no dia 26 de outubro, em todos os estabelecimentos de ensino do país, onde forem constituídas Assembleias de Voto para as eleições autárquicas de 2020, para efeitos de higienização, no âmbito da prevenção da COVID-19, bem como, das atividades em todos os edifícios públicos ou equiparados, e ainda nos edifícios particulares, requisitados ou arrendados para fins de serviço público, para o efeito supra-referido.

Resolução 141/2020 de 16/10/2020 – Definição do quadro de normas, condições e procedimentos específicos a observar, por razões de saúde pública, no contexto das restrições impostas pela COVID-19, para a organização e realização de atividades de cariz artístico e cultural, em espaços abertos ou fechados.

Resolução 135/2020 de 07/10/2020 – Definição dos grupos de viajantes isentos do pagamento do teste de despiste para o SARSCoV-2 durante a situação de pandemia pela COVID-19.

Resolução 134/2020 de 01/10/2020 – Aprovação de um conjunto de medidas excecionais para o ano letivo 2020/2021, no âmbito da pandemia da COVID-19, a adotar pelos estabelecimentos de educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário.

Decreto-Lei 65/2020 de 01/09/2020 Alteração e republicação do Decreto-lei nº 38/2020, de 31 de março, que estabelece medidas excecionais de apoio e proteção de famílias, empresas, municípios, instituições particulares de solidariedade social, associações sem fins lucrativos e demais entidades da economia social, por força dos impactos económicos e financeiros da contração da atividade económica decorrente da pandemia da doença COVID-19, ficando alterada no que tange às entidades beneficiárias, às operações abrangidas, ao acesso à moratória, às garantias pessoais, bem como à entrada em vigor e a vigência.

Decreto-Lei 64/2020 de 28/08/2020 – Atribuição da competência de regulação e fiscalização do preço de testes *Real Time Polymerase Chain Reaction by Reverse Transcription* (RT-PCR) para COVID-19 à Entidade Reguladora Independente da Saúde (ERIS), durante a situação de pandemia.

Resolução 113/2020 de 07/08/2020 – Prorrogação da situação de calamidade, impondo novas medidas de contenção da propagação do vírus nas ilhas

de Santiago e no Sal, tendo em conta a situação epidemiológica ainda existente nestas ilhas e no risco de contaminação no país, decorrente da propagação da COVID-19 e na necessidade de manutenção das medidas destinadas ao reforço do nível da prevenção atualmente em vigor, visando repor a normalidade das condições de vida, ao abrigo da Lei nº 12/VIII/2012, de 7 de março, que aprova a Lei de Bases da Proteção Civil.

Lei 97/IX/2020 de 23/07/2020 – Estabelece a medida excecional e temporária de proteção dos postos de trabalho, no âmbito da pandemia da COVID-19, através do regime simplificado de suspensão de contrato de trabalho, derrogando-se a Lei n.º 83/IX/2020, de 4 de Abril, que aprovou medidas excepcionais e temporárias de resposta à situação epidemiológica provocada pelo coronavírus Sars-Cov-2 e da doença Covid-19, no que respeita às disposições sobre suspensão do contrato de trabalho e benefícios do trabalhador em situação de suspensão do contrato de trabalho.

Resolução 96/2020 de 09/07/2020 – Alteração da Resolução nº 77/2020, de 29 de maio, que aprova a Estratégia do Levantamento Gradual de Medidas Restritivas e de Distanciamento Social Impostas no Âmbito da Prevenção à Pandemia do COVID-19, no que tange, ao formulário de vigilância sanitária a ser preenchido por cada passageiro antes da emissão do cartão de embarque, e aditamento de normas de controlo sanitário aplicáveis nas viagens domésticas de passageiros.

Portaria 25/2020 de 07/07/2020 – Estabelece os procedimentos para a agilização e simplificação do processo do pedido e concessão de garantias do Estado, no valor máximo de 2.500.000 de Escudos Cabo-verdianos, ao abrigo do Decreto-lei nº 38/2020, de 31 de março, que aprova as Medidas Excecionais de Proteção dos Créditos das Famílias, Empresas, Instituições Particulares de Solidariedade Social no âmbito da Pandemia da Doença COVID-19.

Lei 92/IX/2020 de 23/06/2020 – Derrogação das Medidas Excecionais e Temporárias de Resposta à Situação epidemiológica Provocada pelo Coronavírus Sars-Cov-2 e da Doença Covid-19, aprovadas pela Lei n.º 83/IX/2020, de 4 de Abril, no que respeita às medidas adotadas relativamente aos Tribunais nomeadamente aos atos processuais e procedimentais e à realização de diligências.

Decreto-Lei 53/2020 de 10/06/2020 – Prorrogação em resposta à pandemia do COVID-19, do Estatuto de utilidade pública desportiva de que as federações desportivas sejam titulares na data de entrada em vigor do presente diploma para até 31 de dezembro de 2021.

Resolução 80/2020 de 03/06/2020 – Aprovação da adoção de medidas de compensação financeira do Estado à empresa MOAVE – Moagem de Cabo Verde, S.A, visando a manutenção do preço da farinha de trigo no valor de 2.380 Escudos Cabo-verdeanos por saco de 50kg (cinquenta quilos), durante o período da pandemia do COVID-19.

Resolução 79/2020 de 03/06/2020 – Estabelece uma compensação extraordinária, em forma de seguro de vida, no valor de 3.000.000 Escudos Cabo-verdianos, para o trabalhador de saúde, em efetividade de funções, que atua no Serviço Nacional de Saúde, decorrente da morte direta por contágio do COVID-19.

Resolução 77/2020 de 29/05/2020 – Alteração da Resolução nº 97/2017, de 22 de agosto, que cria o Programa de Fomento ao Micro Empreendedorismo, no que tange as condições de financiamento pelos Bancos parceiros, tendo em vista fazer face à ameaça para a economia representada pela decretação do Estado de Emergência em consequência da crise da pandemia Covid-19.

