



ECV/056

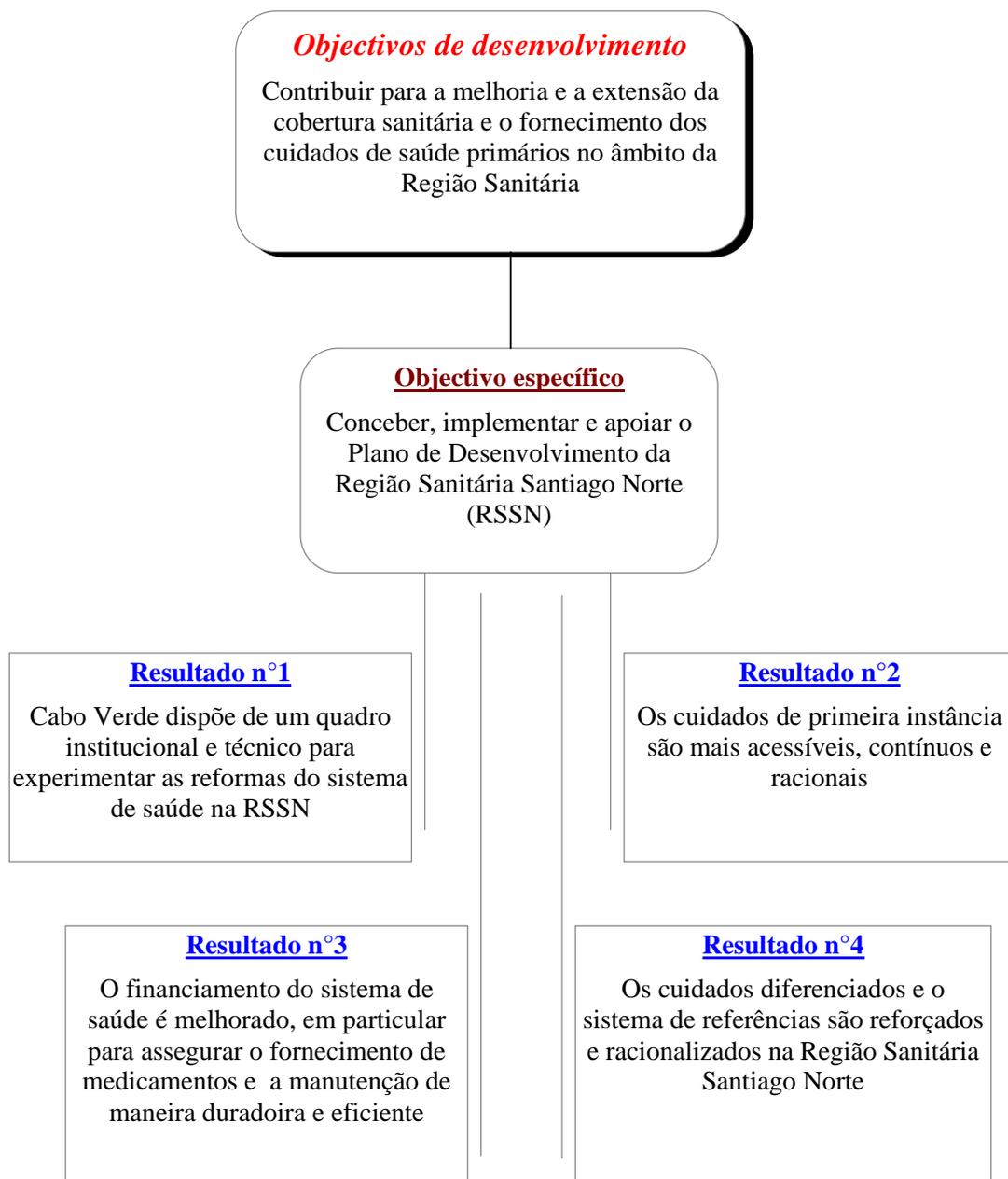
Projecto de Apoio ao plano de
Desenvolvimento da Região Sanitária
Santiago Norte (RSSN)

<u>Ficha sintética</u>	
País:	Cabo Verde
Código do projecto:	ECV/056
Título abreviado do projecto:	Região Sanitária Santiago Norte (RSSN)
Título completo do projecto:	Projecto de Apoio ao Plano de Desenvolvimento da Região Sanitária Santiago Norte (RSSN)
Versão:	Fevereiro de 2004
Data prevista para o início do projecto:	Junho de 2004
Data prevista para o término do projecto:	Junho de 2008
Contribuição financeira do Luxemburgo:	8 600 000 EUR

ÍNDICE

QUADRO CONCEPTUAL DO PROJECTO	4
RESUMO EXECUTIVO DO PROJECTO	5
ABREVIATURAS E SIGLAS.....	8
CAPÍTULO I HISTÓRICO E PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PROJECTO	10
<i>HISTÓRICO</i>	<i>10</i>
<i>ELABORAÇÃO</i>	<i>11</i>
CAPÍTULO II CONTEXTO DO PROJECTO	13
A <i>QUADRO GLOBAL DO PAÍS</i>	<i>13</i>
<i>QUADRO REGIONAL E LOCAL.....</i>	<i>13</i>
<i>DESCRIÇÃO DOS SECTORES E SUB-SECTORES.....</i>	<i>14</i>
C.1 <i>POLÍTICA SECTORIAL DE SAÚDE.....</i>	<i>14</i>
C.2 <i>ORGANIGRAMA.....</i>	<i>15</i>
<i>FINANCIAMENTO E ABASTECIMENTO EM MEDICAMENTOS.....</i>	<i>16</i>
<i>O INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA.....</i>	<i>17</i>
<i>DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE.....</i>	<i>18</i>
<i>OUTRAS INTERVENÇÕES NO SECTOR.....</i>	<i>19</i>
CAPÍTULO III JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO	22
A <i>PROBLEMÁTICA SECTORIAL NACIONAL.....</i>	<i>22</i>
<i>PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA.....</i>	<i>25</i>
B.1 <i>PROBLEMÁTICA CENTRAL: OFERTA DE CUIDADOS É MAL EQUILIBRADA E MAL ARTICULADA</i>	<i>25</i>
B.2 <i>A AUSÊNCIA DE UMA INSTÂNCIA DE COORDENAÇÃO ENTRE O PRIMEIRO E O SEGUNDO NÍVEL</i>	<i>27</i>
B.3 <i>A FRAGILIDADE DA REDE DE SERVIÇOS DE PRIMEIRO NÍVEL.....</i>	<i>28</i>
B.4 <i>A FRAGILIDADE DO SISTEMA DE REFERÊNCIA.....</i>	<i>28</i>
B.5 <i>A FRAGILIDADE DO FINANCIAMENTO DOS MEDICAMENTOS E DA MANUTENÇÃO.....</i>	<i>29</i>
<i>PARTES IMPLICADAS E BENEFICIÁRIAS.....</i>	<i>31</i>
<i>ESCOLHA ESTRATÉGICA.....</i>	<i>32</i>
D.1 <i>EIXOS DE INTERVENÇÃO E LÓGICA DE INTERVENÇÃO.....</i>	<i>32</i>
D.2 <i>LÓGICA DA INTERVENÇÃO DE OUTRORA</i>	<i>33</i>
D.3 <i>A COMPLEMENTARIDADE DAS ESTRUTURAS SANITÁRIAS</i>	<i>35</i>
<i>COMPATIBILIDADE COMAS OUTRAS INTERVENÇÕES.....</i>	<i>35</i>
CAPÍTULO IV DESCRIÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO	37
A <i>DESCRIÇÃO DO PROJECTO</i>	<i>37</i>
A.1 <i>OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO.....</i>	<i>37</i>
A.2 <i>OBJECTIVO ESPECÍFICO</i>	<i>37</i>
A.3 <i>RESULTADOS E MEIOS</i>	<i>39</i>
B <i>IMPLEMENTAÇÃO</i>	<i>61</i>
B.1 <i>QUADRO INSTITUCIONAL.....</i>	<i>61</i>
B.2 <i>ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO PROJECTO</i>	<i>61</i>
CAPÍTULO V SUSTENTABILIDADE DOS BENEFÍCIOS DO PROJECTO	64
A <i>A POLÍTICA DO GOVERNO</i>	<i>64</i>
B <i>AS TECNOLOGIAS E AS COMPETÊNCIAS</i>	<i>65</i>
C <i>FACTORES ECONÓMICOS.....</i>	<i>65</i>
D <i>EFEITOS SOBRE O AMBIENTE.....</i>	<i>66</i>
E <i>FACTORES CULTURAIS.....</i>	<i>66</i>
ANEXOS.....	67

QUADRO CONCEPTUAL DO PROJECTO



Resumo executivo do projecto

A avaliação das intervenções da cooperação luxemburguesa em Cabo Verde recomendou a evolução para uma abordagem mais coerente e global no apoio ao sistema de saúde. A planificação sanitária e o financiamento da saúde constituem dois domínios de intervenção muito complementares que se tornaram uma prioridade em Cabo Verde. Com efeito, em 1998, o Governo de Cabo Verde adoptou a Carta sanitária na qual a Região Sanitária engloba um certo número de Delegacias de Saúde e um Hospital Regional. No programa político da legislatura actual, estão previstas a organização do sistema de referência e a definição dos estatutos do Hospital Regional. Finalmente, o aumento das despesas de saúde tornou-se uma preocupação crescente das autoridades sanitárias. Mesmo que o INPS só cubra um terço da população, ele é doravante um parceiro essencial nas reformas do financiamento. Um projecto de apoio a estes diferentes esforços corresponde a uma necessidade estrutural importante do país e, mais ainda, beneficia actualmente de uma oportunidade politicamente evidente.

O projecto propõe concentrar a sua intervenção numa região piloto seguindo assim uma abordagem pragmática fundada no acompanhamento regular do impacto das reformas. A escolha do Norte de Santiago justifica-se por uma distância relativamente razoável, mas sobretudo pelas necessidades particularmente gritantes e por um contexto político favorável. Com efeito mesmo que os indicadores de saúde de Cabo Verde estejam entre os melhores de África, paradoxalmente, a cidade da Praia e o Norte da ilha de Santiago apresentam um quadro de indicadores mais baixo que a média do país. As Delegacias de Saúde de Santa Catarina, Tarrafal e Calheta São Miguel formam a Região Sanitária denominada «Região Sanitária Santiago Norte» e um número de investimentos foram recomendados para esta Região. A nota estratégica sobre as intervenções da Cooperação Luxemburguesa identificou esta Região Sanitária como sendo o terreno prioritário para um apoio externo.

No Norte da ilha de Santiago, os factores económicos e ambientais explicam uma grande parte da actual morbi-mortalidade. A nível da oferta de cuidados, um número de limitações no acesso e na continuidade dos cuidados contribuem igualmente para a morbi-mortalidade. Constata-se que a oferta dos serviços de saúde está mal equilibrada e mal articulada. A região possui 3 vezes menos médicos e 2 vezes menos enfermeiros por habitante que a média do país e o Município de São Miguel encontra-se particularmente desfavorecido. O Hospital Regional não desempenha totalmente o papel de centro de referência e cerca de 2/3 dos contactos com os serviços de saúde passam-se nos «*bancos de urgência*». Só o Hospital Central da Praia assume 70% das consultas de primeiro escalão.

Por outro lado, nesta região, o número de pessoas cobertas pelo INPS é ainda relativamente baixo. Como a cobertura dos custos é muito modesta, o financiamento das estruturas de saúde depende essencialmente do orçamento desconcentrado do Ministério que não responde realmente a todas as necessidades. As Delegacias não dispõem de instrumentos para obter uma quota suficiente e repartida de forma « eficiente ». Por último o número de indigentes é significativo e as Câmaras Municipais que os devem assumir, nem sempre podem fazê-lo de forma equitativa, eficaz e económica.

As deficiências estruturais do sistema que explicam esta constatação são: (i) a ausência de uma coordenação regional dos serviços de saúde, (ii) a debilidade da rede de estruturas sanitárias de primeiro nível, (iii) a incapacidade do sistema de financiamento actual

assegurar os bens e serviços e (iv) a debilidade dos serviços de saúde diferenciados na Região Sanitária Santiago Norte.

Os resultados esperados no final do projecto respondem a estes diferentes problemas :

- Cabo Verde dispõe de um quadro institucional e técnico para experimentar as reformas do sistema de saúde (em particular a criação da Região Sanitária e as novas modalidades de financiamento) na RSSN ;
- Os cuidados de primeira instância tornaram-se mais acessíveis, contínuos e racionais;
- O financiamento do sistema de saúde é melhorado em particular para assegurar o fornecimento de medicamentos e a manutenção de forma duradoira e eficiente;
- Os cuidados diferenciados e o sistema de referências foram reforçados e racionalizados na Região Sanitária Santiago Norte.

Estes 4 resultados estão estritamente interligados, mas o primeiro refere-se mais ao aspecto jurídico e político para dar à experiência a margem de manobra como também o acompanhamento e a visibilidade necessárias para uma futura extensão. O segundo propõe aumentar a oferta de cuidados bem como a sua qualidade privilegiando os cuidados de base. O terceiro assegura a perenidade dos conhecimentos adquiridos insistindo nos aspectos económicos e o quarto integra a oferta hospitalar no conjunto do sistema.

O projecto necessita, para iniciar, de um certo número de requisitos prévios em particular no quadro jurídico e na selecção do pessoal. Após uma fase transitória para os estudos indispensáveis, ele propõe iniciar, o mais cedo possível, as construções prioritárias (hospital e novos Centros de Saúde). As reabilitações são programadas logo de seguida. Ao mesmo tempo as formações (médico em saúde pública, gestor do hospital e especialistas) serão assegurados. Durante este tempo, o projecto continuará nas estruturas existentes. O Gabinete Técnico da região tornar-se-á, em particular, operacional e a planificação sanitária tomará forma. Estes dois primeiros anos serão, em particular, consagrados às formações (cuidados enfermeiros, instrumentos de gestão das Delegacias). O apoio ao sistema de informação sanitária (incluindo os dados financeiros da Delegacia e do hospital) será privilegiado.

Numa segunda fase, o pessoal formado virá progressivamente integrar-se no projecto em colaboração com a assistência técnica que se manterá. A utilização das novas estruturas e equipamentos dará um novo impulso ao projecto. Os instrumentos de gestão anteriormente elaborados serão postos em prática no novo hospital. Iniciativas tomarão forma para mobilizar outros recursos (facturação ao INPS, por exemplo), para desenvolver a contractualização com as farmácias (actuais ou novas) e para melhor assumir os indigentes. A implementação do dossier do paciente e do sistema de referência e de contra-referência será assim generalizada. A população poderá aceder a cuidados de qualidade incluindo certos serviços especializados sem se deslocar até à Praia. O trabalho de planificação estratégica continuará assim com novas tarefas (seguimento das doenças crónicas por exemplo) e de uma forma mais global cobrindo todo o conjunto da pirâmide de saúde.

O projecto prevê desta forma uma vertente importante em recursos humanos com formações (no estrangeiro e no próprio lugar) em numerosos domínios (saúde pública, especialização, gestão). O apoio de uma assistência técnica externa permanece limitado (um médico permanente e consultas breves) mas o projecto dispõe de um orçamento importante para os estudos e análises no terreno (com consultores locais ou o pessoal do próprio local).

O orçamento para os trabalhos é importante mas diz respeito não só às estruturas a nível primário (PS e CS) como também à referência. Os equipamentos necessários ser-lhe-ão associados. O apoio para a manutenção destes investimentos é uma vertente particularmente desenvolvida tanto do ponto de vista organizacional como financeiro.

A durabilidade dos conhecimentos adquiridos do projecto é reforçada pela aceitação do projecto a nível nacional (com um Comité de seguimento). Ele deve facilitar a implementação de verdadeiras reformas institucionais e financeiras que assegurarão a perenidade e a generalização das experiências. A força da Região Sanitária dependerá da sua capacidade de mobilizar um financiamento diversificado e de obter, pela qualidade do seu serviço, os apoios dos principais actores (Câmaras Municipais, INPS, Ministério, doadores...).

O orçamento do projecto eleva-se a 8 600 000 Euro repartidos como se segue: 14% para os recursos humanos, 16% para o equipamento, 56% para os trabalhos, 7% para a formação, 2% para o seguimento e avaliação e 6% para diversos e imprevistos.

Abreviaturas e Siglas

BOG	Boletim Oficial do Governo
CPS	Cuidados primários de Saúde
CS	Centro de Saúde
DGARH	Direcção Geral de Administração e dos Recursos Humanos
DGCI	Direcção Geral da Cooperação Internacional
DGF	Direcção Geral da Farmácia
DGS	Direcção Geral da Saúde
DS	Delegacia de Saúde
ECV	Escudo de Cabo Verde
ECG	Electro-cardiograma
EUR ou ₤	Euro
FAIMO	Fundo de Apoio aos Trabalhadores de Mão de Obra intensiva
GEPC	Gabinete de Estudos, de Planificação e de Cooperação
HAN	Hospital Agostinho Neto (Hospital Central da Praia)
HRSN ou HR	Hospital Regional Santiago Norte
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IOV	Indicador objectivamente verificável
MNE	Ministério dos Negócios Estrangeiros
NC	Novo caso
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PS	Posto Sanitário
PPIP	Programa Plurianual dos Investimentos Públicos
RSSN	Região Sanitária Santiago Norte
USB	Unidade Sanitária de Base
USD	Dollar dos Estados Unidos

Taxa de câmbio (Fevereiro de 2004)

1	ECV	=	0.0091	EURO
1	EURO	=	110.2651	ECV

Capítulo I

Histórico e processo de elaboração do projecto

HISTÓRICO

1. Em Dezembro de 1998 foi realizada pelo Dr. Y. Estrela e o Dr. P. Reitmaier, uma avaliação dos projectos de saúde em Cabo Verde. Os autores observaram que o estado de saúde da população melhorou nitidamente desde 1990. Observa-se este resultado na melhoria do estado nutricional, da esperança de vida, da prevenção das gravidezes indesejadas, da mortalidade infantil e materna, sendo estes indicadores os melhores de África. Este facto é devido por múltiplas razões: a estabilidade política, o direito garantido à saúde até o 4º escalão, a melhoria do sistema de transporte e das telecomunicações, a escolarização alargada, a política de segurança alimentar, a importante consciencialização da saúde e a extensão da rede dos serviços de saúde.
2. No que diz respeito às intervenções da Cooperação Luxemburguesa, é primordial citar-se que diligências de constituição de um sistema de referência a dois níveis foram já encetadas na ilha de Santo Antão com investimentos no Hospital Regional e nos Postos Sanitários em cerca de 40 USD/habitante. Contudo, estas diligências não incluíram a constituição formal de uma Região Sanitária.
3. Os problemas identificados aquando da avaliação das intervenções da cooperação entre o Grão Ducado de Luxemburgo e a República de Cabo Verde são:
 - a fraca coordenação intersectorial e inter-municipal do sistema de saúde ;
 - a fraca manutenção das infra-estruturas e do equipamento biomédico ;
 - a deficiente gestão do funcionamento dos laboratórios.
4. Esta avaliação recomendou:
 - o apoio aos planos de Região Sanitária ;
 - a realização de estudos arquitectónicos que devem ter em conta: o respeito pelas normas, a discrição dos processos e das funções, os planos de urgência e de incêndio, o cálculo dos custos recorrentes, o plano do circuito dos doentes, do pessoal e do material infectado e esterilizado, o plano de instalação dos equipamentos e o plano de manutenção ;
 - a consolidação dos projectos anteriores, nomeadamente em matéria de gestão dos serviços gerais: a manutenção e a racionalização dos laboratórios periféricos.