Resolução 76/2020 de 29/05/2020 – Estabelece as condições de repatriamento de cidadãos cabo-verdianos, habitualmente residentes em Cabo Verde, que se encontram temporariamente fora de Cabo Verde, por motivos profissionais, de saúde e de turismo, tendo sido impedidos de regressar ao país, na decorrência de interdição de voos e ligações marítimas, por causa da pandemia da COVID-19.

Resolução 74/2020 (Revogado) de 26/05/2020 – Alteração da Resolução nº 97/2017, de 22 de agosto, que cria o Programa de Fomento ao Micro Empreendedorismo, no que tange às condições de financiamento pelos Bancos parceiros, tendo em vista fazer face à ameaça para a economia representada pela decretação do Estado de Emergência em consequência da crise da pandemia Covid-19.

Resolução 73/2020 de 15/05/2020 – Estabelece as condições de repatriamento de cidadãos cabo-verdianos, habitualmente residentes em Cabo Verde, que se encontram temporariamente fora de Cabo Verde, por motivos profissionais, de saúde e de turismo, tendo sido impedidos de regressar ao país, na decorrência de interdição de voos e ligações marítimas, por causa da pandemia da COVID-19.

Decreto Presidencial 9/2020 de 14/05/2020 – Prorrogação da declaração de estado de emergência para a ilha de Santiago, justificada por calamidade pública resultante da doença COVID-19, com a duração de 15 (quinze) dias, com início às 00h00 (zero horas) do dia 15 (quinze) de maio de 2020 e término às 24h00 (vinte e quatro horas) do dia 29 (vinte e nove) de maio 2020, tendo em vista a manutenção das medidas já em vigor, e a eventual à adoção de outras que se mostrem necessárias, com observância do quadro constitucional, para evitar propagação dessa doença no respetivo território.

Resolução 165/IX/2020 de 14/05/2020 – Concede a autorização para a terceira renovação do estado de emergência, solicitada por S. Ex.ª o Presidente da República, na mensagem que endereçou à Assembleia Nacional a 13 de maio de 2020, nos exatos termos e com a fundamentação e conteúdo constantes do projeto de Decreto Presidencial n.º 9/2020, de 14 de Maio, ratificando-se todas as medidas legislativas e administrativas adotadas no contexto da crise emergente da doença COVID-19, e que se enquadrem no âmbito da declaração do estado de emergência ora prorrogado.

Resolução 71/2020 de 13/05/2020 – Alteração e republicação da Resolução n.º 58/2020, de 30 de Março, que aprova um conjunto de medidas dirigidas à proteção social das famílias e à proteção do rendimento dos que operam no setor informal da economia e que ficam afetados pelas medidas restritivas de combate ao novo coronavírus, o COVID-19, no que tange ao objeto, bem como ao rendimento solidário.

Portaria Conjunta 18/2020 de 05/05/2020 – Aprovação do circuito da comercialização de máscaras não médicas, de uso social ou comunitárias, no sentido de garantir o seu bom funcionamento e a segurança dos consumidores, ao abrigo do Decreto-Presidencial nº 07/2020, de 17 de abril, que prorroga a declaração de estado de emergência, uma vez que se mantém a situação de calamidade pública resultante da doença COVID-19.

Resolução 67/2020 de 25/04/2020 – Autorização para a transferência de dotações orçamentais do Fundo Nacional de Emergência para o Ministério da Administração Interna, no valor de 187.980.000 de Escudos Cabo-verdianos, tendo em vista financiar, em todo território nacional, ações, atividades e meios, tais como materiais hospitalares, aquisição de equipamentos de proteção individual, arrendamento de espaços, deslocações e estadas, aquisição de combustíveis, entre outras despesas fulcrais que contribuam para elevar o grau de prontidão operacional das autoridades nacionais no combate à COVID-19, ao abrigo do Decreto-lei nº 3/2020, de 17 de janeiro, que define as normas e os procedimentos necessários para à execução do Orçamento do Estado para o ano económico de 2020.

Resolução 65/2020 de 21/04/2020 – Fixação da data de retoma das atividades escolares do terceiro trimestre do ano letivo 2019/2020, estabelecendo medidas excecionais e temporárias de resposta à epidemia COVID-19 a adotar pelos estabelecimentos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário, dispondo o regresso às atividades letivas presenciais, a educação à distância, a organização do sistema, a avaliação, o funcionamento, o plano de contingência e a reavaliação das medidas.

Decreto-Lei 45/2020 de 21/04/2020 – Alteração e republicação do Decreto-Lei n.º 38/2020, de 31 de Março, que estabelece medidas excecionais de proteção dos créditos das famílias, empresas, instituições particulares de solidariedade social e demais entidades da economia social, bem como um regime especial de garantias pessoais do Estado, no âmbito da pandemia da doença COVID-19, alterando-se nomeadamente o âmbito das medidas, as condições relativas às entidades beneficiárias, ao benefício da moratória e ao pedido de concessão de garantia do Estado.

Decreto Presidencial 7/2020 de 17/04/2020 – Prorrogação da declaração de estado de emergência, uma vez que se mantém a situação de calamidade pública resultante da doença COVID-19, tendo em vista a manutenção das medidas já em vigor, e a eventual a adoção de outras que se mostrem necessárias, com

observância do quadro constitucional, para evitar propagação dessa doença por todo o território nacional.

Lei 83/IX/2020 de 04/04/2020 - Estabelece as medidas excecionais e temporárias de resposta à situação epidemiológica provocada pelo coronavírus sars-cov-2 e da doença covid-19, aplicáveis ao setor privado, aos serviços da administração direta, indireta e autónoma do Estado, às Autarquias Locais, ao setor empresarial do Estado, às entidades administrativas independentes, aos serviços e organismos na dependência da Presidência da República, da Assembleia Nacional, e aos Tribunais, dispondo-se sobre a suspensão do contrato de trabalho, os benefícios do trabalhador em situação de suspensão do contrato de trabalho, a isenção de pagamento de contribuições ao INPS, os atos processuais e procedimentais, a realização de diligências, Regime extraordinário e transitório de proteção dos arrendatários, os órgãos do poder local, o regime excecional de contratação pública, o regime excecional de autorização de despesa, o regime excecional em matéria de contratação de recursos humanos, o regime de teletrabalho na Administração Pública e nos serviços judiciários, a fiscalização preventiva, a atendibilidade de documentos com prazos de validade expirados, os prazos de deferimento tácito de autorizações e licenciamentos e os prazos de realização de Assembleias Gerais.

Decreto-Lei 38/2020 (Não Vigente) de 31/03/2020 – Estabelece medidas excecionais de proteção dos créditos das famílias, empresas, instituições particulares de solidariedade social e demais entidades da economia social, associações sem fins lucrativos e demais entidades da economia social, por força dos impactos económicos e financeiros da contração da atividade económica decorrente da pandemia da doença COVID -19, reconhecida como um evento excecional com consequências graves para a economia, estabelecendo-se os termos do diferimento do cumprimento de obrigações dos beneficiários perante o sistema financeiro enquanto finalidade das medidas de proteção e apoio à liquidez e tesouraria, e aprovação de um regime especial de garantias pessoais do Estado.

Decreto-Lei 37/2020 de 31/03/2020 – Estabelece medidas excecionais e temporárias em matéria de proteção social e aprova medidas fiscais e parafiscais e de gestão de recursos humanos de resposta ao novo SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, aplicáveis à prevenção, contenção, mitigação e tratamento da situação provocada pelo COVID-19, bem como à reposição da normalidade em sequência da mesma, dispondo-se nomeadamente sobre o isolamento profilático, o regime jurídico de atribuição do subsídio de desemprego, a concessão de moratória nos pagamentos dos tributos devidos a partir de 1 de Abril de 2020, o pedido de plano negocial, o imposto sobre o rendimento, o Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA), as retenções na fonte, o pagamento em prestações, as taxas estatísticas aduaneiras, o tributo especial unificado, a suspensão de execução fiscal em curso, a contratação de funcionários aposentados e a mobilidade,

recrutamento, contratação, instrução e tramitação dos atos gestão de recursos humanos.

Resolução 58/2020 de 30/03/2020 – Aprovação de um conjunto de medidas dirigidas à proteção social das famílias e à proteção do rendimento dos que operam no setor informal da economia e que ficam afetados pelas medidas restritivas de combate ao novo coronavírus, o COVID-19.

Decreto Presidencial 6/2020 de 28/03/2020 – Declaração de estado de emergência justificada face à situação de calamidade pública resultante da doença COVID-19, com a duração de 20 dias, tendo em vista a adoção, com observância do quadro constitucional, das medidas necessárias para evitar a sua propagação por todo o território nacional, enunciando-se os termos em que fica suspenso o exercício dos direitos, liberdades e garantias, São ratificadas todas as medidas legislativas e administrativas adotadas pelas entidades competentes com a finalidade de restringir os efeitos de calamidade pública provocada pela doença COVID-19, na medida em que sejam compreendidas no âmbito de tal suspensão.

Resolução 53/2020 (Não Vigente) de 26/03/2020 – Declaração da situação de calamidade em todo o território nacional, com base no previsível aumento de intensidade dos riscos de contaminação no país, decorrente da propagação da COVID-19 e na necessidade de adotar medidas restritivas de caráter ainda mais excecional, destinadas ao reforço do nível da prevenção atualmente em vigor, a reagir e a repor a normalidade das condições de vida, dispondo-se sobre o transporte inter-ilhas, o abastecimento, o encerramento de serviços, os transportes públicos terrestres, a requisição de bens e serviços, a requisição de meios humanos, o regime especial de contratação e a aplicação e supervisão de medidas.

Resolução 52/2020 de 23/03/2020 – Estabelece medidas excecionais e temporárias de resposta à epidemia COVID-19 a adotar pelas creches que prestam cuidados dirigidos a crianças com idade compreendida entre os 0 e os 3 anos, aplicando-se ainda a todos os jardins da infância, que para além das atividades educativas do pré-escolar, ofertam serviços de cuidados às crianças dos 4 aos 6 anos.

Resolução 50/2020 de 18/03/2020 – Antecipação das férias escolares em todos os estabelecimentos de ensino do pré-escolar, básico e secundário, com efeitos a partir do dia 23 de março, devendo os alunos retomar as aulas no dia 13 de abril de 2020, podendo ser prorrogada ou não, conforme for a evolução do COVID-19.

Resolução 48/2020 de 17/03/2020 – Interditação das ligações aéreas de Cabo Verde com os países assinalados com epidemia de Covid-19, proibindo a atracação ou acostagem de navios de cruzeiro, recreio e veleiros, com proveniência do estrangeiro, salvo situações excecionais, devidamente fundamentadas, supervisionadas pelas autoridades de saúde, garantindo-se que, em qualquer caso

não haverá vindas a terra de passageiros ou tripulantes, com exceção dos nacionais, nem subidas a bordo, o desembarque ou embarque, vindas a terra ou subidas a bordo, de passageiros ou tripulantes de navios internacionais de comércio e de pesca, exceto os voos cargueiros e os voos de repatriamento, a acostagem de navios de comércio e de pesca nos portos de Cabo Verde, e as operações de voo no Aeroporto Internacional Amílcar Cabral, na ilha do Sal, enquanto aeroporto certificado no âmbito das operações de aeronaves bimotores com operação prolongada (ETOPS) e alternante em rota para aviões em situação de emergência técnica e/ou sanitária.

Resolução 47/2020 de 13/03/2020 – Inibição da realização de eventos que reúnam números elevados de participantes vindos de países assinalados com a pandemia do coronavírus (COVID-19) até 30 de junho de 2020.