5. Em Setembro de 2000, uma Nota Estratégica de Intervenção no sector da saúde foi elaborada pelo Dr. A. Ramos de Matos. Tratava-se de fazer evoluir as intervenções no sector saúde de uma abordagem projecto em direcção a uma abordagem sectorial integrada e coerente chamada “abordagem programa”. Os componentes do programa propostos são os seguintes:
- equipamentos do bloco operatório do Hospital Agostinho Neto ;
 - apoio na manutenção das infra-estruturas e equipamentos de saúde ;
 - apoio ao desenvolvimento da Região Sanitária Santiago Norte ;
 - participação na luta contra a malnutrição ;
 - reforço da luta contra a dependência da droga ;
 - apoio na reforma do financiamento da saúde.

É evidente que a Região Sanitária Santiago Norte é um terreno de aplicação dos vários componentes citados

Formatadas: Marcas e numeração

6. Em Junho de 2001, foi elaborado o Programa Indicativo de Cooperação (PIC) 2002-2005 entre Cabo Verde e Luxemburgo. A política Luxemburguesa de cooperação para o desenvolvimento põe a tónica sobre a luta contra a pobreza e o desenvolvimento sustentável num espírito de parceria e de desenvolvimento participativo e sempre em conformidade com a política do país alvo. A transferência do saber e o desenvolvimento das capacidades profissionais e de gestão constitui um elemento chave. A eficiência das intervenções baseia-se na coordenação entre os parceiros e uma política de avaliação transparente e apropriada. O PIC exalta a abordagem programa, ou seja a formulação de objectivos sectoriais deixando uma certa flexibilidade na planificação operacional.

ELABORAÇÃO

7. A elaboração foi iniciada pela redacção dos termos de referência do consultor em saúde pública e pela elaboração de uma ficha SPROUT. Uma primeira missão de 3 semanas em Cabo Verde de 25.11.01 a 15.12.01 permitiu :
- recolher dados sobre os serviços de saúde, o financiamento, a política sectorial ;
 - produzir, através de um atelier de planificação, um *draft* do plano de cobertura sanitária, uma proposta de estatutos para o Comité de distrito, um cronograma de actividades, uma projecção das necessidades em recursos humanos.
8. Realizou-se uma segunda missão a Cabo Verde (de 4 a 10 de Março de 2002) após a difusão do primeiro documento. Esta missão permitiu:
- validar a pertinência dos objectivos, resultados e meios propostos e completá-los;
 - realizar uma análise dos riscos internos e externos, redigir uma lista de compromissos do Ministério da Saúde e das Câmaras Municipais para dominar estes riscos e validar esta lista com o Ministro da Saúde ;

- analisar a questão do financiamento do pessoal, dos medicamentos e da manutenção com a Direcção Geral do Plano e a Direcção Geral das Infra-estruturas.
9. Uma missão APS foi levada a cabo em Março de 2003 para:
- realizar os estudos preliminares para um novo Hospital Regional em Achada Falcão ;
 - examinar as soluções para a criação de um CS urbano na Assomada e calcular o seu custo ;
 - realizar os estudos preliminares para a construção do CS de Calheta, partindo das orientações descritas no resultado 2;
 - calcular o orçamento necessário para transformar 4 USB em Postos Sanitários e para realizar uma nova construção de PS ;
 - examinar a capacidade de implementação dos actores do sector público e privado e calcular a importância de uma assistência técnica requerida.
10. Realizou-se uma missão de 7 a 28 de Setembro de 2003, sobre o financiamento; Esta missão permitiu:
- mostrar a actualidade da reforma do financiamento da saúde e a necessidade de um instrumento de gestão para isso;
 - avaliar os limites da cobertura dos custos e a necessidade de explorar outras fontes de financiamento ;
 - mostrar o lugar que ocupa o INPS no financiamento do sistema de saúde e em particular dos medicamentos.
11. Finalmente efectuou-se uma missão de finalização de 3 a 10 de Janeiro de 2004. Esta missão pôde :
- integrar as recomendações das duas missões precedentes numa síntese coerente do projecto ;
 - estudar com os diferentes parceiros (INPS, Câmaras Municipais, Ministério, outros doadores) a sua possível implicação no projecto particularmente nos novos aspectos financeiros e de gestão ;
 - ter em conta a evolução do contexto para actualizar o projecto inicial.

Capítulo II

Contexto do projecto

A. QUADRO GLOBAL DO PAÍS

12. Em 2000 a população da República de Cabo Verde era de 434 812 habitantes com uma taxa de crescimento anual de 2,4%. A densidade da população é de 109 h/km². A taxa de urbanização é de 54 %. A taxa de masculinidade geral é de 94%. A demografia continua galopante apesar da prevalência contraceptiva que se situa em 50% e um índice sintético de fecundidade que caiu para 4,0.
13. O PNB/habitante situava-se em 1 330 USD em 2000 com um crescimento anual de 2,2 % e uma taxa de inflação de 2,8% em 1999. A estrutura macro-económica é caracterizada por uma preponderância dos serviços (69%) sobre a indústria (19%) e a agricultura (12%). A ajuda pública ao desenvolvimento representa 29% do PNB, ou seja 315 US\$/h/ano. A dívida externa representa 50% do PNB. A ajuda alimentar em cereais representa 65 000 T/ano, ou seja 130kg/habitante. A emigração é um fenómeno generalizado. Estima-se que os 700 000 cabo-verdianos que vivem no estrangeiro contribuam com 15 % ao PNB.
14. Numa escala de desenvolvimento humano (2000) Cabo Verde, que se encontrava em 1999 na 105ª posição, passou em 2000 para a 91ª posição graças à melhoria dos indicadores sociais. Em África, só é precedido pela África do Sul. Os indicadores de saúde são assim nitidamente melhores do que os da África do Sul com uma esperança de vida de 71 anos, uma mortalidade infantil de 33,4 por mil e uma mortalidade juvenil de 28,2 por mil. A taxa de mortalidade materna situa-se à volta de 55 em 100.000 nascimentos. O défice ponderal refere-se a 14% das crianças de menos de 5 anos. O número de casos de tuberculose para 100 000h situa-se em 48,3 e o número de casos de paludismo em 5 para 100 000h.
15. Segundo os dados do *Interim Poverty Reduction Strategy Paper*, o acesso à água potável é de 70% e ao saneamento de 45,5 %. As despesas públicas para a saúde situam-se em 2,3 % do PNB. Em matéria de imunização, constata-se que as crianças de um ano são vacinadas em 84% contra a tuberculose e em 66% contra o sarampo e 63,9% são completamente vacinadas. A taxa de utilização da RVO é de 83%. O número de médicos para 100 000 habitantes é de 29 e o número de enfermeiros é de 57.

B. QUADRO REGIONAL E LOCAL

16. A Região Sanitária Santiago Norte engloba três Municípios cuja população junta representa 19,4% da população total do país.

17. Sobre o plano demográfico, constata-se que há uma taxa de masculinidade mais baixa (89%) que a média do país e isso particularmente no Tarrafal (80%). A densidade da população é mais elevada que a média do país e o crescimento da população é mais elevada no Município do Tarrafal. O quadro seguinte apresenta os dados demográficos.

Quadro 1. Dados demográficos da Região Sanitária Santiago Norte

Concelho	População					tx de cres. anual	taxa masculinidade	taxa de urbanização	densidade da população
	2001	2002	2003	2004	2005				
Tarrafal	18'584	19'421	20'294	21'208	22'162	4,50%	80,00%	32,53%	158,2
Santa Catarina	50'776	51'740	52'724	53'725	54'746	1,90%	82,75%	14,24%	205,1
Sao Miguel	16'362	16'623	16'889	17'160	17'434	1,60%	79,13%	30,33%	177,6
Total	85'722	87'785	89'907	92'093	94'342	2,41%	81,46%	21,22%	187,7

Fonte: RGPB 2000, dados preliminares.

18. O Concelho de São Miguel tem uma população de 16 362 habitantes com uma forte concentração de população na vila de Calheta São Miguel. A agricultura e a pesca são as actividades predominantes. A pobreza leva à emigração acentuada e as remessas dos emigrantes na Europa contribuem grandemente para a economia. Existem potencialidades para o turismo, mas as infra-estruturas não estão à altura. A cooperação canadense contribui para a construção das USB de Ribeireta e de Espinho Branco.
19. O Concelho de Santa Catarina tem uma população de 50 776 habitantes com uma taxa de crescimento abaixo da média do país. A zona principal Assomada conta com 7'067 habitantes e dista 44 km da Praia. Apenas 19.7% da população tem acesso à água potável. A população é essencialmente agrícola mas a agricultura sofre de inúmeros problemas, dos quais a seca e o sistema predial.
20. O Concelho do Tarrafal ocupa a parte Norte da ilha de Santiago. É difícil o acesso às localidades nas montanhas de carro. A vila do Tarrafal possui um atractivo turístico. Há um forte crescimento da população, estimada em 4,5%. Na vila de Chão Bom constata-se inúmeros problemas sociais.

DESCRIPÇÃO DO SECTOR E SUB-SECTOR

C.1 POLÍTICA SECTORIAL DE SAÚDE

21. A política da saúde apoia-se no princípio de base da equidade no acesso aos cuidados de saúde oferecidos. Ela dá uma prioridade às zonas desfavorecidas geográfica e socialmente e à coordenação entre as estratégias da saúde e as dos sectores semelhantes.
22. O programa do Governo para a legislatura 2001-2004 compreende :
- a elaboração de um documento de Política nacional de Saúde como quadro de referência geral que deveria orientar o processo de reforma do

Sistema e que vise um compromisso de diferentes sectores do Estado em matéria de saúde ;

- uma reorientação do Sistema, que deveria ser única, pela disponibilização à população de um conjunto de serviços organizados, de forma coerente e hierárquizada, em todo o território nacional, assegurado por uma equipa articulada;
- a definição de cada nível do sistema e a sua operacionalização;
- a revisão dos estatutos dos Hospitais Centrais;
- a publicação dos estatutos dos Hospitais Regionais;
- a promoção da qualidade a todos os níveis do sistema, independentemente da respectiva posição na pirâmide de saúde;
- o estabelecimento, na medida do possível, de quadros orgânicos das diferentes estruturas;
- a reorganização e a revitalização dos programas de saúde de forma que eles sejam mais eficazes;
- o desenvolvimento de capacidades locais de formação e a melhoria dos mecanismos de gestão do processo de formação pós-graduação;
- a orientação do financiamento do sistema, de forma que uma grande parte passe por uma via indirecta para garantir uma melhor justiça social;
- uma estimulação da investigação em saúde como elemento chave da criação de um espírito de rigor e de curiosidade científica;
- a promoção de uma política do medicamento que vise sempre salvaguardar as necessidades das populações mais vulneráveis;
- o desenvolvimento de uma política de manutenção do equipamento hospitalar para garantir a rentabilidade dos investimentos em matéria de equipamentos e de infra-estruturas ;
- o desenvolvimento das estruturas de saúde, tendo em conta a situação particular da Praia que, devido à sua situação epidemiológica, apresenta os indicadores mais baixos do país ;
- uma regulamentação do sector privado filantrópico e lucrativo bem como um apoio ao seu desenvolvimento a fim de disponibilizar à população os serviços de saúde adequados.

C.2 ORGANIGRAMA

23. O serviço público de saúde é designado por «Serviço Nacional de Saúde (SNS)» cuja organização é fixada pela Lei.

O nível central do Ministério da Saúde tem três direcções :

- a Direcção Geral da Saúde ;
- a Direcção Geral da Farmácia;
- a Direcção Geral da Administração e dos Recursos Humanos.

Formatadas: Marcas e numeração

O país é dividido em 17 Delegacias de Saúde que coincidem com os Concelhos. As Delegacias de Saúde estão encarregues de organizar a implementação das prestações curativas, preventivas e promocionais em estratégia fixa e itinerante. As Delegacias de Saúde asseguram os cuidados primários de saúde em 4 tipos de estruturas sanitárias: os Centros de Saúde (18), os Centros PMI (5), os Postos Sanitários (20) e as Unidades Sanitárias de Base (93). Existe um lista standard para o equipamento e para as actividades em cada tipo de estrutura. Os Delegados de Saúde organizam um programa de consultas itinerantes, curativas e preventivas nos Postos Sanitários e nas USB. Elas encarregam-se igualmente da prevenção das epidemias e da inspeção sanitária. As Delegacias de Saúde dispõem de uma autonomia administrativa. Elas desempenham um papel de autoridade sanitária.

Formatadas: Marcas e numeração

Os cuidados de saúde diferenciados são assegurados por 3 hospitais regionais e 2 hospitais centrais. Os hospitais regionais dispõem de uma autonomia administrativa mas o papel do director se confunde actualmente com o do Delegado de Saúde. Os 2 hospitais centrais (Praia e São Vicente) dispõem de autonomia administrativa e financeira.

Em princípio, o acesso aos cuidados de saúde deve obedecer a uma utilização hierarquizada com excepção de caso de urgência.

FINANCIAMENTO E ABASTECIMENTO EM MEDICAMENTOS

24. O Estado continua como a fonte de financiamento mais importante dos serviços de saúde. O orçamento atribuído à saúde (funcionamento e estruturas autónomas) representou 8% do orçamento total do Estado em 2001. Os recursos humanos (não inclui o pessoal contratado das estruturas autónomas) absorveram 64% do orçamento de funcionamento do Ministério da Saúde em 2003.
25. As despesas do Estado para a compra de medicamentos foi de 235 milhões de ECV em 2003 (incluindo os medicamentos das estruturas autónomas), ou seja 5,4 USD por habitante ou 16 % do orçamento do Ministério da Saúde. No entanto, 56% destes medicamentos são consumidos pelos dois Hospitais Centrais. O abastecimento do sector público em medicamentos é assegurado pela Direcção Geral da Farmácia. Em função das encomendas e das disponibilidades os medicamentos são distribuídos gratuitamente a todas as estruturas sanitárias.
26. Os cuidados preventivos e de promoção são gratuitos. As tarifas para os cuidados curativos são reguladas pelo Decreto nº 4/93 mas estas tarifas são raramente aplicadas. As mulheres grávidas, as crianças de menos de dois anos que seguem regularmente os cuidados preventivos e as pessoas vulneráveis devidamente atestadas, os trabalhadores das FAIMO, os doentes suportados pelos programas prioritários beneficiam da gratuidade dos cuidados curativos. Os funcionários contribuem com uma taxa moderadora de 100 ECV e um desconto prévio de 8% do salário.

Existe igualmente um sistema de evacuação dos doentes para um hospital de 4º escalão em Portugal. O sistema é subvencionado pelo Orçamento do Ministério da Saúde e absorveu, em 2002, 5,4% deste orçamento.

Formatadas: Marcas e numeração

O INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA

27. O INPS foi criado há já uma dúzia de anos para cobrir os assalariados do privado. O número de associados aumentou de forma regular. Como é preciso ter-se em conta os « que têm direito » pode-se calcular que 30 % da população está coberta pelo INPS. Uma proporção ainda mais elevada utiliza estes cartões particularmente para o reembolso dos medicamentos.

Número de filiações no INPS

	1996	2000	2002
Número de contribuintes	16 166	22 865	36 281
Descendentes	44 537	47 228	53 235
Ascendentes	1 514	2 962	2 042
Cônjuges	1 849	2 728	2 958
Pensionistas	2 526	3 511	4 000
Total	66 592	79 294	98 516

As despesas para o seguro de doença aumentaram bastante para atingirem em 2003 cerca de 1 bilhão de ECV. Quase metade destas despesas é consagrada aos reembolsos dos medicamentos. O pagamento das hospitalizações vem em segundo lugar e é efectuado de forma condicionada junto do Estado. Finalmente as evacuações ocupam 12% do orçamento.

Formatadas: Marcas e numeração

Despesas do INPS para a doença

	1998	1999	2000	2001	2002	1000 ECV Orçamento 2003
Cuidados	51 978	68 702	62 063	72 364	69 864	67 733
Maternidade	8 573	8 253	8 469	14 649	12 796	12 023
Hospitalização	107 457	142 549	157 587	168 350	233 681	214 200
Medicamentos	306 890	410 576	409 327	509 427	473 221	483 925
Próteses	21 714	30 797	39 426	44 936	44 020	47 650
Transporte	96 273	92 137	117 299	117 269	101 037	128 489
Total	592 885	753 014	794 171	926 995	934 619	954 020

Apesar de uma gestão rigorosa, a caixa de doença está em déficit crescente, compensado pelos excedentes obtidos com os outros riscos. A parte das contribuições dos empregados fixado inicialmente em 2 % do salário passou para 4%. A parte dos empregadores é de uma mesma percentagem.

Formatadas: Marcas e numeração

Para conter as despesas de medicamentos, o INPS implementou um sistema de vinhetas. Uma Lei que permitiria modular a taxa de reembolso dos medicamentos (entre 20 e 60%) acaba de ser votada mas ainda não entrou em vigor. Uma outra Lei está em preparação para a filiação das profissões liberais sobre a base de um montante fixado segundo as suas actividades.

28. O INPS desempenha deste modo um papel fundamental no financiamento da saúde e em particular no mercado de medicamento. Os contactos entre o INPS e o Ministério da Saúde (principalmente a Direcção Geral da Farmácia) são numerosos, mas não existe uma estrutura regular de trabalho em comum. Todavia a política de reembolso é um dos elementos essenciais da política farmacêutica e mesmo do conjunto do financiamento da saúde.
29. Parece ser difícil implementar fundos de maneio ao custo real quando os pacientes podem fazer-se reembolsar em 75% do preço dos medicamentos numa farmácia privada utilizando o seu cartão ou o de uma outra pessoa. Antes de querer experimentar a introdução de um sistema de participação comunitária mais adaptada aos países de África, é melhor experimentar o reforço da estrutura do INPS e alargar a sua cobertura. Da mesma forma, parece difícil inspirar-se nos modelos comunitários para a assunção dos indigentes. O contexto social e histórico é muito particular e as Câmaras Municipais têm a responsabilidade desta tarefa, mesmo que elas continuem a não ter meios financeiros ou técnicos para garantir uma assunção dos encargos de forma eficaz e equitativa. Parece assim recomendável ajudar as Câmaras Municipais a melhor exercer estas responsabilidades, sobretudo implicando mais o INPS.

DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

30. Aquando da avaliação a meio-percurso do plano nacional de desenvolvimento 1997-2000, foram registados os seguintes resultados:
- a esperança de vida à nascença aumentou para atingir 71 anos em 2000. A taxa de mortalidade infantil é ainda de 33,4 para 1 000, no mesmo ano. Existe uma forte variação geográfica da qual as taxas menos boas se encontram na Praia (67,1), na Brava (51,0) e no Tarrafal (49,0). Convém realçar que a situação da saúde é fortemente dependente dos factores exógenos, do nível de fornecimento de água potável, do saneamento do meio, do crescimento da população, da pobreza e do analfabetismo;
 - as doenças transmissíveis constituem as principais causas de morbilidade nomeadamente as doenças diarreicas e infecciosas respiratórias das crianças de menos de 5 anos. A hipertensão arterial é no entanto o primeiro motivo de consulta dos adultos.

Formatadas: Marcas e numeração

Quadro 2 : Incidências e prevalências das doenças infecciosas

Indicador	Valor
Morbidade registada por doenças diarreicas, 1997	2270/10000
Morbidade registada por infeções respiratórias agudas nas crianças com menos de 5 anos, 1997	2985/10000
Incidência da tuberculose na população de mais ou igual a 5 anos, 2000	5/10000
Prevalência da lepra, 1997	0,42/10000
Incidência do paludismo, 1997	4,9/100000
Prevalência do VIH	1 à 2,5%

Fonte: avaliação a meio-percurso do plano nacional de desenvolvimento

31. A taxa de cobertura vacinal manteve-se inferior a 70% entre 1999 e 2000, mas a partir de 2001 verificou-se uma tendência de aumento. Os dados administrativos de 2001 mostram uma taxa de cobertura vacinal para os de menos de um ano de apenas 68,6%. Inquéritos realizados de 1999 a 2002 nas crianças de 12 a 23 meses mostraram, respectivamente, 76,9% e 86,3% para as crianças completamente vacinadas. Registaram-se progressos sensíveis para as percentagens de nascimentos no meio hospitalar (68%), de prevalência contraceptiva (33,2%), de inscrição nas consultas para as crianças pequenas (81,3%) com um número médio de 6,4 consultas no primeiro ano, do número médio de consultas por mulher grávida (3,1), de utilização dos cuidados curativos (0,9 consultas/habitante). Notam-se variações geográficas muito importantes: nomeadamente a ilha de Santiago possui indicadores mais fracos.
32. Em matéria de recursos sanitários, o ratio enfermeiro/habitante evoluiu para atingir 1 / 1 289 e o ratio médico/habitante 1 / 2 324 em 2000. Contudo, 60,7% dos enfermeiros e 74% dos médicos estão concentrados nas cidades da Praia e Mindelo. As despesas públicas para a saúde representam 2,1% do PIB em 2002.

OUTRAS INTERVENÇÕES NO SECTOR

33. O projecto saúde na cidade da Praia é um projecto de 3 000 000 Euro para 3 anos, que visa uma inversão da tendência da população em ir à consulta ad hoc no HAN, para um seguimento regular junto do Centro de Saúde mais próximo. As actividades compreendem :
 - apoio à Direcção Geral da Saúde em matéria de estudos operacionais e de IEC sobre um novo conceito de CPS ;
 - melhoria do funcionamento dos Centros de Saúde e dos Postos Sanitários ;
 - o reforço dos serviços de CPS para a construção de 4 CS, 1 PS e para a reabilitação de um CS existente.
34. O balanço das contribuições para o ano de 1998 dos diferentes intervenientes por sub-programa do plano nacional mostra que o Luxemburgo, a OMS e o FNUAP são os parceiros financeiros mais importantes em 1998.

Quadro 3 : Orçamentos executados pelos diferentes parceiros em 1998 por sub-programa (000 ECV)

sub-programa	OMS	UNICEF	FNUAP	Luxemburgo	Suécia	Países-Baixos	Portugal	Gulbenk	UE	França	Fin. interno	Total
Melhoria da saúde da criança e da mulher	500	5500	43700									49700
Estruturação do sistema de saúde	18900			67743	22292	23908					1316	134159
Formação, desenvolvimento e valorização dos recursos humanos	10100						1500	800				12400
Luta contra as doenças endémicas e epidémicas	25300			282					2000	3582		31164
Animação/Informação para a saúde	400											400
Total	55200	5500	43700	68025	22292	23908	1500	800	2000	3582	1316	227823

Fonte: Avaliação a meio percurso do programa de desenvolvimento da saúde

35. Um apoio orçamental de 7 000 000 Euro para 2 anos dividido entre os sectores da educação e da saúde começou em finais de 2001 mas não existe ainda um programa de utilização destes fundos. Este apoio orçamental será avaliado por meio de indicadores de desempenho. Os indicadores relativos às prestações dos serviços de saúde são :

- taxa de imunização das crianças de menos de 12 meses ;
- taxa de partos assistidos;
- prevalência contraceptiva ;
- taxa de utilização das estruturas em medicina curativa ;
- proporção das despesas públicas de funcionamento do sector da saúde reservada aos medicamentos.

36. A Organização Internacional do Trabalho (OIT), com principalmente um financiamento da cooperação portuguesa, colabora há já muito tempo com o INPS. Foram realizadas várias missões de peritos internacionais neste últimos anos no quadro do projecto PROSOCIAL (financiado no quadro dos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa num montante de mais de 500 000 Euro). O Banco Mundial também contribuiu com uma consultoria ao INPS mas todas estas ajudas referiram-se sobretudo a problemas de pensões de velhice. Este projecto poderia constituir ocasião para orientar também esta consultoria em direcção ao risco de doença que absorve uma parte considerável do orçamento do INPS.

37. Em muitos países, a OMS deu um apoio às formações em economia da saúde e em particular aos aspectos macro-económicos e às contas da saúde. Alguns técnicos do Ministério da Saúde receberam formações neste domínio. A OMS

poderia assim desenvolver o seu papel no apoio à reforma do financiamento da saúde. Por outro lado uma melhor coordenação entre os doadores para com uma abordagem sectorial facilitada as sinergias entre projectos.

Capítulo III

Justificação do projecto

A PROBLEMÁTICA SECTORIAL NACIONAL

38. Os problemas identificados no plano do Governo 2001-2004 são :
- a desarticulação entre os diferentes níveis do sistema que leva a uma desorientação dos utentes que circulam de estrutura em estrutura bem como a uma dificuldade na gestão dos mecanismos de referência e de contra referência ;
 - a inadequação em termos quantitativos e qualitativos dos profissionais de saúde, resultado da ausência de uma política de desenvolvimento dos recursos humanos ;
 - uma fraca implicação dos profissionais da saúde na tomada de decisão relativa aos aspectos importantes do sistema ;
 - uma sobrecarga dos hospitais centrais com as prestações de primeiro contacto em detrimento da sua vocação de garantir prestações especializadas;
 - o grande peso no orçamento nacional das evacuações dos doentes para o exterior entre outros pela fraca capacidade dos serviços de saúde especializados;
 - o aumento das infra-estruturas de saúde sem respeitar um plano bem definido de desenvolvimento ou que não são adaptadas às realidades locais e à lógica do sistema ;
 - a falta de definição do respectivo papel dos sectores público e privado na prestação dos serviços de saúde.
39. Os problemas identificados na carta sanitária relativos aos diferentes tipos de estruturas sanitárias são :
- constata-se nas Delegacias de Saúde (DS) uma gestão demasiadamente centralizada, por falta de equipa quadro e por causa das frequentes mudanças. O administrador não é suficientemente formado e não está disponível em todas as Delegacias. As carências em matéria de técnicos de epidemiologia e de estatística são desde o início a fonte das fraquezas das acções promocionais e do sistema de informação sanitária ;
 - nas Unidades Sanitárias de Base (USB), constata-se uma taxa de utilização muito fraca e os registos são muitas vezes negligenciados. A oferta de serviços é igualmente fraca em matéria de vacinação (25%) e de consulta pré-natal (10%). O equipamento está em mau estado e os medicamentos são raros, enquanto que o edifício é muitas vezes subdimensionado. A maioria das USB serve de base para a intervenção de

médicos, enfermeiros e enfermeiros do PMI mas raramente estas visitas são acompanhadas de receitas de medicamentos passados no local. A colaboração com os agentes voluntários da comunidade é fraca. Concluindo, apesar da construção acelerada das USB nos Concelhos o seu impacto é fraco;

- os Postos Sanitários (PS) têm falta de alguns equipamentos nomeadamente para o atendimento das urgências e para a obstetrícia. A consulta curativa constitui aí a actividade principal incluindo as visitas efectuadas pelos médicos. Apenas 37% dos PS praticam a consulta pré-natal e 25% a consulta pós-natal. O parto assistido no PS é esporádico, a acção comunitária é rara ;
 - os Centros de Saúde (CS) têm a tendência para desenvolver as tecnologias avançadas sem acompanhamento de segurança de qualidade e de manutenção. Isso vai em detrimento das actividades promocionais, de fiscalização e de saneamento do meio, que tem falta de recursos humanos. O serviço PMI/PF é em geral perfeito. A produtividade do pessoal curativo continua baixa e a capacidade em camas é muitas vezes superior à necessidade (taxa de ocupação de 34% em 1995) ;
 - a diferença entre o Centro de Saúde e o Hospital Regional é pouco notória: a cirurgia existe apenas na Ribeira Grande que dispõe de um bloco operatório funcional, um melhor atendimento dos partos, um serviço de estomatologia funcional, uma hospitalização diferenciada em serviços. Contudo o pessoal é aí insuficiente para assegurar a permanência e para as actividades de apoio e de gestão. Há uma predominância das urgências sobre as consultas em Santa Catarina. A produtividade do pessoal e a ocupação das camas são aceitáveis. Os Hospitais Regionais não têm estatutos próprios e dependem actualmente do Delegado de Saúde;
 - os 2 hospitais centrais são estruturas autónomas e especializadas. Dois terços das consultas são contudo consultas de atenção primária e por outro lado a evacuação frequente para Portugal demonstra os seus limites técnicos.
40. No que respeita às intervenções da cooperação luxemburguesa, um número de lições devem ser tiradas das experiências passadas :
- é importante sublinhar que diligências para a constituição de um sistema de referência a 2 níveis já foram encetadas na ilha de São Antão com investimentos no Hospital Regional e em Postos Sanitários em cerca de 40 US\$/habitante. O sistema é efectivamente funcional mas sofre de: (i) ausência de estatutos para o Hospital Regional, (ii) fraca manutenção do equipamento biomédico, (iii) gestão insuficiente do funcionamento do laboratório, (iv) fraca coordenação intersectorial e inter municipal do sistema de saúde da ilha ;
 - a intervenção na ilha de São Nicolau englobava um investimento de cerca de 100 US\$/habitante mas o impacto deste investimento parecia menor. Os Centros de Saúde são muito espaçosos mas insuficientemente

utilizados e funcionais, razão por que não podem oferecer cuidados de segundo nível ;

- o projecto de luta contra a tuberculose realizado pelos Médicos Sem Fronteiras dá-nos conta que o nível dos laboratórios periféricos é difícil de manter e que a perenidade dos conhecimentos adquiridos não será garantida se uma integração no sistema de Região não for assegurada;
 - constata-se um certo desequilíbrio na estrutura de financiamento. Na Ribeira Grande nomeadamente, 80% das despesas estão ligadas com o pessoal, enquanto que apenas 12% das despesas são atribuídas aos medicamentos e ao material médico. Por outro lado, não existe nenhuma rubrica orçamental própria para a manutenção. A consequência lógica é que o funcionamento normal do hospital choca com as rupturas de stock de medicamentos e de reagentes de laboratórios e com as avarias dos equipamentos;
 - no plano dasustentabilidade, os projectos de saúde carecem de: (i) permanência e qualidade dos recursos humanos, (ii) uma gestão operacional baseada num plano estratégico, (iii) uma distribuição programada dos recursos financeiros, do material médico e dos medicamentos, (iv) uma garantia de manutenção dos equipamentos ;
 - conclui-se que existe uma tendência contraditória de aumentar os Centros de Saúde e o seu nível técnico e ao mesmo tempo realizar uma concentração de recursos nos hospitais regionais. A principal lição tirada das 3 experiências é, portanto, que doravante é preciso planificar os sistemas de saúde da Região e não listas de infra-estruturas sanitárias.
41. Cabo Verde conhece doravante uma verdadeira transição epidemiológica. Alguns indicadores de saúde progrediram muito durante estes últimos vinte anos (esperança de vida de 66,5 anos para os homens e 74,9 anos para as mulheres, taxa de mortalidade de 5,6/1000, mortalidade infantil em 29/1000 em 2000). Com o aumento da esperança de vida, a parte das pessoas de mais de 60 anos passou para cerca de 10% da população. A pirâmide das idades modificou-se de forma progressiva e mesmo que a base continue larga, o «tronco» engrossou-se sensivelmente. A natalidade continua ainda relevante mas ela está com tendência para diminuir a meio prazo e o envelhecimento da população vai provavelmente acelerar-se. A população idosa absorverá assim uma parte crescente dos recursos de saúde. O peso das doenças cardiovasculares e dos cancros é já importante e ainda corre o risco de se acelerar. Outras doenças crónicas (por exemplo as diabetes) podem levar a custos cada vez mais significantes. Nós não dispomos ainda de muitos dados sobre esta morbilidade (tanto mais que muitas doenças não transmissíveis não fazem parte das doenças declaradas na DGS) mas, em comparação com a actividade das estruturas hospitalares e os motivos de evacuação sanitária, este encargo é considerável. Serão necessários estudos que permitam fazer uma síntese sobre estas despesas e sobre os custos por doença.
42. Mas a assunção desta transição epidemiológica não deve ser feita apenas a nível dos serviços especializados dos grandes hospitais. Existem meios muito mais “custo-eficientes” de assumir também os encargos destas doenças a nível das estruturas primárias. Estas intervenções de proximidade e de prevenção são

muitas vezes mais baratas e apreciadas pelos pacientes. É claro que para isso um sistema de referência deve funcionar correctamente e o dossier do paciente constitui um instrumento essencial. A RSSN poderá assim ser uma Região experimental para um atendimento mais descentralizado destas doenças pesadas e crónicas.

Formatadas: Marcas e numeração

PROBLEMÁTICA ESPECÍFICA

B.1 PROBLEMÁTICA CENTRAL: A OFERTA DE CUIDADOS É MAL EQUILIBRADA E MAL ARTICULADA

43. A missão de formulação constatou que a oferta dos serviços de saúde é desequilibrada. A Região tem 3 vezes menos médicos e 2 vezes menos enfermeiros por habitante que a média do país e o Concelho de São Miguel encontra-se particularmente desfavorecido.

Quadro 4. Oferta de serviços de saúde de primeiro escalão na RSSN

Zona	Estruturas sanitárias	Camas	Médicos	Enferm. (incl PMI)	Pop coberta	Camas/1000h	H/méd	H/enf	ECV/h. Medicam.	ECV/h pessoal
DS Tarrafal	CS Tarrafal	38	3	6	18 490	2,1	6163	3082	390	904
DS São Miguel	CS Calheta	4	1	2	16 323	0,2	16323	8161	134	315
DS Santa Catarina	HR S. Catarina C/PMI Assomada PS R ^a da Barca CS Picos	68	6	16	48 766	1,4	8128	3048	272	838
Total RSSN 2000		110	10	24	83 578	1,3	8358	3482	271	750
Total país 1998		722	nd	nd	413860	1,7	2675	1807	410	1637

Fontes: carta sanitária 1998, revisão das despesas públicas, inventário ad hoc DS, balanço DGF

44. Constata-se em geral que o tipo de estrutura de primeiro escalão que se encontra numa localidade depende sobretudo da importância da população confinada nos limites administrativos. Com efeito, actualmente, as estruturas são implantadas sob proposta de um doador ou por razões político-administrativas e não numa base demográfica e escalonada.
45. Os indicadores de utilização dos serviços de saúde nas Delegacias de Tarrafal e de São Miguel são logicamente os mais baixos do país. Ao mesmo tempo o Concelho do Tarrafal conhece uma demografia galopante com uma taxa de crescimento anual de 4,1 %. O quadro abaixo dá uma percepção dos indicadores de utilização:

Quadro 5. Indicadores ligados ao desempenho dos serviços de saúde da Região Sanitária Santiago Norte

Indicador	Cabo Verde	DS Santa Catarina	DS Tarrafal S. Miguel
Número de 1 ^{as} consultas curativas por habitante ⁽²⁾		0,99	0,61
Proporção de urgências sobre o total 1 ^{as} consultas ⁽²⁾		64%	66%
Proporção das mulheres grávidas registadas nas consultas pré-natais 1999 ⁽³⁾	72,3%	79,6%	57,2%
Número médio de consultas pré-natais 1999 ⁽³⁾	3,0	3,7	2,8
Proporção dos partos assistidos por um médico, enfermeiro ou enfermeiro auxiliar 1999 ⁽³⁾	47,1	45,8	31,9
Proporção das mulheres em idade de procriar que utilizam actualmente um método contraceptivo moderno 1999 ⁽³⁾	46,0%	22,7%	28,4%
Taxa de mortalidade perinatal 1999 ⁽³⁾	3,0	2,7	4,3
Proporção das crianças pequenas saudáveis de menos de 1 ano que fizeram uma primeira consulta em 1999 ⁽³⁾	69,5%	83,2%	68,9%
Número médio de consultas por criança de menos de 1 ano 1999 ⁽³⁾	5,9	5,0	5,6
Proporção das crianças de menos de um ano vacinadas contra o sarampo 1999 ⁽³⁾	58,7 %	51,4 %	58,0 %
Proporção das crianças de < 1 ano completamente vacinadas 1999 ⁽³⁾	83,1%	76,7%	75,3%
Taxa de utilização dos cuidados curativos 2000 por habitante e por ano ⁽²⁾		0,99	0,64

Fontes

1. NIS: 2000
2. Relatórios de actividades das DS 2000
3. Relatório anual PMI- 1999

46. Na Região Sanitária Santiago Norte, a qualidade dos relatórios anuais não permitem actualmente uma análise estatística objectiva. Dos indicadores recolhidos, realça-se que as Delegacias de Tarrafal e de São Miguel têm uma fraca utilização dos cuidados curativos, uma fraca taxa de partos assistidos e uma fraca taxa de inscrição das consultas das crianças pequenas. A prevalência contraceptiva é baixa em relação ao resto do país. A taxa de prevalência contraceptiva de Santa Catarina é a mais baixa do país.

47. A oferta de cuidados é também insuficientemente articulada.

Com efeito, não se trata de um sistema de saúde escalonado. O Hospital Regional não desempenha o papel de centro de referência e cerca de 2/3 dos contactos com os serviços de saúde passam-se nos «*bancos de urgência*». O hospital central da Praia assegura 70% das consultas de atenção primária.

A frequência do tipo «supermercado» testemunha o facto de não existir realmente uma rede de infra-estruturas sanitárias que estejam em medida de se encarregar de um conjunto limitado de pacientes de forma contínua e global e com um nível de tecnicidade suficiente para tratar ou prevenir os problemas de saúde prioritários. As Unidades Sanitárias de Base (USB) que funcionam com

um agente sanitário de base não oferecem a competência para motivar um paciente a aí se deslocar para uma consulta curativa a não ser o pequeno ferimento ou a cefaleia. Os Centros de Saúde oferecem esta competência mas a instabilidade do pessoal médico, o volume da população utilizadora e a abundante afluência em certos dias tornam difíceis a fidelidade e o acompanhamento adequado do paciente. Os Postos Sanitários que cobrem em princípio 5 000 habitantes, dispõem de um ou dois enfermeiros e podem assegurar um atendimento global e contínuo numa zona rural e assim descongestionar os Centros de Saúde, mas a sua rede é praticamente inexistente e o pessoal não tem preparação adequada para esta função.