Resolução 46/2020 de 13/03/2020 – Aprovação do Plano Nacional de Contingência para a prevenção e controlo da epidemia de coronavírus (COVID-19), o qual regula os objetivos do plano, as responsabilidades centrais nos planos de contingência, o reservatório e modo de transmissão, bem como, a organização da resposta à Covid-19, a vigilância epidemiológica, o laboratório e a assistência farmacêutica.

ANEXO 3: PLANO DE TRABALHO DETALHADO E CRONOGRAMA (Calendário de Atividades)

O marco temporal para a avaliação é 2 meses, a começar após a assinatura do contrato. Considerando a integração entre as várias fases e componentes da assistência técnica no quadro do Projeto, propõe-se realizar algumas atividades concretas, com os correspondentes *outputs*:

Proposta Original

	Atividades propostas (Enquadramento e Análise Documental)
	1. (…) Leitura dos documentos do projeto e finalização da metodologia do estudo (**Primeiros 10 dias**)
	2. Realização das entrevistas junto das instituições e dos grupos focais (**20 a 35 dias**)
	3. (…) Análise de dados recolhidos (**35 a 43 dias**)
	4. Diagnóstico da situação da efetivação do direito à saúde em Cabo verde, o grau de priorização e integração do tema na agenda e nas políticas públicas de desenvolvimento nacional, assim como a nível dos setores, comparando o período pré-e pós pandemia Covid-19 no território nacional (**30 a 40 Dias**);
	5. Nível de satisfação dos cidadãos relativamente à qualidade dos serviços de saúde prestados (**40 a 43 dias**);
	6. Recomendações sobre medidas e políticas públicas de saúde a adotar com vista à efetivação do direito no país, tendo como principal enfoque o contexto da pandemia do Covid-19 e o pós pandemia (**45 dias**);
	7. Apresentação do *draft* do Estudo no(s) atelier(s) de socialização e integração das recomendações (**45 a 50 dias**);
	8. (…) Redação do relatório final (**50 a 53 dias**)
	9. (…) Restituição do relatório final aos participantes (**53 a 55 dias**)
	10. Output ➔ **(…) Relatório Final:** Um documento de avaliação impresso e em formato eletrónico, com uma estrutura segundo as descritas nos resultados e tarefas acima mencionadas, com recomendações sobre medidas e políticas públicas de saúde a adotar com vista à efetivação do direito no país, tendo como principal enfoque o contexto da pandemia do Covid-19 e o pós pandemia **(55 a 60 dias de trabalho)**

Instrumentos metodológicos e Stakeholders – Plano de Trabalho no Terreno

Instrumentos metodológicos	Stakeholders/Público-Alvo	Data (proposta)
Entrevistas semiestruturadas **1º Momento** **Associações/ONGs/instituições** (Líderes associativos; dirigentes de instituições públicas, ONGs que lidam com questões de cidadania e saúde, outras organizações comunitárias).	Federação Cabo-Verdiana das Associações de Pessoas com Deficiência (FECAD) – Presidente Sr. António Melo	**Janeiro 2021**
	A Associação Cabo-verdiana de Promoção e Inclusão das Mulheres com Deficiência (APIMUD) – Sra. Maria Naldi	**Janeiro 2021**
	Associação de Deficientes Visuais de Cabo Verde (ADEVIC) – Presidente Marciano Monteiro	**Janeiro 2021**
	CENORF	**Janeiro 2021**
	Ex-Diretor Nacional de Saúde Prof. Universitário Dr. Artur Correia	**Janeiro 2021**
	Associação A PONTE	**Janeiro 2021**
	Atual Diretor Nacional de Saúde – Dr. Jorge Barreto	**Janeiro 2021**
	Presidente do instituto Nacional de Saúde Pública – Dra. Maria da Luz Lima	**Janeiro 2021**
	Associação Colmeia – Presidente Dra. Isabel Moniz	**Janeiro 2021**
	Rede Nacional das PvVIH – Presidente Daniel Delgado	**Janeiro 2021**

Grupos Focais **2º e 3º Momentos** (Representantes e individualidades das diversas associações representativas das comunidades; Dirigentes de instituições públicas-chave; Utentes de serviços de saúde) Pessoas-chave que promovem o direito ao acesso à saúde de grupos vulneráveis. As questões chaves que serão abordadas nos grupos focais têm como base as resultantes do inquérito e das entrevistas semiestruturadas.	APIMUD (5 elementos)	**Fevereiro 2021**
Grupos Focais	Associação de Guineenses Residentes em Cabo Verde Associação de Imigrantes Senegaleses Residentes em Cabo Verde	**Fevereiro 2021**
Inquérito sobre a satisfação com os serviços de saúde[82]	Online	**Primeira quinzena de Janeiro de 2020**
Entrevista a 4 cidadãos (Mulheres)	4 Mulheres da ilha de Santiago	**Fevereiro 2021**

82 Possibilidade se ser realizado através do Google questionaire.

ANEXO 4- Questionário

Ficha Técnica:

Título: Estudo sobre Exercício da Cidadania em Saúde em Cabo Verde

Financiador/Dono do Estudo: Comissão Nacional para os Direitos humanos e a Cidadania/Nações Unidas

Responsável pela Realização do Estudo: IPED- Instituto de Pesquisa e Estudos para o Desenvolvimento – Universidade de Santiago

Período: 7 dezembro 2020 – 20 fevereiro 2021

Questionário sobre Nível de satisfação dos cidadãos relativamente à qualidade dos serviços de saúde prestados

A Universidade de Santiago está a elaborar *um estudo sobre o exercício da cidadania em saúde em Cabo Verde, comparando o período pré e o abrangido pela pandemia Covid-19 em Cabo Verde*. É neste sentido que solicitamos colaboração da sua parte. Garantimos confidencialidade no tratamento das informações. Obrigado!

B – Processo de Consulta

Faça um círculo no número que corresponde ao seu grau de concordância relativamente à afirmação feita:

Obtenção da Consulta	Discordo bastante				Concordo bastante
	1	2	3	4	5
Facilidade em ser visto por um Médico	1	2	3	4	5
Horário de atendimento	1	2	3	4	5
Boa localização da estrutura de saúde	1	2	3	4	5
Agendar/marcar uma consulta é rápido	1	2	3	4	5
Retorno das chamadas/contato é rápido	1	2	3	4	5
Há diversos meios de agendar/marcar consultas (telefone, internet, redes sociais)	1	2	3	4	5

Pergunta 3: Quanto tempo levou para marcar uma consulta? _____ .

Considera que:

( ) Demorou muito ( ) Demorou ( ) Demorou pouco ( ) Não demorou

Nº de dias/semanas/meses ( )

Face a esse tempo sente-se:

( ) Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( ) Insatisfeito ( ) Muito insatisfeito

Agilidade e adequação no agendamento: Compreende desde o primeiro contato para marcação da consulta, seja pelo PSF, Centrais de marcação de consulta, etc; até à efetiva marcação.

Atendimento

Sala de Espera	Discordo bastante				Concordo bastante
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
É confortável	1	2	3	4	5
É acolhedora	1	2	3	4	5
Tem televisão/jornais/revistas	1	2	3	4	5
Não tive muito tempo de espera na sala de espera	1	2	3	4	5
Tem casa de Banho em condições (água, higiene, papel higiénico)	1	2	3	4	5

Caso o atendimento tenha sido no centro de saúde, hospital ou clínica faça um círculo à volta da estrutura e continue respondendo à pergunta

Centro de Saúde/Hospital/Clínica	Discordo bastante				Concordo bastante
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Tempo da consulta foi superior ao esperado	1	2	3	4	5
A estrutura tem todos os equipamentos necessários para o atendimento	1	2	3	4	5
Existe um grande Tempo de espera para fazer testes/raio X/ exames	1	2	3	4	5
Tempo de espera para avaliação de testes/raio X foi demorado	1	2	3	4	5
O material utilizado é todo esterilizado e não corro risco de infeção cruzada	1	2	3	4	5

O Médico	Discordo bastante				Concordo bastante
	1	2	3	4	5
Foi impessoal e indiferente	1	2	3	4	5
Fui atendido por um Médico pelo qual criei empatia	1	2	3	4	5
Sou sempre atendido pelo mesmo Médico(s)	1	2	3	4	5
Soube escutar as minhas queixas	1	2	3	4	5
Tem tempo para dialogar sobre as minhas queixas e outros problemas de saúde	1	2	3	4	5
Tem conhecimento sobre os seus problemas de saúde/ medicação	1	2	3	4	5
Explicou-me o diagnóstico e tratamento de forma clara	1	2	3	4	5
Apresentou-me outras opções de Tratamento	1	2	3	4	5
Senti confiança no tratamento Efetuado	1	2	3	4	5
Foi-me prescrito medicamento	1	2	3	4	5
Todos os tratamentos que tenho recebido têm resolvido a minha queixa principal	1	2	3	4	5
O Médico explicou-me claramente os custos da consulta	1	2	3	4	5
Aconselhou-me sobre os cuidados que devo ter com a minha saúde	1	2	3	4	5

Caso o atendimento tenha sido no centro de saúde, hospital ou clínica faça um círculo à volta da estrutura e continue respondendo à pergunta

Custo	Discordo bastante				Concordo bastante
	1	2	3	4	5
Custo dos serviços são elevados	1	2	3	4	5
O recibo descriminar os custos detalhadamente	1	2	3	4	5
O Centro de Saúde/Hospital/Clínica apresenta Métodos e formas de pagamento adequados	1	2	3	4	5

Humanização dos cuidados
Faça uma avaliação das estruturas de saúde na sua zona

Padrão de Conformidade	Sim	Não
Existem métodos que visam reduzir ou minimizar o desconforto nas filas.		
Os pacientes pediátricos, idosos, com necessidades especiais, gestantes e puérperas têm direito de acompanhante com condições necessárias para a permanência dos mesmos.		
Há a garantia de visita aberta, propiciando a presença da rede social do paciente, respeitando a dinâmica de cada unidade.		
Utiliza métodos que possibilitam ao usuário a identificação dos profissionais que cuidam de sua saúde.		
Realiza ações pró-ativas identificando necessidades e procura elevar o grau de satisfação dos usuários e funcionários.		
Existe cordialidade, boa educação e sensatez no diálogo e na forma como os profissionais de saúde comunicam no geral		
Existem mecanismos de institucionalização das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção à Saúde.		

Atenção Imediata: Urgência/Emergência

Padrão de Conformidade	Sim	Não
A unidade possui infraestrutura, equipamentos e medicamentos destinados ao atendimento imediato.		
A unidade dispõe de médico exclusivo e disponível em tempo integral.		
A unidade conta com análises clínicas laboratoriais, eletrocardiografia e radiologia convencional.		
Os profissionais que atuam em urgência e emergência têm capacitação específica.		
Utilizam protocolos de urgência e emergência na prática diária.		
Existe gerenciamento do tempo de permanência do paciente na unidade de atendimento imediato.		

Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades

Padrão de Conformidade	Sim	Não
A unidade possui equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigénio destinado ao atendimento imediato.		
Existe enfermeiro na unidade durante todo o período de funcionamento.		
O estabelecimento adota estratégias que garantam o fornecimento de medicamentos para os usuários.		
A unidade realiza ações de educação em saúde para pacientes e familiares.		
O estabelecimento estimula a atuação da equipa multiprofissional no atendimento ao usuário.		
Os pacientes atendidos no serviço têm assegurado agendamento de retorno.		

Atenção em Regime de Internamento

Padrão de Conformidade	Sim	Não
A unidade possui médico disponível em tempo integral para o atendimento imediato.		
A unidade possui equipamentos, medicamentos e disponibilidade de oxigénio destinado ao atendimento imediato.		
A unidade adota métodos que garantam a continuidade da conduta diagnóstica e terapêutica, minimizando ações desnecessárias.		
A unidade capacita os pacientes e familiares quanto aos autocuidados.		