48. As carências estruturais do sistema que explicam esta constatação são:
- a não existência de nenhuma instância de coordenação entre as estruturas do primeiro e do segundo escalão ;
 - a rede de Postos Sanitários e de Centros de Saúde está insuficientemente desenvolvida para assegurar a responsabilização global e contínua dos problemas prioritários de saúde;
 - o Hospital Regional de Santa Catarina dispõe de poucos recursos para poder desempenhar uma papel de estrutura de referência para o Norte da ilha de Santiago ;
 - a estrutura de financiamento do sistema actual garante de forma insuficiente o seu futuro desenvolvimento, a sua sustentabilidade e a utilização racional e escalonada do sistema de saúde.

B.2 A AUSÊNCIA DE UMA INSTÂNCIA DE COORDENAÇÃO ENTRE O PRIMEIRO E O SEGUNDO NÍVEL

49. Trata-se concretamente dos seguintes problemas:
- o sistema administrativo de Cabo Verde é constituído por dois níveis: o Governo central e as autarquias (Concelhos). Os dois níveis são complementares. A Câmara Municipal assegura o ordenamento do território e a administração da proximidade. O Governo central assegura a função legislativa e gera o orçamento nacional. Existe uma associação dos Municípios de Cabo Verde que oferece uma plataforma inter-municipal. O Município não tem contudo o tamanho adequado para constituir uma Região Sanitária que compreenda um hospital de primeira referência. É assim que a carta sanitária de Cabo Verde dividiu o país em regiões sanitárias que reagrupam 3 ou 4 Concelhos. Actualmente, não existem textos que regulem a Região Sanitária ;
 - a planificação do desenvolvimento da Região Sanitária e o acompanhamento da sua implementação fazem apelo às competências em saúde pública que o Gabinete de Estudos e de Planificação não pode assegurar no dia a dia;
 - actualmente o Hospital Regional de Santa Catarina encontra-se sob a autoridade directa do Delegado de Saúde de Santa Catarina. Isto impede a apropriação do hospital, por cada um dos 3 Municípios.

B.3 A FRAGILIDADE DA REDE DE SERVIÇOS DE PRIMEIRO NÍVEL

50. Para as consultas de primeiro escalão, a Região Sanitária Santiago Norte conta com um centro PMI, 3 Centros de Saúde e 1 Posto Sanitário para 83 578 habitantes. A carta sanitária elaborada em 1998 não oferece uma solução real para este problema, nomeadamente ela não propõe um plano de cobertura sanitária. Em certas zonas existe um aumento rápido da população e o problema de acessibilidade é aí acentuado.

A taxa de utilização dos cuidados curativos é porém muito elevado (0,75 NC/Habitante/ano). A fraca acessibilidade é com efeito atenuado por 3 factores. Estes factores são :

- a existência de um sistema de consultas itinerantes nas Unidades Sanitárias de Base que são em princípio organizadas 2 vezes por mês, mas em 2 USB visitadas, nenhuma visita tinha sido efectuada desde há já 5 meses ;
- a fraca participação financeira aos cuidados encoraja as consultas (o paciente paga em média 175 ECV ou 1,4 US\$ por consulta a nível dos Postos Sanitários e dos Centros de Saúde para as consultas curativas);
- o acesso da maioria das localidades a um transporte privado em comum (uma ida e volta pode ser calculada em 200 ECV (1,6 US\$)). Para os problemas menos urgentes, aproveita-se, por outro lado, os dias de feira para se consultar.

51. Para garantir uma melhor acessibilidade a meio prazo, é-se confrontado com 2 problemas: a ausência de Plano de Cobertura sanitária e ausência de Plano de Desenvolvimento dos recursos humanos.

B.4 A FRAGILIDADE DO SISTEMA DE REFERÊNCIA

52. Actualmente a ilha de Santiago funciona como uma só Região Sanitária de 234 940 habitantes (2000). Efectivamente, todos os Centros de Saúde da ilha recorrem ao Hospital Agostinho Neto na Praia. A distância máxima é a de Tarrafal, ou seja 75 km, percorridos em 2h30 de carro.

A população tem assim insuficiente acesso à cirurgia de urgência num raio de uma hora de carro. A cirurgia de urgência só está disponível na Praia. A partir dos Centros de Saúde e do Hospital Regional, só Assomada encontra-se a menos de uma hora de um hospital onde a cirurgia de urgência está disponível. Cada CS dispõe de uma ambulância para as evacuações de urgência. A gestão desta ambulância está a cargo da Câmara Municipal e os encargos com o combustível, o condutor e a manutenção não estão totalmente garantidos.

53. O Hospital Regional de Santa Catarina apresenta problemas de infra-estrutura (inundação, fissuras), de equipamento (bloco operatório) e dos recursos humanos (anestesista, cirurgião).
54. O sistema de referência é insuficientemente racionalizado. As urgências são mais numerosas que as consultas externas. As consultas e as urgências externas realizadas a nível secundário são mais numerosas que as consultas realizadas no primeiro nível. No hospital central da Praia 80% das consultas são consultas

Formatadas: Marcas e numeração

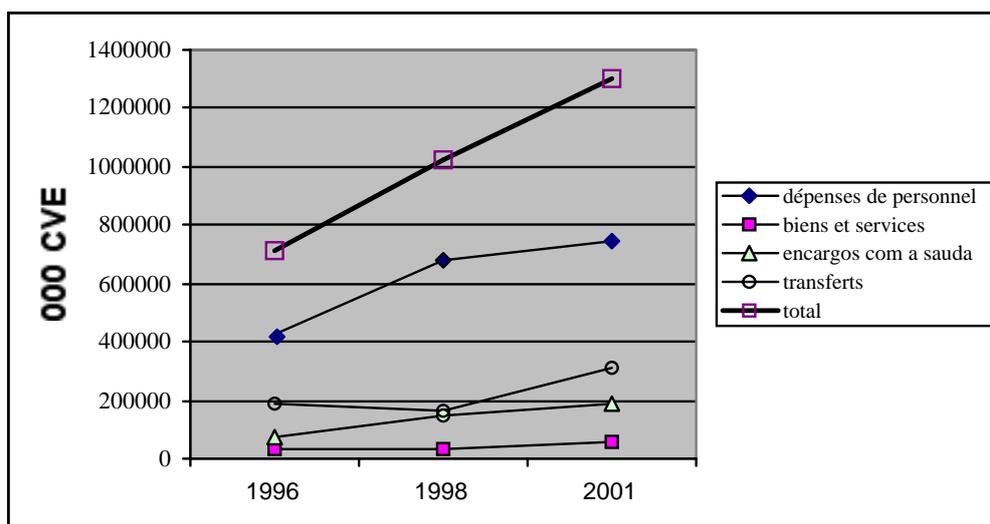
primárias. A consulta de 3º nível é mais cara que a consulta do médico que é, por seu lado, mais cara que a consulta de triagem. A consulta no meio hospitalar não favorece a globalidade e a continuidade dos encargos e conduz a sobrecustos muito importantes para o SNS.

O problema prático que se põe é que querer organizar um sistema de referência na Região Sanitária Santiago Norte sem remediar a situação de toda a ilha é ilusório.

B.5 A FRAGILIDADE DO FINANCIAMENTO DOS MEDICAMENTOS E DA MANUTENÇÃO

55. A análise da evolução das despesas públicas de saúde mostra que em 6 anos (1996-2001) o orçamento de funcionamento da saúde aumentou em 80%. O crescimento mais elevado encontra-se nas despesas de medicamentos/evacuações e nas despesas com o pessoal. Em contrapartida os créditos de funcionamento das DS não aumentaram.
56. O orçamento dos medicamentos aumentou de 78% em 5 anos nas estruturas sanitárias da Região Sanitária Santiago Norte. Contudo, os Postos Sanitários e as USB continuam ainda pouco abastecidos. O Ministério da Saúde afirma que será difícil aumentar o orçamento "medicamentos" do país nos próximos anos. A abertura de um bloco operatório e de consultas especializadas no Hospital Regional, a abertura dos Postos Sanitários, o aumento da população e o aumento dos preços levarão a um aumento do orçamento dos medicamentos.
57. O orçamento nacional para os consumíveis não médicos e para o transporte não aumentou em 5 anos e não cobre as necessidades elementares.
58. As despesas para com o pessoal de saúde a nível nacional aumentaram para 75% em 6 anos. O recrutamento de novo pessoal corre o risco de se esbarrar com problemas orçamentais. O compromisso dos Municípios para com a saúde é ainda muito limitado.

Figura 1. Evolução do orçamento nacional da saúde e de seus componentes



*NB1: "encargos com a saúde" compreende os medicamentos e as evacuações ;
NB2: transferências: para estruturas autónomas.*

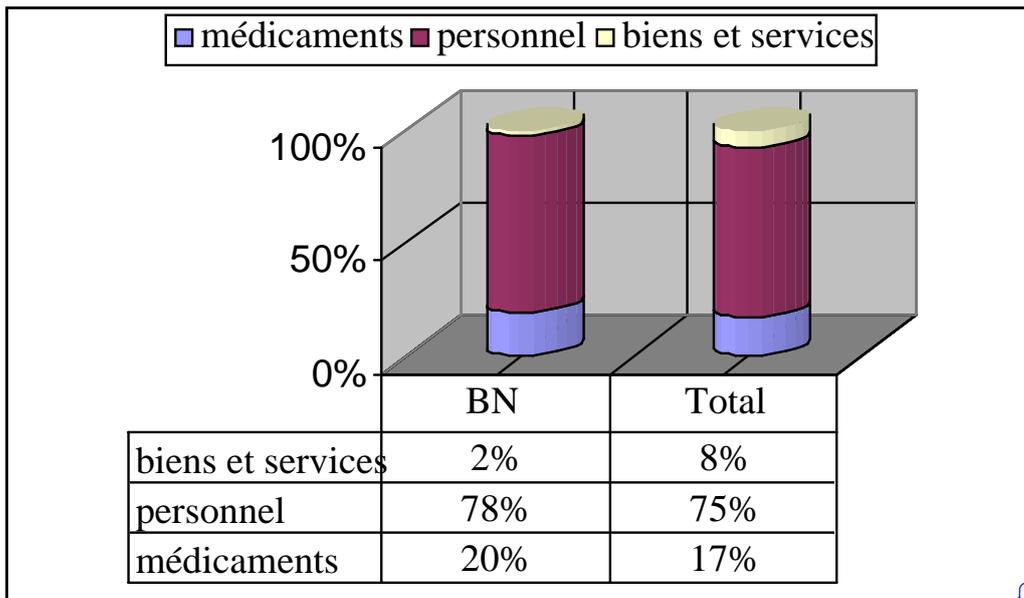
59. A manutenção dos equipamentos e dos edifícios não está coberta de forma substancial (1 000 000 ECV em 2001).
60. O orçamento nacional não prevê ainda um financiamento particular para um Hospital Regional que seria independente da Delegacia de Saúde e para o Gabinete Técnico da Região Sanitária.
61. A participação financeira dos utentes é limitada pelas disposições legais e pelo poder de compra da população que não está coberta por um seguro de doença. A participação financeira directa no funcionamento dos serviços de saúde da Região Sanitária Santiago Norte eleva-se a cerca de 144 ECV (1,16 US\$) por habitante e por ano. Não existem directivas para o seguimento orçamental, para a gestão e para a reposição do sistema de cobertura dos custos.
62. A cobertura pelo INPS é relativamente limitado na Região Santiago Norte mas é difícil de obter o número exacto dos segurados que utilizam os serviços, pois alguns estão segurados a nível central. Existe também um grande número de pessoas (pensionistas) que beneficiam de uma convenção com os sistemas de protecção social no estrangeiro (Portugal, França...) e assim assumidos pelo INPS. As poucas farmácias privadas da Assomada remetem de facto todos os meses facturas importantes ao INPS e aos outros sistemas de seguro (BCA, BCV..) mas nós não dispomos de estatísticas completas sobre estes reembolsos. Existe uma agência do INPS em Assomada que dispõe de óptimas instalações mas não ainda de pessoal suficiente para um acompanhamento desconcentrado.
63. O quadro abaixo resume o financiamento da Região Sanitária Santiago Norte tal como se apresenta em 2000. As despesas privadas nas farmácias não estão incluídas neste quadro. Os montantes são em USD (1 USD = 124 ECV). Fica-se a saber que o orçamento nacional, as famílias e as Câmaras Municipais gastam no total 12,6 USD por habitante nas estruturas sanitárias públicas da Região Sanitária. Isso representa cerca de 1% do PNB por habitante (para 2,8% a nível nacional). Constata-se também que o orçamento nacional tem em conta 89% destas despesas e as famílias 10%. O pessoal representa 74% das despesas e os medicamentos 18%, os bens e serviços apenas 8%. Contudo, os encargos com os bens e serviços estão em 74% sob a responsabilidade das famílias.

Quadro 6: Despesas realizadas nas estruturas sanitárias públicas da Região Sanitária Santiago Norte em 2000 (US\$)

	Orçamento Nacional	Famílias	Câmaras Municipais	Total	% vertical	US\$/habitante
Medicamentos	181 156	0	0	181 156	17%	2,11
<i>% horizontal</i>	100%	0%	0%	100%		
Pessoal	725 349	38 033	39 572	794 633	75%	9.51
<i>% horizontal</i>	91%	5%	5%	100%		
Bens e serviços	20 742	59 066	0	79 808	8%	0,93
<i>% horizontal</i>	26%	74%	0%	100%		
Total	927 247	97 099	39 572	1 055 597	100%	12,63
<i>% horizontal</i>	88%	10%	4%	100%		
US\$/habitante	11,09	1,13	0,46	12,63		
% PNB/habitante	0,89%	0,09%	0,04%	0,94%		

Fontes: balanços financeiros DS 2000, inventário pessoal DS, despesas medicamentos DGF 2000, balanço dos créditos delegados das DS sobre BN 2000.

Figura 2. Repartição dos encargos da RSSN em 2000 para o Orçamento Nacional (ON) e para todas as outras fontes sem distinção (no total).



Formatadas: Marcas e numeração

PARTES IMPLICADAS E BENEFICIÁRIAS

64. As Delegacias de Saúde são actores chave do projecto. A criação da Região Sanitária vai em detrimento de uma certa autonomia das estruturas sanitárias. É portanto necessário assegurar-se que as medidas adoptadas em comum sirvam os seus interesses.

65. Os presidentes das Câmaras Municipais são também actores muito importantes, pois terão que defender as medidas junto da população e da Assembleia Municipal. Eles devem assim dispor de informações exactas e convincentes.
66. A sociedade civil, nomeadamente as organizações que estão constantemente em contacto com a população, são os elos de ligação e a sua implicação garante a transmissão correcta da informação nos dois sentidos.
67. O sector privado e em particular as farmácias beneficiarão do projecto mesmo se novos constrangimentos e um maior controle se desenvolverem com uma verdadeira contractualização.
68. A beneficiária final é a população da Região Sanitária de Santiago Norte na medida em que o acesso aos cuidados e a continuidade dos cuidados de saúde de primeiro e de segundo nível devem melhorar durante o projecto. O projecto induz também a mudanças de comportamento na utilização dos serviços. É evidente que a boa compreensão desta mudança deve ser garantida.
69. O INPS é uma das principais partes envolvidas, pois o projecto poderá facilitar o processo de descentralização que ele deseja implementar. A sua agência de Assomada poderá assim ser reforçada. Ele disporá, pois, de um terreno de experimentação para estas numerosas propostas de reformas.
70. O Ministério da Saúde participa nesta Região numa experiência piloto e esta experiência deve permitir-lhe orientar-se nos outros distritos.

Formatadas: Marcas e numeração

ESCOLHA ESTRATÉGICA

D.1 EIXOS DE INTERVENÇÃO E LÓGICA DE INTERVENÇÃO

71. Para conceder uma solução global e duradoura aos problemas descritos, o projecto intervirá sobre quatro eixos :
 - investimento em assistência técnica, em meios financeiros para a informação, em formação especializada e em equipamento para a implementação do quadro institucional e técnico da Região Sanitária ;
 - investimento em infra-estrutura, em equipamento e em formação a nível da rede de Postos Sanitários e de Centros de Saúde de forma a que esta rede assegure um atendimento mais acessível, mais global e mais contínuo dos problemas de saúde prioritários ;
 - investimento em assistência técnica, em estudos participativos rápidos, em exercícios de planificação, em negociação social e na organização do financiamento da manutenção a fim de obter um sistema de saúde viável ;
 - investimento em infra-estrutura, em equipamento e em formação no futuro Hospital Regional de Santiago Norte de forma a obter uma estrutura de referência eficaz e eficiente.

A lógica de intervenção está mencionada na descrição do projecto (capítulo IV) e no quadro lógico em anexo.

D.2 LÓGICA DA INTERVENÇÃO DE OUTRORA

72. Pode-se distinguir três fases no projecto mas, antecipadamente, um certo número de requisitos devem ser preenchidos e iniciativas permitiriam preparar o projecto de forma útil.

Os requisitos prévios e a preparação da missão

- é importante que o quadro legal da Região, oficialmente reconhecido mas ainda vago, seja fixado. O carácter experimental da RSSN deve igualmente ser afirmado tanto pelo Ministério da Saúde como pelo INPS. Para este último este compromisso permitirá desenvolver iniciativas particulares respeitando o quadro legal das suas prestações.
- a identificação dos beneficiários das bolsas (principalmente as de gestão e de saúde pública) deve ser feita antes do arranque do projecto. Isso permitiria em particular apresentar os candidatos em Abril - Maio de 2004 para que possam começar com o ano escolar 2004-2005 (e evitar perda do ano inteiro à espera do início do ano lectivo seguinte). As pesquisas para os lugares de formação apropriados devem ser feitas a partir de agora.
- a nomeação do administrador da Região Sanitária deve ser preparada antes do arranque do projecto para que possa trabalhar com o assistente técnico encarregue da administração, logo à sua chegada. Este posto de administrador corresponde ao do bom gestor de projecto e não requer conhecimento especializado em saúde pública. É igualmente essencial a nomeação dos administradores das Delegacias que ainda não foram nomeados.
- a fim de preparar a formação do Comité de pilotagem, seria proveitoso que o Ministério da Saúde organizasse uma reunião preparatória com os parceiros (INPS, Ministério do Trabalho, Ordem dos Médicos) para explicar o conteúdo do projecto. A fim de encorajar os projectos complementares principalmente no que diz respeito à protecção social, poder-se-ia fazer igualmente uma reunião ou ao mesmo tempo com os doadores interessados (OMS, OIT, BM, UE, cooperação portuguesa, cooperação francesa...).

73. A fase de arranque teria uma duração de 6 meses e inclui:

- a implementação do Gabinete Técnico da RSSN com equipamentos, com assistência técnica “equipada” e com a afectação de um administrador de saúde e de um técnico em estatísticas.
- a afectação de um médico funcionário experiente ao Gabinete Técnico da RSSN e o envio deste para formação na área de saúde pública por um período de um ano.
- a identificação e o envio para especialização no estrangeiro de 5 médicos (1 em cirurgia, 2 em ginecologia e 2 em pediatria) e de 6 técnicos superiores (1 em radiologia, 2 em anestesia, 1 em laboratório, 1 em oftalmologia, 1 em manutenção biomédica).
- a organização de uma reunião constitutiva do Comité da Região Sanitária Santiago Norte.

- a adopção do plano de cobertura sanitária pelo Comité da Região Sanitária Santiago Norte e pelo Ministério da Saúde.
 - o recrutamento de um escritório de arquitectos para a realização dos estudos arquitectónicos, para a elaboração dos dossiers de concurso bem como para o seguimento controle dos trabalhos.
74. A fase de investimento e de desenvolvimento de experiências estender-se-á por cerca de 24 meses e inclui :
- o arranque dos trabalhos de construção e de reabilitação dos Postos Sanitários, dos Centros de Saúde e do Hospital Regional ;
 - a preparação dos dossiers de concurso para o equipamento dos Postos Sanitários, dos Centros de Saúde e do Hospital Regional ;
 - o equipamento das 3 DS em termos de veículos;
 - a afectação de 1 médico, de 1 administrador, de 1 técnico em estatística, de 1 técnico em epidemiologia para Calheta, de 16 enfermeiros (dos quais 8 Enf./PMI) na RSSN, nomeadamente 5 para os CS de Calheta e 11 para 6 Postos Sanitários, de 11 auxiliares PMI para os Postos Sanitários e de 1 técnico de laboratório auxiliar para Calheta;
 - a preparação polivalente de 10 enfermeiros para assegurar as actividades de 6 Postos Sanitários ;
 - a organização a nível da Região Sanitária e da Delegacia de Saúde da manutenção dos edifícios e do equipamento com receitas próprias, com o orçamento do Estado e com financiamento do projecto ;
 - a realização pelo Gabinete Técnico da Região Sanitária de prestações de planificação, de informação do público, da exploração da informação sanitária;
 - a elaboração de medidas para racionalizar a prescrição e para organizar os dossiers médicos nos PS e nos CS ;
 - a conquista progressiva pelo Hospital Regional do estatuto de autonomia financeira e a elaboração de instrumentos para uma gestão financeira eficaz e para um sistema de saúde hierarquizado.
75. A fase de lançamento do Hospital Regional estender-se-á por cerca de 18 meses e inclui :
- a contractualização de uma farmácia privada no seio do Hospital Regional ;
 - o lançamento do novo modelo de gestão financeira do Hospital Regional ;
 - a afectação de 5 médicos especialistas, de 8 médicos de clínica geral, de um farmacêutico, de um enfermeiro chefe, de 30 enfermeiros (dos quais 5Enf./PMI), de 5 técnicos formados e de um administrador hospitalar.

D.3 A COMPLEMENTARIDADE DAS ESTRUTURAS SANITÁRIAS

76. A complementaridade entre as diferentes estruturas da Região Sanitária apresenta-se como se segue :

- o Posto Sanitário (PS) assegura o atendimento permanente de uma população definida no plano de cobertura sanitária sobre o plano curativo, preventivo e promocional, incluindo os partos normais;
- o Centro de Saúde (CS) assegura o atendimento permanente de uma população definida no plano de cobertura sanitária sobre o plano curativo, preventivo e promocional, incluindo os partos normais. Além do mais, ele assegura um Gabinete dentário, a colheita de amostras biológicas, de simples exames hematológicos e exames directos, um serviço de urgência que possa assegurar a reanimação cardio-vascular e respiratória de primeira instância e os primeiros cuidados para fracturas, uma hospitalização de trânsito antes e após hospitalização no Hospital Regional. Os Centros de Saúde do centro principal da Região Sanitária não asseguram hospitalização e partos;
- a USB depende de um PS ou de um CS e serve para garantir os cuidados preventivos e promocionais em estratégia avançada, curar os pequenos ferimentos, executar os cuidados e injecções prescritas, assegurar os cuidados a domicílio de doentes crónicos acamados. Ela garante o controle dos vectores, a cloração da água e a RVO ;
- o Hospital Regional assegura a consulta especializada em estomatologia (TS), oftalmologia (TS), pediatria (M), ginecologia (M), cirurgia (M), psiquiatria (P) e medicina interna. Ele assegura um serviço de urgência de 24/24h (um enfermeiro, um médico residente e um cirurgião em regime de chamada). Ele garante os serviços de hospitalização com uma fiscalização de 24/24h por um enfermeiro. Ele assegura um serviço de laboratório, de hemoterapia, de radiologia e de ecografia ;
- a Delegacia de Saúde assegura o acompanhamento epidemiológico, a recolha das estatísticas, estabelece o programa e organiza as consultas dos CS e PS, assegura a gestão do pessoal e a administração sanitária da Delegacia;
- o Gabinete da Região Sanitária organiza a planificação anual e trienal, a produção de um anuário estatístico, o acompanhamento dos estudos. Ele avalia o sistema de referência. Organiza a formação contínua.

Formatadas: Marcas e numeração

COMPATIBILIDADE COM AS OUTRAS INTERVENÇÕES

77. Os outros projectos de estruturação do sistema de saúde em curso, apresentam-se como concorrentes ao projecto Região Sanitária Santiago Norte na medida em que eles fazem pressão sobre o aumento dos efectivos de pessoal. Particularmente o projecto saúde urbano da Praia faz nascer, com a criação de novos Centros de Saúde urbanos, uma necessidade de médicos e de enfermeiros. As necessidades de pessoal do projecto DSSN estão em conformidade com a capacidade de produção de pessoal, mas não é evidente

que o Governo possa absorver esta produção. O projecto de saúde urbano tem igualmente um efeito de estímulo pois que ele procura reforçar o atendimento global e contínuo do paciente no primeiro nível.

78. Os programas específicos de apoio à saúde materna e infantil e de luta contra a doença deverão integrar-se na lógica da Região Sanitária. A priori, não se constatou no terreno nenhum problema que possa pôr em dúvida esta integração.
79. Os micro projectos de construção da USB lançados pelas Câmaras Municipais nem sempre são baseados numa planificação racional. É portanto muito importante que a negociação do plano de cobertura possa orientar estas decisões nos anos vindouros.

Capítulo IV

Descrição e implementação do projecto

A DESCRIÇÃO DO PROJECTO

A.1 OBJECTIVOS DE DESENVOLVIMENTO

80. O objectivo de desenvolvimento do projecto é de **contribuir para a melhoria e para o alargamento da cobertura sanitária para o fornecimento de cuidados de saúde primários no quadro da Região Sanitária.**

O projecto propõe contribuir para este objectivo através da implementação do sistema de saúde da Região e da promoção dos quatro princípios chave dos CPS :

- o acesso universal à saúde para todos os habitantes da Região ;
- a participação dos interessados, de forma directa ou indirecta, nas acções de saúde ;
- a coordenação intersectorial para a saúde ;
- o recurso às tecnologias apropriadas e eficientes.

A.2 OBJECTIVO ESPECÍFICO

81. O objectivo específico do projecto é o de **conceber, implementar e apoiar o Plano de Desenvolvimento da Região Sanitária Santiago Norte**

Formatadas: Marcas e numeração

82. Para atingir este objectivo, o apoio orientar-se-á tanto a nível central para conceber e tornar viável a Região Sanitária em Cabo Verde como a nível Regional para a implementação da Região Sanitária Santiago Norte (RSSN).

Este apoio consistirá em fornecer uma assistência técnica, diversos equipamentos e infra-estruturas e uma assistência financeira a fim de criar um sistema integrado e viável de serviços de saúde mutuamente complementares.

Formatadas: Marcas e numeração

INDICADORES, PREVISÕES, CONDIÇÕES PRÉVIAS

Indicadores

83. O indicador proposto para verificar se o objectivo específico foi atingido bem como a sua fonte de verificação é a existência de um reajuste dos recursos sanitários para e entre os dois escalões de serviços de saúde da Região Sanitária Santiago Norte, nomeadamente :

- a RSSN conta com 0,4 camas do Centro de Saúde/1000 h e 0,7 camas do Hospital Regional/1000hab.;

- a RSSN conta com 4191 habitantes/médico e 1439 habitantes por enfermeiro;
- a RSSN beneficia de 15% do orçamento de funcionamento do Ministério da Saúde e de 15% do valor dos medicamentos distribuídos às estruturas sanitárias;
- a RSSN conta com 1 Hospital Regional, 4 Centros de Saúde e 7 Postos Sanitários funcionais.
- os quadros 7 e 8 representam a situação projectada em 2008. A situação actual foi apresentada no quadro 4.

Quadro 7: Situação projectada em 2008 dos recursos sanitários

Zona	Estruturas sanitárias	Camas CS	Camas HR	Camas CS/1000hab.	Camas HR/1000hab.	Médicos	Enfermeiro CS + HR	Pop coberta	H/méd	H/enf
RSSN	HR Santiago Norte. Gabinete Técnico	38	70	0,4	0,7	12	36+32	96395	4191	1418
DS Tarrafal	CS Tarrafal PS Chão Bom PS Chão de Junco	21	10	1,0	0,5	3	10	21325	7108	2132
DS. S. Miguel-	CS Calheta PS Achada Monte	11	10	1,0	0,5	2	9	18826	9413	2092
DS Santa Catarina	CS Assomada I CS Picos PS Telhal PS Achada Lem PS Chã de Tanque PS Ribeira da Barca	6	50	0,1	0,9	6	17	56245	9374	3309

84. É esperado um desvio do financiamento público para a base da pirâmide de saúde e a favor da Região Sanitária Santiago Norte. Este pode ser exprimido por ratios apresentados no quadro 8 :

Quadro 8: Situação actual dos recursos financeiros sobre o Orçamento Nacional (ON) da RSSN e projecção para 2008

Indicador	Conjunto país	DSSN	Ratio actual	Ratio 2008
Montante do orçamento saúde de funcionamento sobre o ON	1'038'240'033 ⁽¹⁾	114 978 615 ⁽²⁾	0,11	0,15
Montante dos medicamentos recebidos. (1998)	169'671'000 ⁽³⁾	11'690'200 ⁽⁴⁾	7%	15%

Fontes :

⁽¹⁾ Orçamento Nacional 2001, Mapa IX, Saúde, funcionamento.

⁽²⁾ Estudo ad hoc sobre a RSSN para o ano cívico 2000.

⁽³⁾ Revisão das despesas públicas, estruturas autónomas incluídas.

⁽⁴⁾ Direcção Geral de Farmácia.

As respectivas fontes de verificação são: Inventário do pessoal nos relatórios anuais, orçamento dos medicamentos (DGF), orçamento nacional (BOG).

Formatadas: Marcas e numeração

Condições prévias e previsões

85. As condições prévias para o arranque do projecto são :
- a selecção rápida e ponderada dos beneficiários de bolsas;
 - a nomeação do administrador do Gabinete Técnico da Região Sanitária.
86. Para se atingir o objectivo formulado prevê-se que :
- o Governo recrute o pessoal previsto no plano de dotação de pessoal (anexo F2) ;
 - a Direcção Geral da Saúde encoraje a hierarquização dos cuidados e a complementaridade entre o primeiro (PS, CS) e o segundo nível (HR) ;
 - o Governo forneça o esforço financeiro previsto para acompanhar o aumento da oferta de cuidados;
 - o INPS se comprometa numa reforma com vista a uma certa desconcentração e uma racionalização do seu sistema de reembolso dos medicamentos e dos cuidados.

A.3 RESULTADOS E MEIOS

RESULTADO N°1. Cabo Verde dispõe de um quadro institucional e técnico para experimentar as reformas do sistema de saúde na RSSN.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO ESPERADO

87. As reformas dizem respeito em particular à implementação da Região Sanitária e das novas modalidades de financiamento. De uma forma mais explícita subentende-se por este resultados os 4 elementos seguintes:
88. O quadro jurídico da Região Sanitária e do Hospital Regional entra em vigor :
- Aquando da formulação do projecto as 3 Delegacias e as 3 Câmaras Municipais redigiram uma primeira proposta de estatutos para o Comité da Região Sanitária. Nesta proposta, o Comité teria uma personalidade jurídica e seria composto por um representante de cada Câmara Municipal, por um representante de cada Delegacia de Saúde, do Director do Hospital Regional, de um representante da sociedade civil de cada Município e de um representante dos parceiros financeiros da Região Sanitária. A presidência seria assegurada de forma rotativa por um presidente do conselho municipal e o secretariado geral por um Delegado de Saúde. Esta proposta não foi ainda aceite pelo Ministério.
 - Um Gabinete Técnico encarregue dos estudos e da planificação dependeria directamente do Comité. É o órgão executivo do Comité;

- Por outro lado, a elaboração dos estatutos do Hospital Regional está prevista no plano do Governo. Actualmente, os directores dos Hospitais Regionais são ao mesmo tempo Delegado de Saúde. Isso não favoriza a apropriação do Hospital Regional pelas outras Delegacias e a racionalização do sistema de referência. Espera-se assim que a diligência administrativa para a definição dos estatutos do Hospital Regional seja bem conduzida e que o director do hospital seja nomeado. O hospital deverá igualmente obter a autonomia financeira. Contudo, a fim de preservar a unidade do sistema de saúde, é crucial que o Hospital Regional responda às necessidades exprimidas pelo Comité da Região Sanitária (e por conseguinte pelas Delegacias de Saúde e pelas Câmaras Municipais) e que o conjunto seja colocado sob a autoridade do Director Geral da Saúde. O conjunto da pirâmide de saúde (incluindo a referência) depende assim de uma mesma autoridade.
89. O Gabinete Técnico da RSSN é operacional :
- Espera-se igualmente que um Gabinete Técnico da Região Sanitária seja implementado e equipado desde o início do projecto e este na cidade da Assomada. Aí poderia colaborar estreitamente com o Gabinete Técnico da Associação dos Municípios da ilha de Santiago. O Gabinete seria, numa primeira fase, gerido pelo Conselho Técnico Principal (CTP) do projecto, especialista em saúde pública, em colaboração com um administrador do Estado ;
 - Um médico orientado para a investigação operacional será afectado pelo Ministério da Saúde e tornar-se-á, após a sua formação em saúde pública no Director do Gabinete e do projecto.
90. Os procedimentos e instrumentos de gestão e de comunicação social da Região Sanitária são implementados.
- Espera-se que no fim do projecto o Gabinete Técnico disponha de um esboço para integrar os programas prioritários e o plano de cobertura sanitária numa planificação trienal num horizonte arriscado. Espera-se uma melhor análise dos indicadores de seguimento, eventualmente de um anuário estatístico da Região Sanitária. Finalmente, espera-se que o Gabinete anime as diligências de melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde. É evidente que a entrega destes produtos integre uma longa démarche de sensibilização e de formação contínua a todos os níveis.
 - Numa démarche de gestão da qualidade total, espera-se igualmente que um diálogo seja instituído entre os utentes de um lado e os prestadores de cuidados de outro. A população deverá assim ser implicada neste exercício. Este diálogo referir-se-á: à qualidade dos cuidados recebidos, à utilização do sistema de saúde hierarquizada, à promoção dos comportamentos propícios à saúde, à reforma das modalidades de financiamento do sistema de saúde ; as modalidades deste diálogo deverão ser adaptadas ao contexto local e cabo-verdiano.
91. A aceitação nacional da experiência é assegurada :

- Tendo em conta o carácter piloto do projecto, o seguimento e a apropriação pelo nível nacional deverão ser garantidos. Esta aceitação será concretizada por um Comité de seguimento do projecto. Este Comité deverá ser multi-sectorial (Ministério da Saúde, INPS, ordem dos médicos, Ministério do Trabalho) e poderá evoluir para uma comissão de reforma do sistema de saúde nacional. Este Comité poderá ser ocasião para institucionalizar a colaboração, particularmente entre o INPS e os serviços do Ministério da Saúde. Eles terão dessa forma uma tarefa concreta e a longo prazo a desempenhar em conjunto. O Comité deverá, por um lado, facilitar as inovações trazidas pelo projecto e, por outro, avaliar se os resultados obtidos merecem uma generalização e um novo quadro legal ; os outros doadores poderão ser associados a este Comité para coordenar as acções complementares, por exemplo, o projecto de desconcentração do INPS, a reforma do seguro de doença ;
- A meio percurso do projecto, será realizada uma mesa redonda em conformidade com as propostas da missão sobre a reforma do sistema sanitário. Será ocasião para não só se apresentar as lições tiradas da experiência da RSSN (bem como outras realizações nos mesmos domínios) como também encorajar a negociação e divulgar as propostas de reforma. Esta mesa ronda organizada pelo Comité de seguimento poderá reagrupar todos os parceiros da saúde e os peritos que apresentam as experiências nos países vizinhos. A sua data será fixada pelo Ministro da Saúde em função da agenda das reformas pois ela pode ser um instrumento para assegurar uma melhor compreensão e visibilidade.

TAREFAS, SUB-TAREFAS E CUSTOS LIGADOS AO RESULTADO N° 1

Tarefa n° 1.1. O seguimento da implementação do quadro institucional da Região Sanitária e do Hospital Regional

92. O seguimento da implementação do quadro institucional da Região Sanitária e do Hospital Regional propõe:
- A organização de uma reunião constitutiva do Comité da Região Sanitária com o apoio técnico e financeiro do projecto. Esta reunião poderá necessitar da mobilização de peritos locais;
 - A conservação do secretariado do Comité da Região Sanitária com o apoio técnico e financeiro do projecto.
93. A conquista do estatuto de autonomia administrativa e financeira do Hospital Regional implica da parte do projecto essencialmente uma actividade de plaidoyer junto do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças.

Tarefa n° 1.2. implementação do Gabinete Técnico da Região Sanitária

94. A implementação do Gabinete Técnico inclui os seguintes meios-tarefas:
- O projecto arrancará com a instalação do Conselho Técnico Principal (CTP). Esta instalação presume :

- a afectação de escritórios no seio da futura Delegacia de Saúde de Santa Catarina ;
 - a afectação de um administrador como administrador do projecto e em seguida do Gabinete Técnico da RSSN. O seu salário é assumido pelo Estado;
 - a aquisição de um veículo e de equipamento para o CTP;
 - o recrutamento de um condutor e de um secretário particular para o CTP com fundos do projecto.
- Um médico orientado para a investigação operacional será afectado ao Gabinete Técnico e de seguida inscrito para uma formação em saúde pública no estrangeiro por um período de um ano. O custo desta bolsa é calculado em 24 000 Euro. Ele poderá no segundo ano completar os seus estudos sob a forma de assistente a fim de obter o estatuto de especialista. Foi previsto para este fim um orçamento da missão de estudos de 15 000 Euro. Após a sua formação ele será o coordenador do Gabinete Técnico da Região Sanitária. Um técnico em estatística ou técnico em epidemiologia poderia igualmente ser afectado ao Gabinete;
 - Um veículo (22 000 Euro) e material de escritório (24 000 EUR) serão adquiridos pelo Gabinete Técnico; O Gabinete disporá igualmente de um orçamento de funcionamento de 21 000 Euro. A substituição deste orçamento deverá ser garantida pelo orçamento de funcionamento da Região Sanitária do orçamento nacional ;
 - As Delegacias de Saúde são consideradas como recursos da Região Sanitária. Assim os Delegados de Saúde, os administradores de saúde e os técnicos em estatística e em epidemiologia das 3 Delegacias deverão reservar pelo menos 25% do seu tempo para as actividades do Gabinete Técnico. O projecto reabilitará a Delegacia de Saúde de São Miguel num montante de 52 000 Euro;

Tarefa nº 1.3. o desenvolvimento e a difusão de procedimentos e de métodos para a comunicação social, a planificação, a gestão e o seguimento-avaliação a nível da Região Sanitária.