Saúde Materno-infantil

Padrão de Conformidade	Sim	Não
Todas as parturientes e recém-nascidos são assistidos/acompanhados por profissional habilitado (médico e/ou enfermeiro) durante todo o período de internação, inclusive na realização do parto.		
Todos os partos são realizados em local com infraestrutura, equipamentos, medicamentos e pessoal destinados à atenção da parturiente e do recém-nascido.		
O estabelecimento utiliza o partograma para o acompanhamento da evolução dos trabalhos de parto.		
A unidade adota regime de internação de alojamento conjunto e estimula o aleitamento materno.		
As salas de pré-parto são individualizadas, garantindo a privacidade da parturiente e de seu acompanhante.		
A unidade realiza ações educativas para a parturiente e os familiares em relação aos auto-cuidados, cuidados ao recém-nascido, importância da consulta puerperal e planeamento familiar.		

Atendimento a Pessoas com Deficiência/PvVIH (Pessoas vivem com VIH), Doentes Crónicos

Padrão de Conformidade	Sim	Não
As PcD, as PvVIH passam por dificuldades no acesso às estruturas de saúde?		
Os serviços oferecidos são adaptados a todas as necessidades das PcD e PvVIH		
Os serviços oferecidos são adaptados a todas as necessidades dos usuários de drogas da vossa comunidade?		
Existem barreiras (Institucional, atitudinal e físicas) no atendimento às PcD e PvVIH?		
Existem barreiras (Institucional, atitudinal e físicas) no atendimento às PcD e PvVIH?		

Quais são as dificuldades enfrentadas pelas PcD/PvVIH nas estruturas de saúde?

( ) Discriminação ( ) Preconceitos ( ) Barreiras ( ) Abusos ( ) Desrespeito ( ) Violência ( ) Outro _____

Para si, o que dificulta o atendimento de PcD (Pessoas com Deficiência) nas estruturas de saúde?

_____
_____

Quais são as dificuldades enfrentadas pelos UD (Usuários de Drogas) nas estruturas de saúde?

( ) Discriminação ( ) Preconceitos ( ) abusos ( ) desrespeito ( ) Violência () Outro

Como é que avalia os serviços oferecidos para estes grupos-alvo (PcDs, PvVIH, UD)

( ) Humano ( ) Deficitário ( ) Discriminatório ( ) Holístico ( ) Outro _____

Situação Pós Covid-19

Atendimento numa estrutura de saúde durante e pós quarentena	Discordo bastante				Concordo bastante
	1	2	3	4	5
As pessoas deixaram de ir com frequência às estruturas de saúde	1	2	3	4	5
O pessoal de saúde tem mostrado pouca empatia e paciência	1	2	3	4	5
As consultas passaram a ser mais breves e ligeiras	1	2	3	4	5
Os médicos já não tocam os pacientes, mantendo-se distantes	1	2	3	4	5
Os médicos têm tempo para dialogar sobre as minhas queixas e outros problemas de saúde	1	2	3	4	5
O Médico explicou-me o diagnóstico e tratamento de forma clara	1	2	3	4	5
Apresentou-me outras opções de tratamento	1	2	3	4	5
Senti confiança no tratamento efetuado	1	2	3	4	5
Foi-me prescrito medicamento	1	2	3	4	5
Todos os tratamentos que tenho recebido têm resolvido a minha queixa principal	1	2	3	4	5
Tive informações claras sobre os custos da consulta	1	2	3	4	5
Aconselhou-me sobre os cuidados que devo ter com a minha saúde	1	2	3	4	5

Recomendações quanto à Satisfação no Atendimento e Qualidade de Serviço nas estruturas de Saúde

ANEXO 5- Guião de Entrevista a Especialistas e Técnicos de Saúde

Ficha Técnica:

Título: Estudo sobre Exercício da Cidadania em Saúde em Cabo Verde

Financiador/Dono do Estudo: Comissão Nacional para os Direitos humanos e a Cidadania/Nações Unidas

Responsável pela Realização do Estudo: IPED- Instituto de Pesquisa e Estudos para o Desenvolvimento – Universidade de Santiago

Período: 7 dezembro 2020 – 20 fevereiro 2021

Guião de Entrevista para os Especialistas e Técnicos do Sistema Nacional de Saúde

Esta pesquisa surge no âmbito do concurso lançado pela CNDHC. O Objetivo-Geral da mesma é *elaborar um estudo sobre o exercício da cidadania em saúde em Cabo Verde, comparando o período pré e o abrangido pela pandemia Covid-19 em Cabo Verde*. É neste sentido que solicitamos colaboração da vossa parte, de modo que venhamos a ter um produto conforme o Caderno de Encargos. Garantimos confidencialidade no tratamento das informações. Obrigado!

I – Questões sobre a Cidadania em Saúde

P1- De que forma a capacitação para o exercício da cidadania constitui um contributo essencial na implementação e alcance dos objetivos do PNDS 2017-2021?

P2 - O que significa Cidadania em Saúde para si?

P3 - Como o sistema de saúde nacional contribui para a promoção e potencialização da cidadania? Qual é o papel reservado ao cidadão neste processo?

P6 - Que grupos-alvo mais têm merecido atenção do SNS?

P7 - Que estratégias foram usadas para fortalecer o conhecimento e práticas de cidadania em toda a população?

II – Gestão da Saúde em Cabo Verde

P6 - Que importância tem para o país o PNSD 2017-2021 e até que ponto está virado para dar respostas com segurança, de modo a melhor servir as populações vulneráveis, potenciando a saúde de todos em todas as políticas?

P7 – Nota-se que no Eixo I (***Reorientação do modelo de governança para resultados em saúde e bem-estar***) destaca-se a estratégia "Apostar na saú-

de familiar e institucionalizar equipas de saúde familiar". Como se está a processar isso?

P8 - O que significa a abordagem holística e inclusiva da saúde?

P9 - Como avalia a questão da *coordenação* na qualidade dos serviços de saúde prestados às populações?

P10 - Como está a documentação da melhoria da equidade no acesso aos cuidados de saúde?

P11- Como está a questão da sustentabilidade financeira do SNS (fontes de financiamento)? Já se conseguiu implementar a faturação dos cuidados e a regulamentação de possíveis fontes alternativas de financiamento já identificadas?

P12 - Como se está a conseguir assegurar a equidade no acesso aos serviços de saúde de qualidade? E a eficiência e eficácia na gestão dos recursos?

P13 - Dados de 2016 diziam que o financiamento do Ministério da Saúde é proveniente de 4 grandes fontes, sendo o governo responsável somente por 41,8% do financiamento. Como estamos hoje em 2021?

P14 - O INE prevê para 2030 um aumento significativo do envelhecimento da população. Como vê esta questão em termos de (políticas) saúde?

P15 - Porque é que em termos de mortalidade geral por género verificam-se sistematicamente valores superiores no sexo masculino? – Que ações têm sido implementadas para reduzir esse gap e melhorar a situação?

III – Transformações e Mudanças no país/SNS

P16 - Quais são as novas necessidades e desafios que as alterações demográficas e epidemiológicas colocam, face a uma população cada vez mais informada e exigente?

P17 - Como o país está a gerir o duplo desafio de manter controladas as doenças transmissíveis, e ao mesmo tempo responder ao aumento acentuado da prevalência das doenças não transmissíveis?

P18 - E o papel das plataformas digitais no sistema sanitário nacional?

P19 - E a adoção da telemedicina? O que a telemedicina e a teleconsulta a partir de 2017 trouxe em termos de acesso a especialistas? (Fornecer dados atualizados)

P20 - E a situação da insuficiência dos equipamentos de imagem, sobretudo fora dos hospitais centrais? E técnicos para dar assistência e correta utilização dos equipamentos?

P21 - Quais são as especialidades mais recorridas em teleconsultas?

IV – Balanço da implementação do PNDS 2012-2016

P22 - Pode-se afirmar que existe de facto um Serviço Nacional de Saúde universalmente acessível, eficaz e equânime?
P23 - Qual público-alvo que se encontra melhor servido?
P24 - Como avalia o nível de conhecimento das populações no que concerne à saúde pública? Este é monitorado?
P25 - Fale-nos das parcerias que funcionam no campo da saúde? Estão reforçadas?
P26 - E a gestão da questão do género na saúde?
P27 - Que doenças são neste momento prioritárias, e como fazem a prevenção?
P28 - Que grupo tem atenção específico?
P29 - Como controlam os indicadores de saúde?
P30 - De que forma (ver o Eixo VIII) se está a promover a vigilância e resposta a emergências em saúde pública?
P31 - De que forma (Eixo III) está a promover desenvolvimento da investigação e como isto pode ajudar nas estratégias de melhoria de cuidados de saúde?
P32 - Que efeitos/impactos teve algumas medidas (poucas) tomadas, como sejam, a eliminação de taxas moderadoras a nível das USB e a facilitação do acesso às Pessoas com deficiência com a construção de rampas e de outras acomodações em todas as estruturas de saúde?
P33 - Qual a taxa de utilização dos serviços de urgência?
P34 - Como estão as parcerias efetivas entre os cidadãos, os prestadores de cuidados e as organizações de saúde nos vários níveis de prestação, planeamento e avaliação?

V – Promoção da Saúde

«Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (Carta de Ottawa, 1986)».

P35 - Como está a ser implementada (no Eixo II PNDS 2017-2021) a abordagem nacional para a Promoção da Saúde?
P36 - Que avaliação fazem a nível nacional, regional e local?
P37 - E a situação da Saúde Sexual e Reprodutiva? Qua avaliação faz?
P38 - E a promoção da saúde escolar? Existe (iu) algum projeto piloto com algumas escolas? Resultados (%)?
P39 - Como é que as instituições, nomeadamente as autoridades de saúde, têm vindo a investir em programas de gestão da doença, nomeadamente da doença crónica, para melhorar a qualidade da prestação de cuidados e reduzir custos?

VI – Avaliação e Balanço da Questão Sanitária

P40 - Como está a situação epidemiológica em Cabo Verde (coexistência de doenças transmissíveis de potencial epidémico)? (transmissão vetorial Dengue, Zyka; influenza tipo A e B). E como está o sistema de deteção precoce e alerta para resposta às emergências?

P41 - E as doenças não transmissíveis como a hipertensão, diabetes e doenças oncológicas, as quais, influenciadas por fatores como o envelhecimento, estilos de vida e hábitos de consumo tendem a aumentar, posicionando-se entre as principais causas de morbilidade e mortalidade, representando novos desafios para o Sistema Nacional de Saúde?

P42 - A Oferta pública de cuidados de saúde se dá em 3 níveis de atenção primária, secundária e terciária). Como se dá essa programação/coordenação?

P43 - E as zonas com menor densidade populacional e/ou de maior dificuldade na atração de profissionais, como são servidas?

P44 - Como tem evoluído o número de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) nos últimos anos (2017-2020)?

P45 - Como está a situação de assimetrias em termos regionais, onde se inserem os hospitais centrais, com rácios mais elevados de médicos e enfermeiros por habitantes?

P46 - Como é gerido o dossiê evacuações de doentes inter-ilhas e sobretudo para o exterior do país?

P47- Número de doentes evacuados para o exterior (2017-2020)? E a nível inter--ilhas?internas?

P48- Causas/motivos das evacuações internas não urgentes? Existem informações sistematizadas?

P49- Até que ponto o surto de infeção pelo vírus Zyka (2015-2016), com mais de 7 mil casos notificados, veio ajudar na luta contra covid-19 em termos de organização/coordenação?

P50 – Que balanço faz da situação Covid-19 em Cabo Verde, em termos de capacidade de resposta e colaboração das populações? Fala da Situação Pré e pós-covid19 (Fornecer dados)

VII – Articulação Saúde Pública/Saúde Privada

P51- De que forma a saúde publica se articula com a saúde privada (clínicas/consultórios médicos com consultas nas diferentes especialidades)?

P52- Que acordos existem com entidades privadas para realização de TAC na Ilha de Santiago e na Ilha de S. Vicente? E convenções entre o setor público e o privado para os medicamentos e para os beneficiários do INPS nos serviços privados autorizados?

P53- Qual é o peso de seguros de saúde privada em Cabo Verde?

VIII – Literacia em Saúde

P54 – Fez-se algum trabalho de desenvolvimento de instrumentos de diagnóstico do nível de literacia em saúde das populações? – Existe uma política de Literacia em Saúde em Cabo Verde?

P55 – Existe a prática da *decisão partilhada* em Cuidados de Saúde em Cabo Verde?

P56- De que forma usam as TIC para promover a literacia em saúde?

P57 – Existe em Cabo Verde algo parecido a Sistemas Personalizados de Informação de Saúde, ferramentas de apoio ao conhecimento, promoção da literacia em saúde e gestão da doença?

P58 – Tendo em conta os seus impactes ao nível dos resultados em saúde e da utilização dos serviços de cuidados de saúde, qual o espaço e as estratégias de implementação da literacia em saúde na formulação das políticas de saúde em Cabo Verde?

IX – Constrangimentos/Recomendações

P59 – Que constrangimentos existem ainda no SNS?

P60 – Que Ameaças **e** Desafios?

P61 – Recomendações Estratégicas em termos de Cidadania em Saúde

ANEXO 6 – Guião de Entrevista às Associações

Ficha Técnica:

Título: Estudo sobre Exercício da Cidadania em Saúde em Cabo Verde

Financiador/Dono do Estudo: Comissão Nacional para os Direitos humanos e a Cidadania/Nações Unidas

Responsável pela Realização do Estudo: IPED- Instituto de Pesquisa e Estudos para o Desenvolvimento – Universidade de Santiago

Período: 7 dezembro 2020 – 20 fevereiro 2021

Guião de Entrevista

A Universidade de Santiago está a elaborar *um estudo sobre o exercício da cidadania em saúde em Cabo Verde, comparando o período pré e o abrangido pela pandemia Covid-19 em Cabo Verde*. É neste sentido que solicitamos a sua colaboração, de modo que a termos um produto conforme planeado. Garantimos confidencialidade no tratamento das informações. Obrigado!

Nome da Instituição: _____
Responsável: _____
Data da Entrevista: _____/_____/_____

I – Questões sobre a Cidadania em Saúde

P1- O que entende por Cidadania em Saúde?

II – Promoção da Saúde

«Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (Carta de Ottawa, 1986)».

P2 - Como o sistema de saúde nacional contribui para a promoção e potencialização da cidadania? Qual é o papel reservado ao cidadão neste processo?
P3 - Alguma vez foi envolvido/a num programa/atividade/iniciativa de promoção da saúde?

III – Perspetivas Institucionais/individuais (Problemas e necessidades)

P4 - Qual o seu público-alvo de intervenção?
P5 - Como avalia o acesso às informações relacionadas com saúde, e não só, e acesso às TICs (Braille, Radio, TV)
P6 - Relação com os media na promoção da cidadania em saúde (para o grupo-alvo) – agenda?
P7 - Tem trabalhado em prol da cidadania nas escolas (direitos/deveres)?
P8 - Tem trabalhado com as famílias?
P9 - Que modelo de intervenção pensa existir em Cabo Verde no que concerne ao Serviço Nacional de Saúde (Modelo médico/caridade/Modelo Holístico)?
P10 - Como acha que as PcD/PvVIH UD (Usuários de Drogas) são tratados nalgumas instituições (hospitais/centros de saúde, etc)?
P11 - Que tipos de barreiras existem: culturais, institucionais, ambientais e atitudinais?
P12 – Tem um plano de Advocacia/Palydoier?
P13 – Formação/informação Luta contra discriminação e estigma;
P14 – Como Trabalham a autoestima desses grupos?
P15- Participaram na co-construção de uma agenda de promoção da saúde?
P16- Que estratégias de empowerment tem vindo a implementar junto da sua população-alvo?

V – Acesso a Estruturas de Saúde

P17- Facilidades/dificuldades que as PcDs/PvVIH/UD encontram para acessar às instalações de saúde, (disponibilidade, distância, custo, receção, atendimento, disponibilidade de pessoal qualificado, qualidade do tratamento, seguimento e avaliaçao, meios de transporte, acessibilidade às instalações)?
P18- Dificuldades na estrutura de saúde?
P19 Obstáculos que impedem a presença de PcD/PvVIH/UD nos estabelecimentos de saúde
P20- Por que algumas das PcD não querem voltar (frequentar) essas estruturas?
P21- O que motiva as PcD/PvVIH/UD a regressar a essas estruturas?
P22- O que pensam os membros da sua organização e você destas estruturas de saúde
P23- Na sua opinião e de acordo com os seus membros, o que precisaria ser feito para melhorar a acessibilidade e a qualidade dos serviços para as PcD a nível das instalações de saúde,

VII – Acessibilidade (Estruturas/informações) (Estruturas de Saúde)

P24- Que ferramentas você usa para facilitar o acesso à informação de PcD/PvVIH/UD aos serviços de saúde?
P25- Para si, o que dificulta o atendimento de PcD/PvVIH/UD nas estruturas de saúde?

VIII – Literacia em Saúde

P26 – Existe uma política de Literacia em Saúde em Cabo Verde?
P27 – Existe a prática da *decisão partilhada* em Cuidados de Saúde em Cabo Verde*?*
P28- De que forma usam as TIC para promover a literacia em saúde?

IX – Constrangimentos/Recomendações

P29 – Recomendações Estratégicas em termos de Cidadania em Saúde
P30 – Gostaríamos que partilhasse connosco, de forma sintética, uma estória/situação/momento revelador da questão da cidadania em saúde que possa ter acontecido com um dos seus público-alvo (situação negativa ou positiva).

Empoderando vidas.
Fortalecendo nações.