95. O desenvolvimento e a divulgação de procedimentos e de métodos para a planificação, a gestão, a comunicação social e o seguimento-avaliação a nível da Região Sanitária implicam custos diversos.
- Os encargos de produção e de formação serão assumidos pela Cooperação Luxemburguesa enquanto durar o projecto sob a apresentação de um orçamento programa (40 000 Euro). A organização de uma reunião de planificação anual será assumida pelo orçamento nacional.
 - A comunicação social sobre o sistema de saúde hierarquizado, as novas modalidades de financiamento, os comportamentos propícios à saúde necessitará de contratos de prestação com profissionais da informação. A criação de um fundo flexível estimado em 40 000 Euro servirá para esta diligência. Este orçamento sustem igualmente as

negociações de informação previstas no resultado III. Este montante pode parecer modesto, visto a amplitude da tarefa, mas é necessário ter-se em conta o carácter experimental deste trabalho em comunicação social e as capacidades mobilizáveis no país.

96. A orçamentação e a justificação destes custos recorrentes, fora salários, da célula técnica do projecto e em seguida do Gabinete Técnico da Região Sanitária estarão ligadas à distribuição de produtos precisos, tais como um plano trienal, um anuário, um relatório de estudo, uma formação. Propõe-se que estas prestações sejam apresentadas sob a forma de fichas técnicas e orçamentais. A assistência técnica e os prestadores de serviço financiados pelo projecto terão um contrato de serviços com o Gabinete Técnico.

Tarefa n.º 1.4. O apoio à aceitação nacional da experiência

97. O Comité de seguimento do projecto reunir-se-á regularmente. A sua preparação e o seu secretariado serão garantidos pelo projecto. Os adiantamentos do projecto serão apresentados bem como os estudos particulares empreendidos.
- O apoio a este Comité será concretizado por missões de assistência técnica internacional a curto prazo. Os termos de referência deste apoio encontram-se em anexo;
 - O projecto suportará financeiramente a organização da mesa redonda num montante total de 50 000 Euro destinados à logística, deslocação dos participantes, vinda de peritos, documentos de trabalho e publicação dos resultados. Outros doadores poderão ser solicitados de forma complementar.

INDICADORES, PREVISÕES, CONDIÇÕES PRÉVIAS

Indicadores

98. O quadro institucional da Região será avaliado através da formalização dos estatutos do Comité da Região Sanitária e do Hospital Regional. Ele deve mencionar o Gabinete Técnico da Região Sanitária e a sua posição hierárquica e seu modo de funcionamento.
99. A taxa de participação dos membros do Comité será uma medida de implicação real das Delegacias e Municípios no processo.
100. A funcionalidade do Gabinete Técnico será avaliada através da taxa de realização das actividades programadas sob uma base anual e de forma qualitativa pela apreciação dos documentos produzidos e pelo seu impacto.
101. A regularidade da reunião do Comité de seguimento demonstrará se este se empenha efectivamente.

Previsões

102. Prevê-se que :

- a DGS e o GEPC comprometam-se a promover a aceitação junto dos quadros de saúde do agrupamento de um certo número de Delegacias de Saúde no seio de uma Região Sanitária ;
- o Ministério da Saúde assegure a coordenação para formular os estatutos e as funções do Comité da Região Sanitária bem como para criar o seu Gabinete Técnico, órgão executivo do Comité da Região Sanitária;
- a sustentabilidade do Gabinete Técnico da Região Sanitária e a motivação do responsável presumam que o Governo reforce progressivamente a sua autoridade e seus recursos, nomeadamente os meios de funcionamento ;
- o médico formado em saúde pública regresse ao país e tenha perspectivas de carreira que garantam a permanência no seu posto.

RESULTADO N°2. Os cuidados na Região Sanitária Santiago Norte tornaram-se mais acessíveis, mais contínuos e mais racionais.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO ESPERADO

103. De uma forma mais explícita subentende-se por este resultado os seguintes elementos:

- Espera-se que a negociação social do plano de cobertura sanitária leve, em primeiro lugar, à adesão de princípio de uma localidade para a utilização de um Posto Sanitário ou de um Centro de Saúde X como porta de entrada do sistema de saúde e como lugar de domiciliação do seu dossier médico. Numa segunda fase, aquando da abertura do Posto Sanitário, trata-se de obter uma inscrição nominal das famílias das localidades aderentes. O plano de cobertura sanitária finalizado permitirá a leitura da acessibilidade geográfica inicial e final num raio de 5 km.
- Espera-se um melhor atendimento preventivo e/ou curativo das infecções respiratórias da criança, das doenças cardiovasculares, do parto normal e distóxico e do traumatismo. Por todos estes problemas, o projecto parte da hipótese que a proximidade de uma estrutura capaz de assegurar a informação correcta, de assegurar o diagnóstico-tratamento corrente e de assegurar um atendimento global e contínuo constitui um factor capital ;
- Espera-se que os Centros de Saúde e os Postos Sanitários tenham a dimensão, o nível técnico e a equipa de pessoal para assegurar os cuidados globais, integrados e contínuos. No anexo F5, uma descrição deste modelo é apresentado baseando-se na carta sanitária de Cabo Verde e adaptado ao contexto da Região de Santiago Norte ;
- Espera-se que o Centro de Saúde e o Posto Sanitário sobressaiam em matéria de organização de cuidados integrados, contínuos e globais. Concretamente, isso deve exprimir-se sob 2 aspectos :
 - uma polivalência do pessoal dos Postos Sanitários em matéria de cuidados curativos, preventivos, obstétricos e de actividades promocionais e ambientais deve ser obtida;
 - para qualquer doente crónico deverá ser aberto e seguido um dossier do doente. A gestão da ficha do paciente que existe actualmente

deverá melhorar e no final do projecto consolidar todas as informações médicas dos pacientes inscritos numa estrutura sanitária.

104. O quadro do sistema de saúde da Região permite otimizar a atribuição dos recursos sanitários. Para garantir a complementaridade entre as estruturas do primeiro e do segundo nível, é necessário uma melhor definição do papel, plano, nível técnico e equipa de pessoal.

Uma descrição detalhada do modelo encontra-se no anexo F5

Formatadas: Marcas e numeração

TAREFAS, SUB-TAREFAS E CUSTOS LIGADOS AO RESULTADO N° 2

Tarefa n° 2.1. a elaboração e a negociação social do plano de desenvolvimento sanitário

105. No anexo F1, apresentou-se um projecto de plano de cobertura sanitária. Este plano foi já amplamente discutido com os Delegados de Saúde e com os Presidentes das Câmaras Municipais e parece aceitável. A tarefa consiste assim em:

- uma negociação social com a população e com o pessoal de saúde a fim de fazer compreender que cada Posto Sanitário ou Centro de Saúde cobrirá um número de localidades para os cuidados curativos de primeira atenção bem como para os cuidados preventivos e promocionais. O Gabinete Técnico da Região Sanitária dispõe de um orçamento para estas prestações ;
- um trabalho de cartografia e eventualmente de recenseamento sanitário poderá completar o plano adoptado ;
- a elaboração de um plano trienal numa perspectiva ousada para descrever todos os inputs necessários e os outputs esperados ligados à implementação do plano de cobertura sanitária. A elaboração deste plano deverá implicar os Delegados de Saúde e em seguida ser adoptado pelo Comité da Região Sanitária.

Tarefa n° 2.2. a realização das construções e as extensões

106. O cálculo descritivo e estimativo dos trabalhos de engenharia civil foi precisado pela missão de engenheiros. Trata-se dos seguintes locais:

- A construção do CS de Calheta. O projecto elaborado pela missão APS eleva-se a 1 510 m², incluindo área de circulação. O seu custo foi calculado pela missão APS em 505 000 Euro.
- A renovação ou a extensão de 4 USB. Em princípio trata-se de intervenções mínimas para tornar as estruturas conformes às estimativas no anexo F5. O custo é calculado pela missão APS em, respectivamente 75 000 Euro (Achada Monte) 64 000 Euro (Achada Lém) 93 000 Euro (Chã de Tanque) 106 000 Euro (Chã de Junco), ou seja um orçamento total de 338'000 Euro.
- A construção dos Postos Sanitários de Telhal e de Chão Bom que está referido no quadro 13. O custo do terreno está a cargo da Câmara Municipal e deverá ser calculado. O custo da construção foi calculado

pela missão APS em, respectivamente, 138'793 Euro e 124'051 Euro, ou seja um orçamento total de 264 000 Euro.

- A construção do CS de Tarrafal é prevista sob um empréstimo a adquirir pelo Governo. O Ministério do Plano estimou o seu custo em 94 000 000 ECV, (ou seja mais de 100 Euro por habitante). Trata-se de 1 800 m² dos quais 50% será construído. Este projecto não é compatível com o espírito da regionalização e princípios.
- A transformação do centro de promoção social da Assomada em Centro de Saúde urbano. O CS urbano não deve dispor de maternidade (salas 7,8,9) e de hospitalização (10). A Delegacia de Saúde será então alojada nos edifícios actualmente ocupados pela Câmara Municipal mas que pertencem ao Ministério da Saúde. A missão de engenharia civil deverá descrever os detalhes. O orçamento calculado pela missão APS é de 104 000 Euro.
- O projecto não inclui investir nas infra-estruturas das USB.

Tarefa n° 2.3. a implementação dos equipamentos complementares

107. As 3 Delegacias de Saúde serão equipadas com um veículo todo terreno, sendo Tarrafal e São Miguel no primeiro ano e Santa Catarina no 3º ano (orçamento de 66 000 Euro). O equipamento dos CS e PS deverá manter um espírito conservador. A missão de formulação constatou que uma boa parte do mobiliário médico está em bom estado. Trata-se então de calcular o custo do equipamento seguindo o procedimento referido mais abaixo. Ainda que o orçamento necessário dependa do resultado deste inventário, a previsão actual é de 350 000 Euro :

- No que diz respeito ao mobiliário médico, o mobiliário de escritório e o equipamento médico de mais de 100 Euro/unidade, será realizado um inventário do material em bom estado nos CS de Tarrafal, Calheta, Assomada urbana, Picos e nos Postos Sanitários de Achada Monte, Achada Lém, Chã de Tanque, Chã de Junco, Chão Bom. Este inventário basear-se-á na lista no anexo E2. Para o PS de Telhal será prevista uma lista completa. Um quadro numérico foi preparado para calcular o orçamento necessário após o inventário.
- Quanto aos instrumentos médicos de menos de 100 Euro/unidade, será orçamentada uma substituição completa. A lista encontra-se no anexo E3.
- Nos dois casos, ter-se-á em conta o facto do equipamento do actual hospital de Santa Catarina poder contribuir grandemente para o equipamento dos Postos Sanitários e dos Centros de Saúde.

Tarefa n° 2.4. A preparação do pessoal dos Centros de Saúde e dos Postos Sanitários a prestar cuidados mais contínuos e mais racionais.

108. Trata-se de formar o pessoal de saúde recrutado e existente nos Postos Sanitários e nos Centros de Saúde a :

- Serem mais polivalentes, nomeadamente para assegurar o parto normal, os cuidados aos doentes mentais, o atendimento dos doentes

cardiovasculares e diabéticos, o atendimento das urgências e o tratamento da água. Isto poderá ser alcançado através de estágios nas estruturas sanitárias da Região Sanitária.

- Terem atitudes de prescrição mais racionais, nomeadamente para recorrerem mais aos medicamentos genéricos e às ordinações de atendimento. As abordagens da supervisão formativa, de « *labellisation* » dos prescritores e da revisão dos pares poderão ser utilizadas. Um guia deverá ser posto à disposição dos prescritores baseando-se em instruções elaboradas por programas específicos e num pacote mínimo de medicamentos que será fornecido gratuitamente pelo Ministério da Saúde (ver tarefa 3.1.).
- Abrirem e gerirem um dossier de doente residente, nomeadamente para os referidos doentes, as crianças em idade pré-escolar, os doentes crónicos, as mulheres grávidas e sob contraceção. Este dossier ficará sediado no Posto Sanitário ou no Centro de Saúde que cobre a localidade de residência do paciente (com excepção dos casos combinados de comum acordo entre o paciente e o médico que o assiste). O dossier será progressivamente completado com os resultados dos exames complementares, consultas de referência e itinerantes. A organização do sistema de informação do paciente na estrutura de inscrição é antes de mais um processo contínuo de segurança de qualidade do que uma operação pontual. Ela implica um compromisso considerável do Delegado de Saúde com o apoio técnico do médico de saúde pública do Gabinete Técnico.
- Uma provisão de 30 000 Euro foi orçamentada para cobrir as despesas complementares àquelas previstas pelo Ministério da Saúde.

INDICADORES, PREVISÕES, CONDIÇÕES PRÉVIAS

Indicadores

109. O quadro lógico propõe como indicadores :

- O êxito do projecto propõe que pelo menos 4 Centros de Saúde e 6 Postos Sanitários estejam inteiramente funcionais na Região Sanitária. A acessibilidade geográfica a uma estrutura de diagnóstico - tratamento de primeiro nível (CS ou PS)- num raio de 5 km deverá aumentar. O plano de cobertura sanitária finalizado permitirá a leitura da acessibilidade geográfica inicial e final num raio de 5 km.
- O acompanhamento da criação efectiva das estruturas de saúde será realizado graças aos quadros. Os diferentes quadros referem-se: ao equipamento, ao pessoal, às actividades (existência e volume). Estes quadros serão publicados pelo Gabinete Técnico num anuário estatístico da Região Sanitária.
- A conformidade das infra-estruturas e dos equipamentos com as orientações do prodoc será apreciado pela avaliação a meio percurso e final.

- A existência e a funcionalidade dos dossiers médicos nos PS e CS serão apreciadas pela avaliação final.
- A assunção efectiva dos problemas prioritários de saúde pode ser avaliada por meio do seguinte quadro. O tipo de estrutura mencionada é o nível mínimo requerido. As menções +M e +E referem-se às actividades itinerantes dos médicos e dos enfermeiros. A lista pode ser completada pela equipa de projecto.
- A racionalização da prescrição dos medicamentos poderá ser avaliada por sondagens sobre uma amostra de prescrições.

Quadro 9. Lista dos indicadores da acessibilidade aos cuidados essenciais para os problemas prioritários de saúde

Indicador	Tipo de estrutura
Medida da tensão arterial disponível em 15 minutos de caminhada	USB+E/PS/CS
Renovação do tratamento anti-hipertensivo possível a menos de 1 h de caminhada	PS+M/CS
Prescrição de antibiótico para uma infecção respiratória a menos de 1 h de caminhada	PS/CS
Aplicação de oxigénio de urgência para bronquite a menos de 30 minutos de carro	CS
Parto por episiotomia a menos de 1 hora de caminhada	PS/CS
Parto por cesariana a 1 h de carro	HR
Sutura de ferimentos a menos de 1 hora de caminhada	PS/CS
Colocação de via venosa a menos de 1 hora de caminhada	PS/CS

Previsões

110. Prevê-se que :

- os eventuais conflitos em relação à dependência das localidades a um Posto Sanitário possam ser resolvidos sem aumento do número de Postos;
- as Câmaras Municipais dêem o terreno para as novas construções, nomeadamente para o CS de Calheta, o PS de Chão Bom e o PS de Telhal ;
- a Direcção Geral da Saúde imponha o respeito pela complementaridade entre as funções de primeiro e segundo nível, nomeadamente :
 - evitando o duplo emprego entre os Centros de Saúde e o Hospital Regional ;
 - dando aos Postos Sanitários um real estatuto de primeiro nível.
- o pessoal para pôr a funcionar as novas estruturas sanitárias é recrutado pelo Estado ;

RESULTADO N°3. O financiamento do sistema de saúde é melhorado, principalmente para assegurar o fornecimento de medicamentos e a manutenção de forma duradoira e eficiente.

DESCRIÇÃO DO RESULTADO ESPERADO

111. A viabilidade do sistema de saúde da Região está extremamente dependente do reforço do financiamento do sector público que desempenha um papel essencial na região mesmo que o seu financiamento possa ser diversificado mobilizando outros recursos. Os domínios mais vulneráveis e por isso essenciais à perenidade das actividades da Região Sanitária são a manutenção e o fornecimento de medicamentos. Por isso necessitam de uma atenção particular no projecto.
112. De uma forma mais explícita subentende-se por este resultado os seguintes elementos:
- O financiamento do sector público foi reforçado. Isto subentende que :
 - um sistema de informação financeira foi implementado permitindo justificar os pedidos orçamentais e de lhe assegurar um seguimento transparente ;
 - um sistema de gestão autónomo do hospital foi implementado permitindo uma afectação mais adequada dos recursos e de justificar as necessidades em função de actividades ;
 - uma tarifação adaptada foi proposta pelo INPS para um financiamento complementar que poderá assim se desenvolver;
 - a cobertura dos custos foi melhorado assegurando uma melhor selecção e atendimento dos indigentes.
 - A organização e o financiamento da manutenção dos edifícios e dos equipamentos foram melhorados. Isso pressupõe :
 - a funcionalidade de uma célula de manutenção a nível do Ministério da Saúde, que assegure a gestão do orçamento de manutenção e a comunicação com os técnicos do sector público implicados a nível regional e municipal;
 - a existência de um sistema de gestão da manutenção baseada numa abordagem contratual ;
 - a existência de um “*basket funding*” para a manutenção ao qual participam: as estruturas sanitárias, as Câmaras Municipais, o Ministério da Saúde e a ajuda externa. Espera-se que no final do projecto a cobertura dos custos da estrutura sanitária, as Câmaras Municipais e o Ministério da Saúde contribuam com um orçamento para a manutenção dos edifícios e dos equipamentos.
 - A regulação do acesso ao medicamento. Isto pressupõe:
 - a existência de uma política de compra de medicamentos e de distribuição por nível, para assegurar a assunção dos problemas prioritários e crónicos;
 - a contractualização com o privado para garantir a disponibilidade de medicamentos essenciais genéricos no sector privado;
 - o desenvolvimento do sistema de reembolso dos medicamentos que permita a extensão da cobertura e um consumo mais racional.

TAREFAS, SUB-TAREFAS E CUSTOS LIGADOS AO RESULTADO Nº 3

Tarefa nº 3.1 O reforço do financiamento do sector público

113. O expediente previsto é o seguinte:

- Actualmente, o sistema de informação sanitária existente nas Delegacias de Saúde só engloba um número muito reduzido de informação respeitante aos aspectos financeiros. A primeira tarefa neste domínio será de introduzir estes elementos essenciais de forma harmoniosa nas 3 Delegacias. As sínteses destes dados facilitarão o processo de elaboração orçamental e permitirão justificar os aumentos indispensáveis. A apresentação destes quadros é também uma primeira etapa para uma progressiva desconcentração destes orçamentos. Este trabalho pode ser efectuado pelos administradores das Delegacias após breves formações a nível regional. Um orçamento de 10'000 Euro foi programado para este efeito. Os outros meios necessários são assegurados pelo funcionamento habitual das Delegacias e do projecto.
- Antes mesmo de obter um verdadeiro estatuto de autonomia para a gestão do novo hospital, é possível preparar-se instrumentos de gestão propondo uma repartição mais funcional do orçamento do actual hospital. Este trabalho pode permitir a fixação, de uma forma mais racional, do montante da nova dotação que será prevista para 2005. Em consequência, uma apresentação em função das actividades permitirá medir a evolução do desempenho do hospital avaliando em particular certos custos unitários. A comparação entre estes estudos e aqueles associados às reformas de gestão do hospital da Praia pode ser útil de um e de outro lado. Mesmo que o modelo de gestão deva ser bem mais simples no hospital da RSSN, será provavelmente mais fácil experimentar as inovações numa estrutura nova e de pequeno tamanho. Esta tarefa estará sob a responsabilidade de um novo gestor formado pelo projecto com uma bolsa de 1 ano orçamentado num montante de 24'000 Euro. Não se trata de uma especialização muito acelerada mas de adquirir instrumentos de gestão hospitalar de base para um bom administrador. Existem formações adequadas na Europa ou no Brasil, mas contactos devem ser encetados antes do projecto. O gestor poderá preparar os instrumentos logo após o seu regresso ao hospital existente antes de os implementar no novo hospital que disporá de meios informáticos necessários (incluído no orçamento do equipamento).
- O sistema actual de tarifação do hospital será melhorado, mesmo se se tratar, antes de tudo, de uma taxa moderadora. Será também modulado enquanto provocativo para fazer respeitar o sistema de referência. Paralelamente e graças aos novos instrumentos de gestão, uma nova tarifação a custo real poderá ser elaborada e utilizada para a negociação dos pagamentos efectuados pelas seguradoras e pelo INPS. O financiamento pelo INPS poderá se desenvolver por sua vez com a extensão da cobertura e aumento do atendimento no hospital. O INPS poderá utilizar a RSSN para experimentar estas reformas em coordenação com o Gabinete Técnico. Poderão ser efectuados estudos específicos para testar as novas iniciativas se os projectos de seguro de doença tomarem

forma. O apoio orçamental ao Gabinete Técnico permite financiar algumas mas o INPS deverá também mobilizar os seus próprios meios ou a colaboração com outras cooperações.

- Mesmo que ela for modesta, a cobertura dos custos desempenha um papel essencial no financiamento da manutenção. A sua eficiência para mobilizar outros recursos privados passa mais pela generalização dos pagamentos que pelo aumento das tarifas. O projecto poderá propor medidas para garantir uma melhor selecção dos indigentes. Poderá começar por fazer um inventário mais preciso dos indigentes actualmente assumidos e um acompanhamento dos que não pagam nas estruturas sanitárias. Estes estudos e estes instrumentos permitirão provavelmente limitar melhor a importância do problema. Mas é importante que os « verdadeiros indigentes » não sejam desencorajados pelo rigor deste novo sistema. Os sistemas de assunção pelas Câmaras Municipais deverão ser estudados. Poderão tomar a forma de contribuições directas das Câmaras ou dos Assuntos Sociais mas também de afiliação dos indigentes a sistemas de seguro ou mesmo da sua integração no INPS.

Tarefa nº 3.2. O apoio à organização e ao financiamento da manutenção dos edifícios e dos equipamentos.

114. O apoio à organização e ao financiamento da manutenção dos edifícios e dos equipamentos é considerado da seguinte forma :

- Em caso de necessidade, serão recrutados outros trabalhadores para assegurar a manutenção dos edifícios e dos equipamentos. A existência de um Gabinete de Engenharia Civil a nível da associação inter-municipal de Santiago com sede em Assomada é um trunfo. Foi inscrito um orçamento provisório de 18 000 Euro;
- A implementação de um *fundo (basket funding)* para a manutenção será apoiada. Este é um processo que necessita de uma coordenação entre os parceiros financeiros e o Ministério da Saúde. O projecto prevê uma contribuição de 203 350 Euro, para as prestações de manutenção mas esta contribuição deverá inserir-se no quadro de um orçamento consolidado:
 - O custo anual da manutenção dos edifícios deve ser estimado em 5% do custo da construção. À razão de 40 000 ECV por m², isso chegaria assim anualmente a 2 000 ECV por m². Para um Centro de Saúde de 500 m² isso representa 1 000 000 ECV. Esta manutenção ficaria menos onerosa se ela fosse realizada localmente e com antecedência ;
 - O custo da manutenção do equipamento e da sua substituição está estimado em 10% anual para o material médico e em 25% anual para o material circulante e de escritório. O orçamento nacional não poderá suportar sozinho estes encargos e uma convenção de apoio orçamental seria uma solução adequada. No término do projecto deverá ser implementado um mecanismo para apoiar financeiramente o Ministério da Saúde a fim de assegurar a manutenção do parque de equipamento. Deveria tratar-se de um « bolo comum » de vários doadores e o montante deveria depender dos investimentos realizados em equipamento.

- A organização da manutenção será facilitada pela implementação de uma Célula de Manutenção :
 - Inicialmente, a Célula de Manutenção instalada no hospital Agostinho Neto da Praia será financeiramente sustentada pelas suas intervenções na Região Santiago Norte.
 - Em seguida uma Célula de Manutenção será instalada no novo Hospital Regional. Ela trabalhará em colaboração com a Célula do Hospital AN da Praia.

Tarefa nº 3.3. O apoio à gestão dos medicamentos.

115. O apoio à racionalização do sistema de referência e à gestão dos medicamentos inclui :

- A assistência técnica do projecto apoiará igualmente a Direcção Geral da Farmácia para melhor definir as necessidades em medicamentos por nível a fim de atingir a assunção dos problemas prioritários e crónicos de saúde. Ela avaliará as implicações financeiras deste objectivo. Para os medicamentos que não são específicos a um problema prioritário de saúde, por exemplo os medicamentos para uma distocia feto-pélvica ou um acidente de circulação, deverá ser introduzido um sistema de justificação ;
- A substituição da prescrição gratuita a nível da consulta especializada do Hospital Regional pela venda de medicamentos sob forma genérica por um farmacêutico privado convenionado e instalado no seio do hospital. O projecto deverá trabalhar no quadro jurídico desta experiência para assegurar uma selecção adequada da farmácia (por concurso), uma separação transparente da gestão e as condições de um acordo contratual (em particular para controlar o tipo de medicamentos disponíveis e seus preços). Será necessário estudar as possibilidades de alargar esta experiência a outras concessões. Esta farmácia privada poderia igualmente dispor de condicionamentos hospitalares. Isso permitiria reservar toda a subvenção de medicamentos do hospital para as hospitalizações e manter a acessibilidade financeira do referido paciente.
- Será desenvolvida uma colaboração com o INPS para melhorar o sistema de reembolso dos medicamentos. Por exemplo poder-se-á estudar o impacto sanitário e financeiro da variação das taxas de reembolso ou de sistema de tarifação com base no preço dos genéricos. A Região Norte poderá ser também um lugar de experiência para encorajar a abertura de novas farmácias privadas (ou de reforçar as já existentes) a fim de melhor responder à demanda. Este apoio deverá ser feito em equivalência com o respeito pelos princípios da saúde pública. O projecto desempenhará um papel na formulação e no seguimento acompanhamento destas iniciativas.
- Um apoio a iniciativas de farmácias associativas ou cooperativas nas localidades desprovidas de farmácia privada poderá ser previsto, entre outras, pela realização de estudos de viabilidade.
- Na realização destas tarefas bem como nas duas outras previstas neste ramo do projecto, o Gabinete Técnico receberá o apoio de consultores

locais ou internacionais (no domínio da economia da saúde, da farmácia ou da gestão hospitalar). Estes trabalharão quer com o director do projecto, quer com o gestor do hospital ou mesmo as Delegacias de Saúde.

- Para as prestações de consultores locais foi previsto um orçamento de 93 000 Euro, que corresponde a 18 homens mês de prestação. Os consultores locais serão contratados pelo Gabinete Técnico da Região Sanitária ;
- Por outro lado, uma parte do orçamento previsto para os consultores internacionais (cerca da metade da dezena de missões orçamentadas) poderá também ser mobilizada. Os termos de referência destas missões serão estabelecidos pelo Gabinete Técnico da Região Sanitária e a selecção será feita no seio de um conjunto de consultores propostos pela assistência técnica. Encontrar-se-á em anexo as propostas de missão de apoio.

INDICADORES, PREVISÕES, CONDIÇÕES PRÉVIAS

Indicadores

116. Uma evolução claramente positiva deveria ser observada para os seguintes indicadores económicos que só cobrem uma parte dos resultados esperados. Os outros aspectos só podem ser objecto de uma avaliação qualitativa.

Quadro 10 : IOV para o resultado 3.

Indicador	Valor em 2004	Valor em 2008
1. Aumento do ratio do valor dos medicamentos entregues na Região Santiago Norte em comparação com o total nacional	7%	15%
2. Aumento do montante total anual para a manutenção executado na Região Santiago Norte	Não disponível	A determinar
3. Aumento do montante total anual para a manutenção executado pelo Ministério da Saúde.	1 000 000	???
4 Aumento da parte das vendas de genéricos no conjunto de negócios das farmácias	???	???
5 Aumento dos meios afectos ao funcionamento do Hospital SN	???	???
6 Aumento da cobertura do INPS	???	???
7 Evolução do n.º de indigentes e condições de sua assunção	???	???

A Direcção Geral da Farmácia dispõe dos dados para calcular o indicador 1. Os outros indicadores não estão ainda disponíveis a nível das Delegacias de Saúde, das Câmaras Municipais e da Direcção Geral da Administração do Ministério da Saúde. Eles deverão ser valorizados no início do projecto.

Previsões

117. Prevê-se que:

- Para reforçar o financiamento do sector público :
 - O sistema de gestão deva permitir a recolha de dados complementares de natureza financeira no novo sistema de informação. Estas novas informações serão tidas em conta pelas autoridades nacionais.
 - Exista uma transparência da gestão financeira a todos os níveis para poder identificar as fraquezas do sistema de financiamento.
 - O INPS aceite implementar, a título experimental, as iniciativas particulares na Região SN. Esta experiência precisa de um quadro legal para não infringir o princípio da igualdade dos segurados. O facto de na Região Norte a percentagem dos segurados ser modesto pode facilitar a extensão da cobertura segundo um sistema transitório. Mas o INPS deverá também mobilizar os meios para desenvolver estas experiências.
 - O pessoal necessário à gestão (gestor do hospital, administradores) seja nomeado em tempo e beneficie de um estatuto suficientemente motivador para atrair as pessoas de qualidade.
 - O pessoal bolseiro (principalmente no domínio da gestão hospitalar) venha ocupar no seu regresso os postos previstos (assinatura de um contrato de compromisso, condições do contrato suficientemente atractivas).
- Com vista a garantir a manutenção dos edifícios e dos equipamentos :
 - a DGS e a DGF fiquem encarregues de promover junto das instâncias pertinentes do Ministério da Saúde e das autoridades municipais a atribuição de uma percentagem crescente do seu respectivo orçamento para a manutenção preventiva e reparadora dos edifícios e dos equipamentos dos estabelecimentos de saúde ;
 - tendo em conta as fraquezas dos recursos financeiros do país a DGS e a DGF façam um esforço para encontrar parceiros junto das ONG's e outras organizações para fornecer uma consultoria em matéria de planificação, de gestão e de implementação de um programa nacional de manutenção dos equipamentos biomédicos e informáticos;
 - tendo em conta a existência nalgumas Câmaras Municipais de departamentos técnicos especializados em engenharia civil, as autoridades municipais assumam a responsabilidade de estabelecer contratos pontuais com as autoridades centrais para a disponibilização destes departamentos;
 - os parceiros financeiros estejam prontos a contribuir para o financiamento da manutenção biomédica.

- Com vista a garantir o acesso ao medicamento :
 - a DGS e a DGF preparem uma lista padrão de medicamentos a utilizar por cada nível da pirâmide de saúde;
 - a DGF dê prioridade à aquisição e à distribuição dos medicamentos necessários para a assunção dos problemas prioritários de saúde nos diferentes níveis;
 - o sistema de abastecimento em medicamentos permita responder às novas demandas, por exemplo o encorajamento da venda de genéricos nas farmácias privadas não deve ser bloqueado por canais de estrangulamento nas compras internacionais;
 - farmácias privadas estejam interessadas na colaboração com o sector público. O controle refere-se ao tipo de produtos oferecidos sem interferência na gestão financeira ;
 - as relações entre o sector público e a prática privada evoluam de uma rivalidade mais ou menos escondida para uma colaboração transparente.

RESULTADO N°4: Os cuidados diferenciados e o sistema de referência foram reforçados e racionalizados na Região de Santiago Norte

DESCRIÇÃO DO RESULTADO ESPERADO

118. Trata-se, para começar, de obter um sistema de referência e de contra-referência eficaz. A eficácia mede-se pela taxa da cura. Ele propõe a competência, a tecnologia adequada e funcional, a fiscalização das prestações, a troca de informação detalhada entre praticantes do primeiro e do segundo escalão e a capacidade do primeiro escalão garantir o acompanhamento junto da contra-referência.
119. Em seguida trata-se de garantir a eficiência do sistema de referência. A eficiência é assegurada pela complementaridade dos recursos rede de CS e PS por um lado e do Hospital Regional por outro. Esta complementaridade concretiza-se da seguinte forma:
- A repartição das camas entre Centro de Saúde e Hospital Regional exprime uma repartição de camas mais baratas, sem fiscalização contínua no CS e de camas caras no HR com fiscalização contínua. As camas no CS permitem uma observação de 48 horas a fim de se decidir da pertinência de hospitalização no HR e permitem aproximar o doente da sua casa após a hospitalização quando apenas se tratar de dar tratamentos standardizados;
 - A radiografia e a electrocardiografia, e eventualmente a ecografia, têm a sua função a desempenhar nos dois níveis, mas com tipos de aparelhos diferentes e para indicações diferentes :
 - o equipamento dos CS destes aparelhos impõe a escolha de um aparelho simples, standardizado e fácil de manipular, a disponibilidade de peças soltas correntes e a competência a nível regional para assegurar a sua manutenção;

- as indicações devem limitar-se à radiografia dos ossos e tórax, o diagnóstico pela ECG de uma urgência cardíaca e o diagnóstico ecográfico das anomalias de gravidez.
 - A concentração dos exames de laboratório a nível regional permite uma melhor manutenção dos aparelhos e um melhor controle de qualidade. O CS pode especializar-se na recolha e envio de amostras e a entrega dos resultados. O laboratório do CS limita-se então aos exames microscópicos directos e às técnicas hematológicas simples ;
 - Em matéria de recursos humanos, deve existir uma nítida diferença entre a formação do pessoal para a rede de CS e PS e o pessoal formado para o Hospital Regional. O pessoal dos CS et PS deve ser formado para a polivalência, para ter em conta os problemas sociais e psicológicos do paciente. O pessoal do HR deve ser formado em técnicas especializadas de diagnóstico e de tratamento ;
 - É, no entanto, necessário pôr em contacto os 2 níveis através de consultas itinerantes dos especialistas nos CS, o envio e reenvio de dossiers de doente e através da programação de enfermeiros generalistas ao serviço da urgência do Hospital Regional.
120. Finalmente trata-se de obter uma sustentabilidade dos resultados junto do projecto. Isso prevê:
- A robustez da construção, a aplicação da tecnologia adaptada ;
 - A garantia do suficiente abastecimento em água corrente e da estabilização das voltagens eléctricas ;
 - A disponibilidade das competências e de um financiamento para a manutenção hospitalar ;
 - A disponibilidade de um plano de financiamento viável;
 - A acessibilidade a todo o instante em transporte comum para o paciente e para o pessoal.

TAREFAS, SUB-TAREFAS E CUSTOS LIGADOS AO RESULTADO N° 4

121. Os investimentos a cargo do Estado de Cabo Verde são os seguintes:
- A formação inicial dos médicos de clínica geral e dos enfermeiros ;
 - A execução e o acompanhamento do plano de dotação de pessoal sobre o orçamento nacional ou sobre outro financiamento ;
 - A aquisição do terreno do hospital ;
 - A organização do transporte comum e um pequeno autocarro para o pessoal de Achada Falcão;
 - Os investimentos de adução de electricidade e de água corrente para o hospital.

Tarefa n° 4.1. Construção do Hospital Regional

122. A descrição dos trabalhos de engenharia civil para o Hospital Regional foi realizada pela missão de estudos de engenharia civil. O custo unitário por m² foi calculado em 52 144 ECV/m². A superfície construída foi estimada em 5'527 m². Incluindo os ordenamentos exteriores, o projecto foi calculado em 2'940'000 Euro. O custo da fiscalização foi estimado em 10% deste montante, ou seja 294'000 Euro. Os estudos arquitectónicos prévios deverão compreender a elaboração de um plano de manutenção. A duração dos trabalhos foi calculada em 2 anos, tendo em conta os imprevistos na construção em Cabo Verde. O início dos trabalhos está previsto para o 7º mês do projecto.
123. A capacidade esperada do novo hospital é de 70 camas. Estas 70 camas compensam igualmente a ausência de camas no CSU de Assomada. Os serviços a prever (fora sanitários, corredores, pátios) são:
- um serviço de consulta com 5 Gabinetes de consulta, 1 Gabinete de cuidados dentários e prótese, 1 Gabinete de oftalmologia;
 - um serviço de imageologia médica com uma sala de radiologia, uma câmara escura, uma sala de ecografia, uma sala reserva;
 - um laboratório de análises clínicas com 2 salas de laboratório, uma sala de colheita de sangue e uma sala reserva;
 - uma farmácia do hospital e um local que pode ser arrendada a uma farmácia privada;
 - dois locais afectos a vestiários do pessoal ;
 - um serviço de urgência com uma sala de observação de 4 camas, uma sala de reanimação e 2 pequenas divisórias para consultórios;
 - um serviço de infecciologia de 10 camas ;
 - um serviço de medicina interna de 16 camas das quais 4 camas são para os cuidados intensivos;
 - um serviço de pediatria de 16 camas ;
 - um serviço de gineco – obstetrícia de 14 camas ;
 - um serviço de cirurgia de 14 camas das quais 4 camas são para os cuidados intensivos;
 - um bloco operatório com uma sala de operação séptica, uma sala de operação asséptica, uma sala de anestesia, uma sala de despertar e uma sala para stock de material esterilizado;
 - um bloco de parto, uma sala de espera e uma sala de parto;
 - uma cozinha – refeitório;
 - um serviço de manutenção com um local para lixo, uma garagem, um local com o grupo electrogéneo, uma oficina, um serviço de esterilização ; um incenerador;
 - uma morgue com um local de morgue e um local de autópsia;

- um serviço administrativo com 3 escritórios: (director, administrador, estatístico) e uma sala de reunião ;
- um anexo para o Gabinete Técnico da Região Sanitária com 4 escritórios e uma sala de reunião (100 m²).

Tarefa n° 4.2. O equipamento do Hospital Regional

124. O equipamento do hospital inclui as seguintes etapas:

- Uma consulta a um engenheiro biomédico para elaborar uma proposta quantitativa dos equipamentos do hospital e um caderno de características técnicas deste equipamento. Trata-se de fazer com que a tecnologia seja adaptada ao contexto e que a manutenção seja fácil;
- O financiamento do pedido do equipamento ;
- A instalação dos equipamentos e formação dos utilizadores para um bom funcionamento e conservação;
- A elaboração de um plano de manutenção dos equipamentos ;
- O orçamento provisório para a aquisição do equipamento do hospital é de 700'000 Euro.

Tarefa n° 4.3. A formação de especialização do Hospital Regional

125. A formação de especialização refere-se a 5 médicos, 4 enfermeiros, 1 técnico de laboratório adjunto e um técnico de manutenção.

Quadro 11: Descrição das formações de especializações

Especialização	Descrição
1 médico em cirurgia	3 anos no estrangeiro, Brasil
2 médicos em pediatria	3 anos no estrangeiro, Brasil
2 médicos em ginecologia	3 anos no estrangeiro, Brasil
2 técnicos em anestesia	2 anos no estrangeiro, Brasil
1 técnico em radiologia	2 anos no estrangeiro, Brasil
1 técnico em oftalmologia	2 anos no estrangeiro, Bamako
1 técnico laboratório	2 anos no estrangeiro, Brasil
1 técnico biomédico	2 anos no estrangeiro, Dakar

126. A fim de realizar a especialização dos médicos antes do encerramento do projecto, um envio para formação deveria ser feito nos seis primeiros meses do projecto. O orçamento provisional para as bolsas de médicos é de 300 000 Euro e para as bolsas de técnicos de 140 000 Euro. Os beneficiários deverão assinar um compromisso juridicamente válido para trabalharem, após o seu regresso, durante 5 anos no Hospital Regional Santiago Norte.

INDICADORES, PREVISÕES, CONDIÇÕES PRÉVIAS

Indicadores

127. O reforço efectivo do sistema de referência será medido pela:

- disponibilidade de um nível técnico conforme as normas de um Hospital Regional ;
- disponibilidade dos médicos, enfermeiros e técnicos especializados conforme o plano de dotação de pessoal.

128. Os indicadores da eficiência são:

- a permanência cirúrgica é garantida em 75% do tempo no Hospital Regional Santiago Norte, em meados de 2006 e em 100% em 2007. A análise do quadro de vigilância permitirá medir o nível de permanência.

Previsões

129. Com vista ao reforço do sistema de referência :

- o GEPC elabora desde o início do projecto um plano de formação de longa duração de especialização dos médicos no estrangeiro e negocia os lugares destas formações ;
- a DGS, DGARH e o GEPC elaboram anualmente um plano de recrutamento dos enfermeiros, médicos, pessoal administrativo e de outros técnicos necessários para o desenvolvimento da Região Sanitária Santiago Norte ;
- o GEPC compara o recrutamento efectivo do pessoal com o orçamento nacional para a Região Sanitária Santiago Norte com as previsões e em caso de insuficiência procurar alternativas de financiamento ;
- os Delegados de Saúde garantem a promoção da eficiência do pessoal recrutado localmente;
- o Ministério da Saúde elabora um projecto de lei sobre o estatuto jurídico dos Hospitais Regionais, incluindo os procedimentos de referência e de contra-referência entre os estabelecimentos de saúde e acelera a aprovação do referido documento na Assembleia Geral. O Hospital Regional deve ser considerado como um serviço das Câmaras Municipais e depender, através das Delegacias, da Direcção Geral da Saúde que assegura a unidade do sistema. Este equilíbrio entre uma boa apropriação local e um respeito pela hierarquia do Ministério será um dos pontos delicados da entrada em aplicação deste novo estatuto.

130. A operacionalidade do hospital depende grandemente da disponibilidade do pessoal qualificado. Supõe-se que o Governo saiba impor o contrato de compromisso para ficar ao menos 5 anos na Região e estar em medida de recrutar todo o pessoal necessário. O aumento do custo do pessoal é considerável e só poderá ser suportado se (i) uma transferência de pessoal do hospital AN possa ser realizada e (ii) o Governo der uma prioridade ao desenvolvimento desta Região durante o período 2004-2008.

131. O local de instalação previsto para o hospital está a uma quinzena de minutos de carro do centro da Cidade de Assomada. Isso deveria encorajar a população da cidade a utilizar o novo centro urbano e a só recorrer ao hospital por referências. Deve ser encontrada uma solução para a deslocação do pessoal.

Por outro lado esta localidade está no cruzamento das estradas que vão para os dois outros Municípios.

← - - - - **Formatadas:** Marcas e numeração

B IMPLEMENTAÇÃO

B.1 QUADRO INSTITUCIONAL

132. O Ministério da Saúde e em particular a Direcção Geral da Saúde, será a Agência de execução do projecto para a parte cabo-verdiana. O órgão encarregue da implementação do projecto será o Comité da Região Sanitária com o seu Gabinete Técnico para a gestão quotidiana. O Comité da Região Sanitária reúne-se particularmente para a planificação das actividades e confia ao Gabinete Técnico a tarefa executiva. Estes dois organismos trabalham no seio do Ministério da Saúde e a Direcção Geral da Saúde que está encarregue dos cuidados primários de saúde, garante a unidade da pirâmide de saúde.
133. A Lux-Development é a Agência Luxemburguesa para a Cooperação para o Desenvolvimento. Ela será a agência de execução do presente projecto para a parte Luxemburguesa, agindo sob mandato do Ministério da Cooperação e da Acção Humanitária do Grão Ducado do Luxemburgo. Ela é responsável pela gestão administrativa, técnica e financeira dos apoios da cooperação Luxemburguesa.
134. Os meios serão mobilizados segundo três procedimentos. O primeiro refere-se ao orçamento do projecto sob a autoridade do Director Regional (e num período transitório do CTP) a partir de um adiantamento sobre um orçamento de programa anual. Este orçamento prefigura o orçamento da região que deverá ser financiado pelo Estado após o projecto. O segundo refere-se ao orçamento da assistência técnica para lhe dar também meios de funcionamento (os peritos internacionais e os seus meios logísticos estão descritos nas tarefas 0.2.1 a 0.2.5 do orçamento de meios em anexo), mas este orçamento corresponde apenas a um apoio transitório. Ele é gerido pelo CTP. O terceiro orçamento refere-se às compras de equipamentos e os trabalhos, geridos directamente pelo escritório da Lux-Development.

B.2 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO PROJECTO

135. A duração total do projecto é de 48 meses (Junho 2004 – Junho 2008). Esta duração deverá permitir reunir as condições para criar o Comité da Região Sanitária, de pôr a funcionar o Hospital Regional nas condições adequadas bem como criar uma cultura de Região Sanitária. Um projecto de estatutos do Comité da Região Sanitária encontra-se no anexo F6. No que diz respeito à parte cabo-verdiana, a direcção do projecto será assegurada pelo Coordenador do Gabinete Técnico da Região Sanitária, uma vez este instalado. O posto está descrito no anexo D.
136. O projecto prevê a criação de um posto de Conselheiro Técnico principal (m/f), homólogo do Director do projecto, para a parte Luxemburguesa e com uma duração de 4 anos. A descrição do posto é retomada no anexo D1.
137. Ele será assistido durante 2 anos por um administrador encarregue da implementação que trabalhará com o seu homólogo a quem substituirá depois.

O seu apoio incidir-se-á sobretudo no período em que os trabalhos e os pedidos forem consideráveis. A descrição do posto é retomada no anexo D1.

138. As formações de especialização no estrangeiro serão submetidos à obrigação do beneficiário de trabalhar durante pelo menos 5 anos após a sua formação no Hospital Regional da Região Santiago Norte. Este compromisso será notificado de forma que seja obrigatório no plano jurídico.
139. A Lux-Development aplicará os seus procedimentos de gestão para as empreitadas, equipamentos e serviços profissionais (anexo H).
140. O Ministério da Saúde de Cabo Verde garantirá a aplicação das disposições fiscais e aduaneiras de isenção previstas pelas convenções de cooperação assinadas pelos dois Governos

TAREFAS , SUB-TAREFAS E CUSTOS LIGADOS À ORGANIZAÇÃO E À GESTÃO DO PROJECTO

Sub-tarefa nº 0.2.1.: Lançamento

141. O processo da elaboração do presente projecto foi remetido para o capítulo 1 deste documento. O orçamento da elaboração eleva-se a 30'000 Euro. A missão APS para as diferentes infra-estruturas é orçamentada a título de resultado.

Sub-tarefa nº 0.2.2.: Coordenação

142. O projecto prevê a criação de um posto de Conselheiro Técnico principal (m/f) homólogo do Director do projecto para a parte Luxemburguesa e com uma duração de 4 anos. Ele terá a tarefa de mobilizar os actores em torno da criação de uma Região Sanitária e de assegurar uma repartição equilibrada dos investimentos na Região.
143. Consultores regionais/locais (m/f) em economia social serão contratados durante o segundo e o terceiro ano do projecto para realizar estudos participativos rápidos.
144. Estão previstas missões de apoio técnico especializado. O calendário destas missões será preparado em concertação com o Ministério da Saúde. Um orçamento de 114 000 Euro ser-lhe-á consagrado.

Sub-tarefa nº 0.2.3. : Apoio logístico e administrativo

145. Enquanto se espera a construção do hospital, serão postos à disposição do projecto locais (no mínimo três peças) para a instalação dos escritórios do projecto.
146. Para isentar estes peritos da gestão quotidiana, será recrutado, pelo Estado, um administrador (m/f). Os termos de referência deste posto encontram-se no anexo D.

Sub-Tarefa n° 0.2.4.: Instrumentos de trabalho do projecto

147. O escritório do projecto disporá de um veículo todo o terreno (20 000 Euro), de mobiliário e de material de escritório (16 000 EUR). Será necessário também refrescar os locais da Assomada que serão transitariamente afectados ao projecto (10 000 Euro).

Sub-tarefa n° 0.2.5.: Funcionamento do projecto

148. Foram previstos meios de funcionamento (ou seja 2 000 Euro por mês) num total de 96 000 Euro.

Tarefa n° 0.3. Seguimento e avaliação

149. O seguimento geral do projecto será assegurado pelo Director do projecto e pelo Conselheiro técnico principal. Este último preparará relatórios mensais e anuais para a Lux-Development a fim de informar a Agência sobre o estado de avanço das actividades e do nível das despesas feitas.
150. Um comité de monitoragem que reúne responsáveis do Ministério da Saúde bem como o encarregado do programa da Lux-Development que se ocupa de Cabo Verde deslocar-se-ão anualmente no terreno para seguir o avanço do programa. O encarregado de programa assegurará o seguimento do desenrolar do projecto Região Sanitária Santiago Norte através de missões no terreno. O orçamento consagrado à monitoragem é de 60 000 Euro.
151. Está prevista uma avaliação independente a meio e no final do projecto. Ela será confiada a uma equipa que tenha competências reconhecidas no plano internacional na criação da Região Sanitária e na criação das instalações sanitárias. Ela associar-se-á aos consultores nacionais. O orçamento é, respectivamente, de 24 000 Euro e 36 000 Euro.

Tarefa n°0.7.: Encerramento do Projecto

152. Uma missão de encerramento foi orçamentado

Tarefa n°0.8.: Previsões e imprevistos

153. As necessidades imprevisíveis podem aparecer no decurso do projecto. Além disso, tendo em conta a duração e o escalonamento dos investimentos, é aconselhável presumir-se contra os aumentos de preços e/ou riscos inflacionistas. Esta precaução vale também para os recursos humanos e os meios de implementação. Para este fim, está reservado um montante de 396 350 EUR que corresponde a cerca de 5% do referido orçamento.

Capítulo V

Sustentabilidade dos benefícios do projecto

A A POLÍTICA DO GOVERNO

154. O projecto só trará benefícios duradouros se a estratégia escolhida corresponder mesmo à política, a meio e longo prazo, do Governo. Parece claro que os objectivos correspondem mesmo ao plano do Governo 2001-2005. Particularmente este último preconiza a racionalização do sistema de referência mesmo que ele não faça explicitamente alusão às Regiões Sanitárias. Sob condição de uma informação adequada dos quadros e da população, a introdução deste quadro institucional não deveria encontrar nenhum obstáculo de ordem política.
155. A cultura da Região Sanitária só poderá instalar-se definitivamente se outras Regiões Sanitárias forem desenvolvidas durante o projecto. Uma tal hipótese já foi considerada principalmente para a ilha do Fogo ou de Santo Antão. Mas o modelo é suficientemente flexível para tomar formas diferentes. Por exemplo, pode ser suficiente que no plano institucional, outros distritos sejam providos de órgãos de gestão mais leves.
156. Na realidade é difícil prever com exactidão a forma que a estrutura regional tomará a longo prazo, mesmo em Santiago Norte. A Instituição pode também evoluir para um modelo integrado muito mais próximo dos distritos clássicos elaborados pela OMS, que para um simples Comité de ligação entre certos Municípios. A situação intermediária poderia ser uma estrutura de rede para um certo número de actividades que provavelmente mudariam a meio e a longo prazos.
157. Por conseguinte certas actividades são essenciais e devem se manter e alargar-se seja qual for a forma do quadro organizacional final. Em particular o sistema de referência e de contra-referência na Região Santiago Norte não poderá persistir sem a aplicação dos mesmos princípios em toda a ilha de Santiago. É portanto necessário organizar reuniões de informação para assegurar uma linguagem comum entre Delegados de Saúde, Presidentes de Câmaras Municipais e parceiros financeiros.
158. Para que estas reformas sejam duradoiras, os textos legislativos deverão ser preparados e aprovados na Assembleia. Esta vertente jurídica deve assim garantir a perenidade das transformações institucionais. A boa aceitação do projecto a nível nacional (em particular com o Comité de seguimento) é assim um elemento essencial da sustentabilidade dos benefícios esperados do projecto.
159. A implicação de numerosos parceiros (sobretudo do INPS e das Câmaras Municipais), a diversidade dos financiamentos e a variedade dos mecanismos de mobilização de recursos são meios de assegurar a perenidade das actividades da Região Sanitária. Uma estrutura relativamente leve e que se

mantenha de forma pragmática será bem menos vulnerável do que um modelo muito rígido.

B AS TECNOLOGIAS E AS COMPETÊNCIAS

160. O projecto defende uma política de especialização do primeiro e segundo nível da pirâmide da saúde: o primeiro nível garante ante de mais, a continuidade e a globalidade do atendimento, enquanto que o segundo nível assegura a disponibilidade das tecnologias avançadas e das competências especializadas. As tecnologias exigem efectivamente capacidades de manutenção e de peças sobressalentes que nem sempre estão disponíveis em Cabo Verde. Para evitar uma deterioração dos aparelhos, um contrato de manutenção preventiva e reparadora será incluído nos contratos de compra. A centralização destes aparelhos num centro hospitalar facilita esta tarefa. Em matéria de material informático e de construção, será assegurado aos técnicos um apoio no local para estabelecer um programa de manutenção. A nível orçamental, será investido tempo para terminar num bolo comum entre parceiros e Ministério da Saúde com vista à manutenção.
161. A qualidade dos trabalhos de construção constitui um factor importante na sustentabilidade das infra-estruturas. Será previsto um programa de seguimento rigoroso para que deficiências sejam descobertas num estado precoce e serão inscritos procedimentos firmes nos contratos para exigir a retoma dos trabalhos defeituosos.
162. As novas competências que serão adquiridas, particularmente as especializações do pessoal do Hospital Regional, serão garantidas por um compromisso do candidato por um período de pelo menos 5 anos. Para além desse período será difícil manter o pessoal formado mas terá já um impacto sobre as práticas no Hospital permitindo uma substituição em boas condições. Muitas formações têm um efeito multiplicador elevado pois o pessoal formado trabalha com uma equipa, participa em formações e encoraja também novas vocações.

C FACTORES ECONÓMICOS

163. O emprego do pessoal será para o orçamento do Estado o constrangimento mais importante. Com efeito, para assegurar o funcionamento correcto das estruturas planificadas espera-se, em 8 anos, uma triplicação do custo de pessoal e dos medicamentos. Se o orçamento nacional para a saúde aumenta em 6% por ano, vai-se ver assim que a parte deste orçamento consumida na RSSN evoluirá de 8% para 16% deste orçamento. Isso não é impossível mas exige uma vontade política constante. Se o orçamento para saúde aumentar em 10% por ano, ver-se-á esta parte evoluir de 8% para 12%.
164. O custo dos medicamentos é um custo um pouco mais sujeitável desde que a vontade política exista para encorajar a racionalização da prescrição e da referência. No entanto as necessidades correm também o risco de aumentar e para completar o financiamento público sem que para isso pese muito sobre a população, será necessário alargar a cobertura do INPS. A sustentabilidade dos

benefícios do projecto depende em grande parte do sucesso desta extensão. Por outro lado a implementação de um verdadeiro sistema de seguros de doenças constituirá uma estreia em África. Cabo Verde pelo seu tamanho, rendimentos e suas qualificações, parece estar bem posicionado para assumir este desafio.

165. A sustentabilidade dos benefícios esperados depende também do desenvolvimento económico da Região Norte. Um processo de descentralização deve atingir os diferentes aspectos (transportes, outros serviços públicos, novas actividades económicas...). Sem um desenvolvimento de conjunto, será por exemplo difícil mobilizar uma verdadeira participação da população, implantar novas farmácias e instalar definitivamente um pessoal qualificado na região.

D EFEITOS SOBRE O AMBIENTE

166. Um prejuízo pouco reconhecido nos serviços de saúde é a abundância de aparelhos não funcionais e os inconvenientes de sanitários fora de serviço. O projecto tem a ambição de remediar esta situação através de uma melhoria do financiamento e das capacidades de manutenção.
167. A coordenação entre as Câmaras Municipais poderá desenvolver-se noutros domínios ou complementares à saúde. O ambiente e, em particular, os problemas de acesso à água (que é um dos principais determinantes do nível de saúde em Cabo Verde) poderá ser o objecto de uma coordenação Regional similar.

E FACTORES CULTURAIS

168. O projecto tem em conta os factores culturais próprios do país (particularmente no que se refere às expectativas da população e limites da participação comunitária). Por exemplo, existe actualmente um hábito de se deslocar aos serviços especializados e aos serviços de urgência por qualquer problema de saúde. A reticência em pagar nos serviços públicos é ainda enorme. A desconfiança em relação ao sector privado é grande, mesmo que os laços mais ou menos oficiais sejam frequentes. Finalmente o recurso ao Estado é muitas vezes esperada como sendo a única solução.
169. O projecto visa no entanto inverter estes tipos de comportamento e a sustentabilidade do projecto só será assegurada por uma verdadeira mudança de hábitos. Por isso dá-se ênfase à informação e à implicação dos utentes (com acções de comunicações) mas trata-se de um trabalho de longa duração. Felizmente numerosas acções do Governo vão neste sentido e o projecto é também apoiado neste esforço por outros projectos (particularmente o do 8º FED que visam também descongestionar o Hospital da Praia). O projecto estará contribuindo bastante para as mudanças de mentalidade ao criar uma experiência piloto no interior do país, ao implicar o INPS nas acções em favor da população rural, ao aplicar conceitos modernos nos cuidados de saúde de base.

Anexos

ANEXO A :	ORÇAMENTOS
ANEXO B 1 :	QUADRO LÓGICO
ANEXO B2 :	APRESENTAÇÃO SIMPLIFICADA
ANEXO C :	CRONOGRAMA
ANEXO D1 :	DESCRIÇÃO DE POSTOS
ANEXO D2	DESCRIÇÃO DOS ÓRGÃOS DE SEGUIMENTO
ANEXO E :	TRABALHOS E EQUIPAMENTOS
ANEXO F :	ANEXOS TÉCNICOS
ANEXO G :	BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTAÇÃO