

UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
ESCOLA DE NEGÓCIOS E GOVERNAÇÃO
MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

**Modelos de Gestão em Saúde: Proposta de Implementação de Medicina de
Família e Comunidade na Região Sanitária Santiago Norte**

Aniceto Tavares dos Santos

Orientador: Professor Doutor Artur Jorge Correia

Praia/ Cabo Verde

2021

UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
ESCOLA DE NEGÓCIOS E GOVERNAÇÃO
MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

**Modelos de Gestão em Saúde: Proposta de Implementação de Medicina de
Família e Comunidade na Região Sanitária Santiago Norte**

Aniceto Tavares dos Santos

Orientador: Professor Doutor Artur Jorge Correia

Praia/ Cabo Verde

2021

UNIVERSIDADE DE CABO VERDE
ESCOLA DE NEGÓCIOS E GOVERNAÇÃO
MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

**Modelos de Gestão em Saúde: Proposta de Implementação de Medicina de
Família e Comunidade na Região Sanitária Santiago Norte**

Aniceto Tavares dos Santos

Orientador: Professor Doutor Artur Jorge Correia

Praia/ Cabo Verde
2021

Aniceto Tavares dos Santos

Modelos de Gestão em Saúde: Proposta de Implementação de Medicina de Família e Comunidade na Região Sanitária Santiago Norte.

Esta Dissertação, realizada sob a orientação do professor Doutor Artur Correia, é apresentada como requisito para obtenção do Grau de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, na Universidade de Cabo Verde.

Praia, 29 de Janeiro 2021

Praia/ Cabo Verde
2021

Analisado e aprovado pelos membros do Júri

Professor, DOUTOR Artur Jorge Correia

/Orientador/

Professor, DOUTOR Ailton Gomes Moreira

/Presidente/

Arguente (s)

Professor, DOUTOR António Pedro Delgado

Professor, MESTRE José Rui Ramos Moreira

Praia, 8 de Abril de 2021

Praia/ Cabo Verde

2021



Praia/ Cabo Verde
2021

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio da Universidade de Cabo Verde, seus docentes e o coordenador do curso, o Doutor Carlos Fontáinhas Mendes, bem como a participação e contribuição dos profissionais de saúde da atenção primária, da Região Sanitária Santiago Norte, onde foi desenvolvido o presente trabalho, especialmente os que fizeram parte deste estudo. A todos, os meus sinceros agradecimentos.

Ao referido coordenador do curso que esteve sempre presente, ainda endereço os meus agradecimentos pelo apoio científico e intelectual.

Ao meu orientador, Professor Doutor Artur Jorge Correia, os meus agradecimentos pela disponibilidade para orientação, incentivo, empenho e paciência.

Especial agradecimento ao Carlos Manuel Cansado Martins, pela forma como me incentivou e apoiou em toda trajetória deste trabalho, sobretudo das conversas incomensuráveis que tivemos inerentes à temática.

À direção da Região Sanitária Santiago Norte, em especial o enfermeiro José Upuz que muito colaborou para disponibilização dos dados, expressos no resultado deste trabalho, os meus agradecimentos.

Um agradecimento fraterno aos meus familiares, pelo companheirismo, encorajamento e apoio incondicional.

Agradeço a Deus, por me conceder saúde, suporte familiar e profissional para continuar a insistir na senda dos desafios da vida.

RESUMO

Esta dissertação foi realizada no âmbito do mestrado em “Gestão e Economia da Saúde”, ministrado pela Universidade de Cabo Verde, Escola de Negócio e Governação, entre 2017 a 2019. Trata-se de um estudo de caso, baseado em elementos quantitativos e qualitativos. Os trabalhos decorreram entre Junho de 2018 a Agosto de 2020 e tiveram como objetivo a elaboração de uma proposta de implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade (PMFC) na Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), o Município de Santa Catarina de Santiago como experiência piloto para a sua implementação visando, reorganizar o modelo atualmente seguido. Para a prossecução dos trabalhos, procedeu-se à realização de um inquérito, por questionários, junto dos profissionais de nível primário e à aplicação de uma *check-list*, por via da observação direta, nos serviços de nível primário da RSSN. A metodologia sustentou em elementos que permitiu recolher subsídios que pudessem ajudar avaliar se existem condições prévias favoráveis para a implementação do PMFC, através do questionário, aplicado aos profissionais de nível primário sob termo de consentimento informado e *check-list*, através de observação nos serviços de nível primário da RSSN. O resultados obtidos revelam que existe um bom nível de gestão e planeamento das atividades nas unidades de saúde. Igualmente, os profissionais mostraram intenção de continuarem nas suas estruturas de saúde, aspeto considerado fundamental para um Programa de Medicina de Família e Comunidade, porquanto constitui um indicador importante na criação e manutenção de vínculo com as comunidades, evitando mobilidade de equipas que integram o PMFC. Os resultados permitiram, igualmente, notar a existência de algumas estruturas em mau estado de conservação física ou não funcionais, podendo constituir uma ameaça à segurança dos profissionais e utentes. Ainda, os resultados do estudo mostram que existem condições básicas de acesso às estruturas de saúde na região, num contexto geográfico e epidemiológico onde encontra-se pelo menos, uma unidade de saúde próxima das comunidades, sendo estas uma das condições básicas para a implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade. Concluiu-se que que, pese embora as dificuldades existentes, pode-se considerar as condições mínimas para a implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade na RSSN alternativo ao modelo atualmente seguido.

Palavra Chaves: Medicina de Família e Comunitária; Atenção Primária; Modelo Assistencial.

ABSTRACT

This dissertation was carry out under the scope of the master's degree in Healthy management and Economy provided by University of Cabo Verde, Governance of Business School, between 17ts to 19ts. This is a case study based on quantitative and qualitative elements. These works took place between June, 2018 to August 2020, and had as a goal drawing up a proposal to implement a health family program and community (PMFC) in Santiago Norte Healthy Region (RSSN), the municipal of Santa Catarina of Santiago with the experimental experience to the implementation and aim for, reorganize the followed actual model, to the proceeding the works, was made an investigation through questionnaires with the consent of the primary level of professionals, and the application of a check-list through the direct observation , in the primary level of service RSSN. The methodology sustain in element that permits to collect benefit that can help to evaluate if exist initial conditions favorable to the implementation of PMFC through the questionnaire, applied in the professionals primary level under the term of informed agreement and check-list through the observation in the primary level service of RSSN. The obtained results reveal that exist a good level of management and planification of the activities in the health center. Equally the professionals showed intention to continue in theirs health structure, aspect that approved to be fundamental to health family program and community, therefore it constitute an important indicator in the establishment and maintenance of the relationship with the communities, avoiding team mobility that integrate the PMFC. The results permit, equally, note the existence of some structure in bad physical conservation condition or not functional, being able to constitute a threat to the professional security and the user. Even the study results showed that exist basic access condition to the region health structure, in epistemological geographic context where stand at least, a health unit next to the community. Being these one of the basic conditions to the implementation of the health family program and community. It is concluded that although the existent difficulties balance, that exist the minimum condition to the implementation of a health family program and community of SNHR alternated actual model followed.

Key words: Communal Health Family, Primary Attention, Essential Model

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIDS - Síndrome Imunodeficiência Adquirida

ANMCV - Associação Nacional dos Municípios de Cabo Verde

APS - Atenção Primária de Saúde

CSA - Centro Saúde de Assomada

CSSCZ - Centro Saúde Santa Cruz

CSSM - Centro Saúde de São Miguel

CSSSM - Centro Saúde de São Salvador do Mundo

CST - Centro Saúde Tarrafal

CV - Cabo Verde

DAB - Departamento de Atenção Básica

DGDAL - Direção Geral da Descentralização e Administração Local

DST - Doença Sexualmente Transmissível

ESFC - Equipa de Saúde da Família e Comunidade

EUA - Estados Unidos da América

GTRSSN - Gabinete Técnico da Região Sanitária Santiago Norte

H1 – Hipótese 1

HSRV - Hospital Santa Rita Vieira

INE - Instituto Nacional de Estatística

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MFC - Medicina Familiar e Comunitária

MFC - Médico de Família e Comunidade

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan Americana da Saúde

P.P – Pergunta de Partida

PND - Plano Nacional de Desenvolvimento

PS - Posto Sanitário

PSFC - Programa de Saúde da Família e Comunidade

RSSN – Região Sanitária Santiago Norte

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SIAB - Sistema de Informação Básica

SIS - Sistema de Informação Sanitário

SIU - Sistema de Informação de Utente

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for Social Science*

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

USB - Unidade Sanitária de Base

USFC - Unidade de Saúde da Família e Comunidade

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Índice de Figuras

Figura 1 -Diagrama de Williams.	18
Figura 2 - Indicadores sócio-demográficos da RSSN.....	29
Figura 3: Estruturas da RSSN e respetivos Municípios (Adaptado de ArQuiGiz, 2019).....	43
Figura 4 - Localização geográfica da Região de Santiago Norte	75
Figura 5 - Proposta do Sistema de Informação do Utente (SIU) do PMFC.....	79

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução comparativa entre urgências e consultas na RSSN.....	31
Gráfico 2 - Variações Urgência/Consulta e Consulta/ Urgência.	32
Gráfico 3 - Número de crianças menores de 1 ano, completamente vacinados de 2010 á 2017.	38
Gráfico 4 - Distribuição dos participantes por idade.	49
Gráfico 5 - Distribuirão dos participantes por função nas estruturas de saúde da RSSN.	50
Gráfico 6 - Avaliação pessoal do nível de planeamento em função do número total de profissionais.	51
Gráfico 7 - Condições para escolha do próprio médico.....	54
Gráfico 8 - Das 33 estruturas de nível primário de saúde avaliadas na RSSN.	58
Gráfico 9 - Identificação das instalações e dos profissionais.....	58
Gráfico 10 -Acessibilidade às instalações.	59
Gráfico 11 - Áreas específicas para diferentes atividades.	60
Gráfico 12 -Áreas específicas para diferentes atividades.	61
Gráfico 13 - Equipamentos e Comunicação.	62
Gráfico 14 - Equipamentos necessários para realização das atividades de nível primário.	63
Gráfico 15 - Equipamentos e instalações.....	64

Índice de Quadros

Quadro 1 - Dinâmica demográfica por Concelho da Região Sanitária Santiago Norte.....	30
Quadro 2 - Número de atendimento, referência, internamento e contra-referência.	30
Quadro 3 - Variações Urgência/Consulta e Consulta/ Urgência.	31
Quadro 4 - Números relacionados com a demora média de internamento e taxa de ocupação.....	32
Quadro 5 – Número demora média de internamento e taxa de ocupação.	33
Quadro 6 - Estruturas de saúde por Concelho da RSSN.	33
Quadro 7 - Técnicos de saúde afetos aos serviços de nível primário e secundário na RSSN, ano 2017.....	34
Quadro 8 - Enfermeiro/ 10000 habitantes.	34
Quadro 9 - Médico/10000 habitantes.	35
Quadro 10 - Grávidas estimadas e número de consultas de pré- natal, ano 2008 – 2017.....	35
Quadro 11 - Gravidez na adolescências por números grávidas estimadas, ano 2008 – 2017.....	36
Quadro 12 - Número de partos assistidos por profissionais de saúde na RSSN.....	36
Quadro 13 - Pós-parto nas estruturas de saúde da RSSN.	37
Quadro 14 - Primeiras consultas de crianças menores de 1 ano na RSSN entre 2008 a 2017.	37
Quadro 15 - Taxa de cobertura vacinal na RSSN.....	38
Quadro 16 - Taxa de óbitos infantis e juvenis na RSSN.	39
Quadro 17 - Óbitos materno registado entre os anos 2010 a 2017 na RSSN.	39
Quadro 18 - Taxa de mortalidade geral.....	40
Quadro 19 - Distribuição dos participantes pelos Centros de Saúde da RSSN.	48
Quadro 20 - Distribuição dos participantes por sexo.	49
Quadro 21 - Características das medidas centrais de tendência estatística nos participantes.....	49
Quadro 22 - Distribuição tendo em conta a disponibilidade de continuidade dos profissionais.	50
Quadro 23 - Planeamento de atividades.	51
Quadro 24 - Envolvimento dos profissionais nas atividades dos Centros de Saúde.	51
Quadro 25 - Desenvolvimento do trabalho de equipa nas estruturas de saúde.....	52
Quadro 26 - Promoção de Iniciativas de Trabalho de Equipa.....	52
Quadro 27 - Gestão de recursos.	52
Quadro 28 - Recursos suficientes para execução das atividades.....	53
Quadro 29 - Incentivos de fixação de quadro.....	53
Quadro 30 - Conhecimento sobre direitos e deveres dos cidadãos na estrutura.....	53
Quadro 31 - Existência de orientações escritas para incidentes, erros e queixas.	54
Quadro 32 - Tabulação cruzada de escolha e mudança de médico..	55
Quadro 33 - Tabulação cruzada entre função e opção de continuar na estrutura.	55
Quadro 34 - Continuidade e integração de cuidados.....	55
Quadro 35 - Comunicação entre profissionais e utentes.	56
Quadro 36 - Linhas de orientações e protocolos funcionais.....	56
Quadro 37 - Políticas de prescrição de fármacos.	56
Quadro 38 - Registos clínicos.	57

Quadro 39 - Estruturas de saúde por Concelhos da RSSN.....	57
Quadro 40 - Acessibilidade às instalações.	59
Quadro 41 - Áreas específicas para diferentes atividades.	60
Quadro 42 - Equipamentos informático * formação dos profissionais.	61
Quadro 43 - Tipo de Estrutura de Saúde * Equipamentos Necessários.	62
Quadro 44 - Tipo de estrutura de saúde * equipamentos instalações.	63
Quadro 45 - Estruturas de saúde primária da RSSN.	65
Quadro 46 - Análise SWOT.	73
Quadro 47 – Evolução comparativa da população de CV, SC e RSSN de 2008– 2017.....	75

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS.....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VII
ÍNDICE DE QUADROS	VIII
CAPÍTULO - I.....	1
1. INTRODUÇÃO	1
1.1. O PROBLEMA – JUSTIFICAÇÃO DA PESQUISA	2
1.2. HIPÓTESE	5
1.3. OBJETIVOS.....	6
1.3.1. OBJETIVO GERAL.....	6
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
1.4. A ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	6
2. CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE EM CABO VERDE	7
2.1. CONTEXTO SANITÁRIO ANTES DE 1975	7
2.2. CONTEXTO SANITÁRIO DURANTE 1975.....	8
2.3. CONTEXTO SANITÁRIO DE 1975-1990.....	8
2.4. CONTEXTO SANITÁRIO 1991 – 2000.....	8
2.5. INFRAESTRUTURAS E OUTROS RECURSOS	9
2.6. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	10
3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
3.1. SISTEMAS DE SAÚDE	11
3.2. MODELOS DO SISTEMA DE SAÚDE.....	11
3.3. O MODELO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	13
3.4. MODELOS DE GESTÃO	14
3.5. MODELOS DE GESTÃO NA SAÚDE	16
3.6. ECONOMIA DA SAÚDE	16
3.7. CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE.....	18

3.8.	MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	20
3.9.	OBJETIVOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	24
3.10.	CARACTERÍSTICAS DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....	25
3.11.	MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	26
3.12.	FUNÇÃO DO MÉDICO DA FAMÍLIA E COMUNIDADE	27
4.	REGIÃO SANITÁRIA SANTIAGO NORTE (RSSN).....	28
4.1.	DINÂMICA DEMOGRÁFICA POR CONCELHO DA RSSN	30
4.2.	ATENDIMENTOS DOS UTENTES NA RSSN	30
4.3.	EVOLUÇÃO DAS VARIAÇÕES ENTRE URGÊNCIA E CONSULTA, ANO 2010 – 2017	31
4.4.	ESTRUTURAS SANITÁRIAS DA REGIÃO SANTIAGO NORTE	33
4.5.	PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DAS ESTRUTURAS DA RSSN, ANO 2017.....	33
4.6.	PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DAS ESTRUTURAS DA RSSN, ANO 2017.....	34
4.7.	RÁCIO ENFERMEIROS E MÉDICOS POR 10000 HABITANTES NA RSSN.....	34
4.8.	PRINCIPAIS INDICADORES DE MORBILIDADE	35
	CAPÍTULO - II	41
5.	MATERIAL E MÉTODOS	41
5.1.	TIPO DE ESTUDO	41
5.2.	LOCAL DE ESTUDO	42
5.3.	A POPULAÇÃO E A AMOSTRA	44
5.4.	OS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE AMOSTRA.....	44
5.5.	AS ETAPAS DA INVESTIGAÇÃO	45
5.6.	INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	45
5.7.	ANÁLISE DE DADOS	46
5.8.	ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS.....	46
5.9.	ANÁLISE DAS CHECK-LIST.....	47
5.10.	IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS	47
	CAPÍTULO – III	48
6.	RESULTADOS	48
6.1.	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS QUESTIONÁRIOS.....	48
6.2.	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS <i>CHECK-LIST</i>	57
	CAPÍTULO – IV	66
7.	DISCUSSÃO	66
8.	PROPOSTA PARA IMPLEMENTAÇÃO DE PMFC.....	73
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
10.	RECOMENDAÇÕES	89

11.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
12.	ANEXOS.....	95
	ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO MODELO MONIQUOR, ADAPTADO.	95
	ANEXO 2 - <i>CHECK-LIST</i> MODELO <i>MONIQUOR</i>.	102
	ANEXO 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO.	104
	ANEXO 4 – ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PRIMÁRIA NA RSSN, 2017.....	106

CAPÍTULO - I

1. Introdução

Esta dissertação cujo título é Modelos de Gestão em Saúde: Implementação de Medicina de Família e Comunidade na RSSN, enquadra-se no estudo desenvolvido no Curso de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde e ministrado pela Universidade Cabo Verde, sob coordenação da Escola de Negócio e Governação, para obtenção do grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde. O objetivo geral é propor a implementação de Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), iniciando como experiência piloto, no Município de Santa Catarina de Santiago.

Realizou-se a pesquisa bibliográfica, insistindo na trajetória histórica que originou a MFC, procurando contribuições nos editados pela Conferência de Alma-Ata através da Organização Mundial da Saúde (OMS) e WONCA EUROPA (The European Society of General Practice/Family Medicine), bem como experiências em alguns países que passaram pelo processo de implementação de Medicina de Família e Comunidade e a estratégia de operacionalização da sua implementação.

O debate sobre as formas de organização das práticas de saúde tem sido intenso, tanto no âmbito político quanto no plano académico (Fertonani & al, 2015).

Com efeito, a busca de novos modelos de assistência decorreu de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico deixou de atender à emergência das mudanças do mundo moderno e consequentemente, às necessidades de saúde das pessoas (ROSA W.A.G, 2015).

O modelo teve claras repercussões negativas para o sistema de saúde e para a sociedade porque ofereceu uma atenção fragmentada, sem coordenação entre níveis de assistência, e que potencializou a polimedicação e a iatrogenia para uma população cada vez mais envelhecida, com problemas mais complexos e com maior necessidade de coordenação do cuidado (ANDRADE, OLIVER, & MELO, 2011).

A partir da Conferência Internacional de Alma Ata¹, em 1978, ganharam força as ideias da Medicina Comunitária, também chamada de “Cuidados Primários de Saúde” que,

¹ Em Setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, o qual expressava a “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde,

posteriormente, vieram a ser reforçadas por outros investigadores, que partilhavam da ideia de que a formação médica não pode ser apenas nos hospitais de ensino especializado, mas também junto do indivíduo e da comunidade (HUBNER & FRANCO, 2007).

A principal estratégia que adotaram para seguir a orientação da OMS e fortalecer os CPS, praticamente sem exceção, foi investir na formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade (RODRIGUES & ANDERSON, 2011)

Segundo AGUIAR (1998) citando Almeida (1995), a partir dos anos 60, os resultados alarmantes em termos de custos, iatrogenia e utilização tecnológica desenfreada, consequentes das opções políticas de saúde do período pós-guerra, centradas na assistência médico-hospitalar, impulsionaram a revisão das práticas assistenciais e o surgimento ou reatualização de modalidades alternativas de prestação de assistência médica, extra-hospitalares, como a Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, o Médico de Família e a Atenção Primária .

Os serviços para as famílias de uma comunidade deveriam ter como base a atenção primária de saúde, que oferecesse serviços de Medicina Curativa e Preventiva a cargo de médicos clínicos gerais, de uma enfermagem eficiente, que contasse com a colaboração de consultores e especialistas visitantes. Os centros primários de saúde deveriam estar sincronizados com centros secundários de saúde e estes com um hospital, inclusive de cariz universitário, beneficiando, dessa forma, os pacientes e o próprio pessoal médico, que poderiam acompanhar todas as etapas de uma doença, familiarizar-se com o tratamento e perceber as necessidades do paciente após a alta (CAMPOS, 2016).

1.1.O problema – Justificação da pesquisa

O Sistema Nacional de Saúde dispõe de uma rede física capacitada para prestação de cuidados de saúde em diferentes níveis de complexidade cujo modelo está organizado e hierarquizado na lógica de complementaridade, vinculado ao modo de referência e contra referência.

do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”, onde compõe 10 itens que enfatizam os Cuidados Primários de Saúde (**CPS**), salientando a necessidade de atenção especial aos países em desenvolvimento. Exortando os governos, a OMS, a UNICEF e as demais entidades e organizações, a declaração defende a busca de uma solução urgente para estabelecer a promoção de saúde como uma das prioridades da nova ordem económica internacional.

A Lei nº 41/VI/2004, de 5 de Abril, que estabelece as bases do Serviço Nacional de Saúde, no seu nº3, do artigo 21º, orienta que o acesso aos cuidados de saúde obedece ao princípio de utilização hierarquizada da rede sanitária, salvo nos casos de urgência, uma orientação que deveria ser respeitada e disciplinada na procura dos serviços de saúde.

A procura dos serviços de saúde na RSSN tem sido livre e espontânea, verificando um aumento significativo da procura de atendimentos nas unidades de urgências, que em 2017 correspondia a 79% (ver anexo 4) do total de atendimento, que acaba por sobressair como problema para o sistema de saúde.

Assim, importa estudar cenários de reorganização dos serviços, na certeza de que os cuidados primários de saúde deverão ser prestados através das equipas de saúde da família e comunidade, sendo os níveis secundário e terciário envolvidos quando necessários.

Nesta alternativa ao modelo, o Programa de Medicina de Família e Comunidade, suportando na experiência do MS (Brasil 2000 – a), deverá ser compreendida da seguinte forma:

- **Substituição** – o PMFC não significa criação de novas estruturas de serviços, implementá-lo significa substituir as práticas tradicionais de prestação de cuidados, com foco nas doenças, por um novo processo de trabalho, comprometido com solução dos problemas de saúde, a prevenção das doenças e promoção da qualidade de vida da população.
- **Integridade e hierarquização** - o PMFC estará inserido no nível primário dos serviços de prestação local de cuidados, vinculada à rede de serviços, de forma que garanta cuidado integral aos indivíduos, famílias e comunidades, de modo que sejam asseguradas a referência e contra referência para serviços de maior complexidade.
- **Territorialização e cadastramento da população** - o PMFC trabalha com o território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população vinculada a esta área (Santana M. L., 2001).

Do ponto de vista académico, vários estudos demonstraram que existem evidências internacionais sobre a efetividade da medicina de família no melhoramento dos sistemas de saúde, a partir da reorganização da capacidade humana em equipas multidisciplinares que aumentaram a capacidade de resolução clínica, gestão e educação no nível primário.

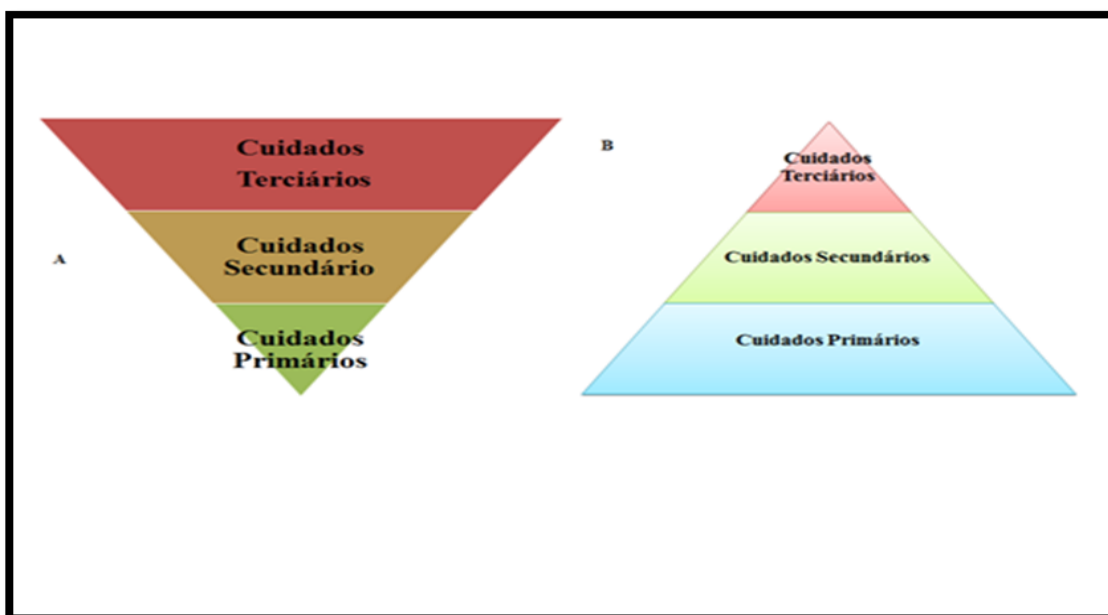
Do ponto de vista político e social, a nível nacional, para melhorar a gestão e o desempenho das unidades de saúde, constou no Programa do Governo, a institucionalização do médico de família e aposta na saúde familiar, bem como implementação de um programa de

especialização em medicina geral e familiar e sua distribuição adequada pelos vários Centros de Saúde, com incentivos adequados à sua fixação (CV, 2016-2021).

Considera-se o programa viável pelo fato de não necessitar de grandes investimentos, apenas o comprometimento e a participação dos recursos humanos existentes.

Na figura 1 é representada a tendência atual de investimento por níveis de cuidados de saúde. Ou seja, o triângulo “A” apresenta a tendência atual e “B” seria a proposta ideal, prevendo completamente invertido caso seja introduzido o PMFC nos Cuidados Primários de Saúde em Cabo Verde.

Figura 1: Tendência de investimento por níveis de cuidados de saúde.



Universalmente é aceite que um sistema de saúde assente numa estrutura sólida, bem organizada e eficiente de CSP, apresenta maior equidade e tem melhores resultados em saúde e satisfação das populações. É mais notório ainda num sistema de saúde continuamente desafiado por novos paradigmas de doença e necessidades em saúde, com o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crónicas, a par de uma crescente limitação da capacidade de financiamento da despesa.

O custo médio de um episódio de urgência num hospital central, com o seu alto nível tecnológico, é mais elevado que o custo por consulta médica num centro de saúde. Consequentemente, um sistema de saúde que foque a assistência ao doente num suporte que lhe é acessível, com quem está familiarizado e em que confia através de uma rede de CSP bem

organizada e eficiente, reduzirá certamente em larga escala a taxa de utilização dos serviços de agudos dos hospitais, contribuindo para um sistema mais sustentável e mais saudável (Magalhães, 2013).

É nesta perspectiva que a proposta da implementação do Programa de Família e Comunidade revela-se oportuno, no sentido de compreender as necessidades em termos de políticas, infraestruturas, recursos humanos, com vista à sua integração na rotina de prestação de cuidados de saúde na RSSN.

Assim, coloca-se a seguinte pergunta de partida:

Será que existem condições básicas para Implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade dentro do contexto sanitário da RSSN?

1.2. Hipótese

A hipótese norteia a pesquisa, sendo submetida a testes para que se possa verificar se é ou não a solução do problema. Na exposição de Popper, o método hipotético-dedutivo pode ser resumido em três etapas: problema, conjectura, e tentativa de falseamento. Cabe à observação e experimentação, entre outros meios, o papel de testar as hipóteses levantadas na busca da solução de um problema, com objetivo de refutá-las. A hipótese permanece válida enquanto não for refutada (Martins & Theóphilo, 2009).

É nesta perspectiva que a pesquisa sobre Medicina de Família e Comunidade se revela necessária para se compreender a sua trajetória histórica, sendo que com base no problema identificado e no respetivo questionamento, colocam-se as seguintes hipóteses:

H - Existem condições básicas para implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade que contribuiria para o equilíbrio de acesso na procura dos serviços de saúde na Região Sanitária Santiago Norte.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo geral

Face ao exposto, esta investigação pretende procurar conhecimento na área de Medicina de Família e Comunidade num contexto internacional, procurando, com isso, melhor compreensão do seu processo de implementação e adaptação ao sistema de prestação de cuidados, especialmente no nível primário.

1.3.2. Objetivos específicos

- Descrever os conteúdos teóricos inerentes à temática, focalizando em alguns países que passaram pelo processo de implementação do Programa de Medicina de Família e Comunidade, procurando subsídios que possam ser adaptados para implementação na RSSN;
- Analisar e comparar os atendimentos dos utentes nas estruturas de saúde da RSSN;
- Avaliar a especificidade (potencialidade, oportunidade, dificuldades e desafios) de cada estrutura sanitária do nível primário da RSSN, através de aplicação de um inquérito, por questionários, e de uma check-list, analisando se existem as condições básicas para implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade na RSSN.
- Propor Implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade (MFC) na Região Sanitária Santiago Norte, iniciando no Município de Santa Catarina de Santiago.

1.4. A estrutura da dissertação

Esta dissertação organiza-se em quatro capítulos:

Capítulo I - Reservado à introdução, com a identificação do tema, a descrição do problema e a justificação de necessidade do estudo, a identificação dos objetivos, a evolução do contexto histórico da política de saúde (contexto sanitário antes de 1975, em 1975; 1975 – 1990; 1991 – 2000), os conceitos e teorias inerentes ao sistema e gestão

de saúde e, por último, uma revisão sucinta sobre o Programa de Medicina de Família e Comunidade.

Capítulo II – Corresponde à metodologia e incluindo a descrição da tipologia do estudo, da população e da amostra, das técnicas e instrumentos de recolha de dados utilizados, das etapas da pesquisa, da análise de dados e dos aspetos éticos que nortearam a implementação da pesquisa.

Capítulo III – Faz-se a apresentação de resultados dos estudos.

Capítulo IV - Reservado à análise da validade interna dos dados da pesquisa e à discussão dos principais resultados, às conclusões, recomendações e à proposta para implementação do PMFC no Município de Santa Catarina de Santiago.

2. Contexto Histórico da Política de Saúde em Cabo Verde

2.1. Contexto sanitário antes de 1975

Os mais antigos registos sobre os serviços de saúde em Cabo Verde datam desde o período colonial.

Pela Carta de Lei de 30 de junho de 1474, D. Manuel mandara construir, na Vila da Ribeira Grande, na Ilha de Santiago, o primeiro hospital da Colónia. Este hospital nunca chegara a funcionar, dado que as verbas a ele destinadas foram omissas pelos responsáveis por sua administração (Gomes, 2006).

Tal situação só fora solucionada em 1556, aquando do bispo de Cabo Verde, D. Frei Francisco da Cruz, mandara construir o Hospital de Santa Casa de Misericórdia, que contara com grande participação financeira dos habitantes das ilhas e o resgate de alguns pertences do hospital que D. Manuel mandara construir (Gomes, 2006).

Entre 1851 e 1856 iniciou-se em Cabo Verde uma nova organização dos serviços de saúde e suas medidas regulamentares, a conclusão do Hospital da Misericórdia, fornecimento de água ao hospital, aquisição de algum equipamento cirúrgico e propostas de nomeação de pessoal e melhoria dos salários (Gomes, 2006).

Entre 1856 e 1895, fez-se mais uma reorganização dos serviços de saúde, com a criação de Regulamento Geral de Saúde, reorganização de quadros dos serviços de saúde, regulamentação da venda de medicamentos, estabelecimento do número máximo de dias de internamento, organização das estatísticas médicas, regulamento para o serviço de saúde pública e o regulamento hospitalar de Cabo Verde (Gomes, 2006).

2.2. Contexto sanitário durante 1975

A cinco de Julho de 1975 os militares portugueses deixaram o país. Mesmo os médicos, sabedores da situação de saúde de então, retiraram-se, deixando para trás uma população totalmente sem assistência. Como consequência da lógica do sistema colonial e das condições então vigentes à data da Independência, Cabo Verde viveu aquilo que designou de deserto sanitário. Os serviços de saúde caracterizaram-se por um número reduzido de infraestruturas degradadas, recursos humanos pouco diversificados e concentrados nos hospitais localizados nos centros urbanos mais importantes, Praia e Mindelo, onde foram praticadas tanto a atenção primária quanto ações especializadas.

As ilhas foram servidas por postos sanitários praticamente sem equipamentos nem medicamentos, tendo à frente enfermeiros de nível geral que prestaram todo tipo de atendimento. Os postos foram esporadicamente visitados por clínicos gerais que fizeram triagem dos doentes mais graves e enviaram para os dois hospitais (Gomes, 2006).

2.3. Contexto sanitário de 1975-1990

Os principais problemas de saúde da população infantil, com uma elevada taxa de mortalidade, foram as doenças diarreicas, respiratórias agudas, avitaminoses e outras deficiências nutricionais. De acordo com informação do I Plano de Desenvolvimento Nacional, os dados da época, apontaram para uma taxa de mortalidade geral de 10,4 por mil e mortalidade infantil de aproximadamente 108 por mil nascidos. Na mesma época não se dispunha de dados referentes à mortalidade materna. Entretanto, identificou-se um conjunto de problemas relacionados com a baixa cobertura e má qualidade da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério (Gomes, 2006).

2.4. Contexto sanitário 1991 – 2000

A conjuntura política nos anos 90 em Cabo Verde caracterizou-se pela introdução de mudanças no regime político e na organização do governo, num contexto marcado pela disputa político-partidário que no final da década, conduziu a uma mudança de forças no poder, em consequência, a vitória do MPD (Movimento Para Democracia), implicou um novo movimento político em Cabo Verde, designado Nova República ou Segunda República.

Foi o período que, a nível político-institucional, marcou pela introdução de alterações na Constituição do País e na legislação do Sistema Nacional da Saúde de então.

Mesmo antes das alterações efetuadas na Constituição, foi elaborado o III Plano Nacional de Desenvolvimento pelo então governo da Primeira República. em 1990, o qual só entrou em ação, a partir de 1992 até 1997.

O III Plano Nacional de Desenvolvimento (III PND) contou com o diagnóstico prévio da situação de saúde e identificação dos principais obstáculos inerentes à consolidação do Sistema Nacional de Saúde, os quais apontaram, as deficiências de infraestrutura, organização e funcionamento dos serviços, carências qualitativas de técnicos de saúde, a fraca diferenciação dos Hospitais Centrais e os reduzidos recursos financeiros.

Os objetivos do plano incentivaram o esboço dos programas necessários para ações dos cuidados primários, os quais destacaram educação para saúde, proteção materno infantil e planeamento familiar, vacinação alargada, combate às doenças com alta incidência nos grupos socialmente menos favorecidos.

Continuando cada vez mais, na procura de melhor resposta para saúde da população, em dezembro de 1999, o Ministério da Saúde elaborou uma proposta para a Nova Carta Sanitária, definida como o ordenamento espacial de todo o território, com finalidade de se conseguir uma oferta eficiente e equitativa da atenção da saúde, propôs a criação dos Distritos/Regiões Sanitárias.

Com a institucionalização da Carta Sanitária, propôs-se aproximar os serviços das populações através da Regionalização, um instrumento que permitiu criar espaços com homogeneidade territorial e populacional para uma cobertura mais abrangente e promover a descentralização (Gomes, 2006).

2.5. Infraestruturas e outros recursos

Além dos dois hospitais existentes na Praia e no Mindelo, segundo Gomes (1999), existiram apenas 27 postos de saúde, muitos deles instalados em casa arrendadas e em péssimo estado de conservação e com carência de equipamentos.

Em relação aos recursos humanos, o país contou com 13 médicos, dos quais onze nacionais, 140 enfermeiros (de nível geral e auxiliar) e alguns agentes sanitários vinculados à Brigada de Luta contra Paludismo. As ações de assistência médica predominaram nas áreas urbanas e maioria da população rural ficou entregue aos cuidados de um pequeno grupo de enfermeiros.

Os princípios que orientaram a formulação da Política de Saúde implementada em Cabo Verde a partir de 1975, encontram-se explicitados na legislação elaborada a partir da Independência. Assim, foi a Lei da Organização Política do Estado (LOPE), instrumento da Gestão do Estado de 1975 a 1980, integrou as grandes orientações da política de saúde, que vieram reafirmar na Primeira Constituição da República, promulgada pela então Assembleia Nacional Popular e publicada no BO n.º 41 de 13 de outubro de 1980, proclamado textualmente: *A saúde pública tem por objetivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua inserção equilibrada no meio sócio ecológico em que vive (art.14)*. Ainda no seu artigo 38.º, referiu que *todo o cidadão tem direito à proteção da saúde e o dever de promover e a defender*.

2.6. Organização dos serviços de saúde

No que diz respeito à organização dos serviços de saúde, a Primeira Constituição da República incorporou a proposta “socialização progressiva da medicina e dos setores médico-medicamentosos”, e enfatizou que as ações de saúde devessem orientar-se para prevenção.

Na mesma sequência, a Resolução sobre Saúde e Assuntos Sociais do II Congresso do PAICV decidiu afirmar que “compete ao Estado garantir a prevenção dos cuidados de Saúde ao povo de Cabo Verde e criar condições para sua materialização e que devesse mobilizar os esforços e recursos existentes para a prestação dos cuidados primários.”

Nesse período, 1975 a 1990, foram elaborados o Primeiro e Segundo Planos Nacionais de Desenvolvimento, respetivamente: I PND (1981-1985) e II PND (1986-1990).

O I PND (1981-1985), também se referiu a conveniência de se “evitar ou reduzir o número de serviços ou programas verticais e tentar que, a níveis local e regional, existisse uma concentração das ações das unidades de saúde integradas, capazes de responder à totalidade da procura e não só a algumas situações específicas.

II PND (1986-1990), apresentou como objetivos principais para o setor da saúde, a continuação da melhoria progressiva dos indicadores de saúde, com especial atenção para aqueles que refletiram melhor o resultado do funcionamento dos serviços de saúde e extensão dos cuidados primários a toda população, particularmente nas zonas rurais. (Gomes, 2006).

3. Enquadramento Teórico

3.1. Sistemas de Saúde

A OMS, definiu os sistemas de serviços de saúde como o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (VIACAVA & ALMEIDA, 2004).

VIVACA & ALMEIDA citando Mendes (2002), reiteraram que Sistemas de Saúde são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo.

Os mesmos autores, recorrendo Roemer (1991), definiram Sistemas de Saúde, como uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população.

Por outro lado, Field (1973) apud Heideheimer (1975), definiram os Sistemas de Saúde como um mecanismo societal, que transforma recursos generalizados (ou *inputs*) em resultados especializados, na forma de serviços de saúde direcionados para resolver os problemas de saúde da sociedade, alinhado com a legislação e a regulação do sistema político, incluindo o conhecimento científico e a tecnologia, que especialmente na medicina do século XX foram extremamente poderosos. Médicos e outros profissionais de saúde são especialmente treinados e empregados no sistema e configuram componentes cruciais. Finalmente, recursos económicos são necessários para financiar essa estrutura (VIACAVA & ALMEIDA, 2004) .

3.2. Modelos do Sistema de Saúde

O sistema de saúde surgiu nos finais do século XIX, onde teve possibilidade de confrontar com os dois principais modelos que se tornaram plataformas inspiradoras para sistemas de saúde dos diferentes países, à semelhança dos modelos de Bismarck e de Beveridge com o seu Plano Continental e Plano Atlântico respetivamente (AMARAL & LOBO, 2007).

Os sistemas de saúde surgiram com a revolução industrial e vários fatores, inerentes entre si, estiveram na origem da sua criação.

AMARAL & LOBO citando, SIMÕES (2004), destacaram os principais fatores que normalmente estiveram relacionados com o surgimento dos sistemas de saúde, os quais foram: a crescente preocupação com a baixa produtividade associada à doença; o impacto de doenças no ambiente das guerras; e a intervenção política crescente de movimentos socialistas na Europa.

A intervenção política crescente de movimentos socialistas na Europa, motivou a entrada em cena de alguns dos governos de então, com destaque para o estadista alemão Otto Von Bismarck, em 1883, com o seu Plano Continental, que teve como objetivo retirar aos sindicatos a gestão dos seguros de saúde.

Para o custeio do sistema de proteção social, instituiu o sistema tríplice de custeio: Empregadores, Empregado e o Estado. Nesse sistema, somente o Empregado tinha direito à proteção social. Tratou-se, portanto, de um seguro. Sem contribuição não havia direito a qualquer benefício. Esse sistema foi denominado Plano Continental, uma vez que se expandiu por todo o continente europeu.

Segundo AMARAL & LOBO (2007) citando, WHO (2000) a popularidade desta lei junto dos trabalhadores conduziu a Bélgica a adotar uma lei semelhante em 1894 e a Noruega em 1909 (WHO, 2000).

Ainda o mesmo autor, citando MISHRA (1995), afirmou que as medidas de segurança social de Bismarck tiveram, pois, um considerável “efeito de demonstração” não apenas nos países da Europa, mas também nos Estados Unidos da América (EUA).

GOUVEIA & PEREIRA (1997), fizeram referência que nos EUA, o então Presidente Roosevelt, preocupado com a questão social, após a crise de 1929, criou um sistema de segurança social, como ainda hoje existe, embora tenha fracassado na criação de um sistema de saúde com acesso universal.

Este sistema de segurança social, baseou-se no princípio de que o Estado Democrático tem o dever de assegurar a cada cidadão um nível de vida suficientemente digno, acima de tudo, o bem-estar social. Para a sua implementação criou-se a célebre "*Social Security Act*", em 1935, que se tornou a Segurança Social Americana. A partir de então, todo o cidadão norte-americano no momento do seu nascimento é inscrito obrigatoriamente na segurança social.

Ao contrário do sistema criado por Bismarck, que foi de seguro social, que somente protegeu quem contribuiu para o sistema, o sistema de segurança social americano protegeu todos os cidadãos independentemente de contribuição.

Em 1946 ficou conhecido como Plano Atlântico, que se revelou mais amplo que o Plano Continental de Bismarck. Um modelo que conferiu uma proteção desde o primeiro ao último dia de vida, isto é, abrangia uma proteção básica, mas suficiente para que o trabalhador e sua família pudessem sobreviver sem maiores sobressaltos, os piores períodos das suas vidas, o desemprego, a doença e mesmo a morte.

Concluiu-se que a diferença entre o Plano Continental (BISMARCK, 1883) e o Plano Atlântico (BEVERIDGE, 1942), são esses dois modelos que foram adotados em todo o mundo. O Plano Atlântico de Segurança Social é universal, protegia todos os cidadãos, enquanto o Plano Continental não foi mais que um seguro social que protegia apenas aqueles que contribuíram para o sistema. Logo, quem não tinha disponibilidade financeira ficava excluído do sistema.

SIMÕES (2004) reforçou a ideia de que os referidos planos ainda servem de inspiração para os sistemas atuais, nomeadamente obrigando empregadores e empregados a descontarem para seguros de doença, com uma combinação de prestadores públicos e privados, no caso do Plano Continental, ou com um sistema assente essencialmente em receitas fiscais e em serviços públicos, no caso do Plano Atlântico.

3.3. O Modelo do Sistema Nacional de Saúde

O modelo adotado pelo Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde, na era pós Independência, foi pontualmente contestado, centrada não só, na sua conceção, mas pelo facto de não integrar componentes privados lucrativos. As críticas foram compartilhadas por alguns profissionais de saúde e alguns utentes. Entretanto, os referidos componentes nunca foram apoiados por qualquer fundamento justificável, além do apelo ao exercício de um alegado direito natural (Gomes, 2006).

O Sistema público estatal baseou-se nos princípios da universalidade, integridade e equidade e distribuição dos recursos de acordo com as características da situação sanitária da população e suas necessidades de saúde. Tratou-se de um modelo que teve como proposta a integração de um sistema de informação abrangente que cobrisse todo o País e os principais aspetos da situação sanitária, principalmente a vigilância epidemiológica, as causas de morbilidade e mortalidade geral por grupos específicos, e que estivesse ao alcance dos principais programas dos cuidados primários de saúde. Também a nível da administração, defendeu-se a viabilização de uma melhor coordenação do sistema, tendo em conta o conhecimento das necessidades e a gestão dos recursos (Gomes, 2006).

O modelo público e estatal foi definido pelo Ministério, com a proposta de que por mais alguns anos, o Estado assumisse a exclusividade da prestação dos cuidados de saúde.

O aspeto principal que definiu a organização de um modelo misto foi a liberalização do exercício privado da medicina, o que implicou reorganização do setor privado, ao lado do setor estatal.

Os que defenderam o modelo misto, argumentaram que o exercício privado da medicina e a possibilidade de remuneração diferenciada estimulariam os profissionais, gerando um aumento da oferta de serviços à população, bem como maior rapidez no atendimento à demanda.

O modelo foi socializado em todas as esferas da sociedade do país. Uma percentagem significativa dos centros urbanos e maioria dos participantes no debate no meio rural, decidiram que o Sistema de Saúde mais adequado para Cabo Verde, seria o Sistema Público Estatal, pelo que em novembro de 1988, aquando da realização do III Congresso do Conselho Nacional de PAICV, sob lema “Num mundo em transformação, um partido para futuro”. A Política Nacional de Saúde foi alvo de debate nessa instância máxima do Partido, onde a plenária deliberou a liberalização da economia, atribuição ao setor privado de um maior papel, como uma estratégia de integração no mercado internacional.

Presumiu-se que a privatização da prestação de serviços de saúde, aumentaria a equidade de acesso aos cuidados de saúde, um dos objetivos fundamentais da Política Nacional de Saúde (Gomes, 2006).

3.4. Modelos de Gestão

As organizações de saúde, para além de muito complexas, sofrem a influência de importantes mudanças em curso nos sistemas de saúde, em que se integram e constituem novos desafios, com reflexos na sua gestão (REIS, 2004).

Na abordagem dos modelos de gestão, é fundamental a adoção de uma visão contextualizada para o alcance de um entendimento mais efetivo nas organizações. A singularidade existente nas organizações, impede que qualquer modelo de gestão, por mais eficaz que possa aparecer, seja considerado ideal. A adequação dos modelos às características próprias de cada organização é primordial para o sucesso da gestão (FERREIRA, 2009) .

A palavra Modelo, deriva do latim *mudulus*, conduz a molde, forma, e embora utilizada em diferentes contextos e significados diferenciados, implica de algum modo a ideia de organização e ordenamento de partes que compõem um conjunto.

Aconteceu mesmo na área da gestão em que não se pudesse fugir da visão tradicional de que gerir significa organizar e modelar, por meio dos instrumentos e técnicas adequadas, os recursos funcionais e materiais da organização e até mesmo as pessoas que compõem. Os modelos de gestão englobam forma e função. Foi imperioso, porém, distinguir uma da outra,

porque a tendência é pensar-se em modelo como forma, algo estático, determinantes de comportamentos que dele não pudesse desviar-se.

A função foi a preocupação dominante com as organizações nos dias de hoje, tendo em vista a existência de ambiente extremamente instável, devido à abertura dos mercados, à concorrência global e ao rápido avanço de tecnologias, e consequentemente da informação.

Observaram que os modelos de gestão foram modelos cada vez mais integrativos. Eles abrangeram as diversas dimensões estudadas pelas escolas administrativas no esforço de desenvolverem práticas de modelagem organizacional. Foi preciso que os modelos de gestão facilitassem o alcance de níveis elevados de eficiência, eficácia e efetividade, três indicadores diferentes e complementares que podem ser utilizados na avaliação de um modelo de gestão.

Ser eficiente significa desempenhar tarefas de maneira racional, otimizando a relação dos recursos despendidos com os resultados alcançados e obedecendo às normas e aos regulamentos aplicáveis. Uma atividade eficiente, portanto, é aquela que é bem-feita. Já a eficácia, está relacionada ao alcance dos objetivos adotados pela organização. Uma tarefa é considerada eficaz quando produz resultados relevantes, tendo como parâmetros os planos estabelecidos (PARADELA.C.V.F & al., 2009).

Cristina (2014) citando Crozatti (1998), destacou que o modelo de gestão é produto do subsistema institucional e que representa as principais determinações, vontades e expectativas do gestor, de como as coisas devem acontecer na empresa.

A mesma realçou ainda que o modelo de gestão é o instrumento de gestão mais significativo - seria o conjunto de normas e princípios que orientam os gestores na escolha das melhores alternativas para levar a empresa a cumprir sua missão com eficácia.

Caminhando nesta direção, elaboraram um modelo de estudo cujo objetivo, era explicar o conceito de modelos de gestão e sua vinculação com os momentos históricos e os estágios de evolução das empresas. O estudo abrange três níveis conceituais:

- O conceito de "Ondas de Transformação" - trata-se dos grandes momentos históricos de evolução da sociedade humana, cada qual com seus paradigmas próprios relacionados aos aspetos político, económico, social, tecnológico e organizacional;

- O conceito de "Eras Empresariais"- que são os estágios de evolução empresarial, a partir da Revolução Industrial (Segunda Onda de Transformação);

- O conceito de "Modelos de Gestão"- conjunto próprio de concepções filosóficas e ideias administrativas que operacionalizam as práticas gerenciais nas organizações (Cristina & al., 2014).

3.5. Modelos de Gestão na Saúde

Em relação aos modelos de gestão, nenhum país tem um modelo puro e único. Porém, em alguns países pode-se observar uma grande hegemonia de determinada forma de organização e financiamento da saúde que caracteriza o modelo. Assim, quando se diz que um país adota um determinado tipo de sistema, está-se a falar, na verdade, do sistema que predomina naquele país, considerando que estão diretamente relacionados ao sistema económico do país e não estão dissociados das políticas públicas regulatórias (NICOLETTI & Mattos, 2017).

Em Cabo Verde o modelo de prestação de cuidados de saúde, preconizada pela Política Nacional de Saúde, no quadro da reforma do Sector, visa alargar a cobertura da população em atenção primária com respostas eficazes e de qualidade, através da organização duma rede de Centros de Saúde, a nível municipal.

A assistência hospitalar é oferecida em dois níveis, no hospital regional, essencialmente para responder às necessidades de atenção secundária e no hospital central, na sua vertente terciária, para oferecer os cuidados hospitalares, especializados e mais diferenciados.

O sector público da saúde está estruturado em três níveis:

- **o municipal**, como porta de entrada do SNS, organizado à volta do Centro de Saúde como a unidade por excelência para prestar uma atenção primária de qualidade, coincidindo com a divisão administrativa do país em concelhos;
- **o regional**, organizado pela junção funcional de níveis municipais próximos e afins e por dispor de um hospital regional, para prestar uma atenção secundária;
- **o central** que é de abrangência nacional, organizado para garantir a prestação de cuidados de atenção terciária, sobretudo a função hospitalar com progressiva diferenciação e uma competência política e estratégica, de definição e condução da política geral e sectorial de saúde (PNDS, 2012-2016).

3.6. Economia da Saúde

Uma das mais importantes áreas de interesse da economia da saúde é o estudo da função distributiva dos sistemas de saúde. Daí, a preocupação sobre as desigualdades existentes nos serviços de saúde, tendo em vista a equidade possível. A equidade na saúde é um tema muito discutido, em geral conota equidade de acesso aos serviços, mas atinge desde equidade geográfica à equidade por classe social, por faixa etária ou grupo sociocultural, até a equidade de utilização e a equidade de resultados terapêuticos (PIOLA.F.S & al., 2012).

A aplicação da forma de pensar os problemas e de procurar as soluções presente na moderna análise económica ao contexto do setor da saúde e aos diferentes mercados e diversos agentes que nele coexiste, é o que se entende por Economia da Saúde. Neste contexto, a Economia da Saúde deve ser vista como o estudo da afetação de recursos no setor da saúde.

Tem sido habitual ligar o início da disciplina de economia, ao artigo de Kenneth Arow (1963), sobre a incerteza dos cuidados médicos. A Economia da Saúde ganhou projeção, quer pela crescente importância no setor em si nas economias desenvolvidas, quer pelas suas contribuições para teoria económica.

Para se justificar a existência de um ramo próprio da análise económica, denominado Economia da Saúde, há três aspetos fundamentais:

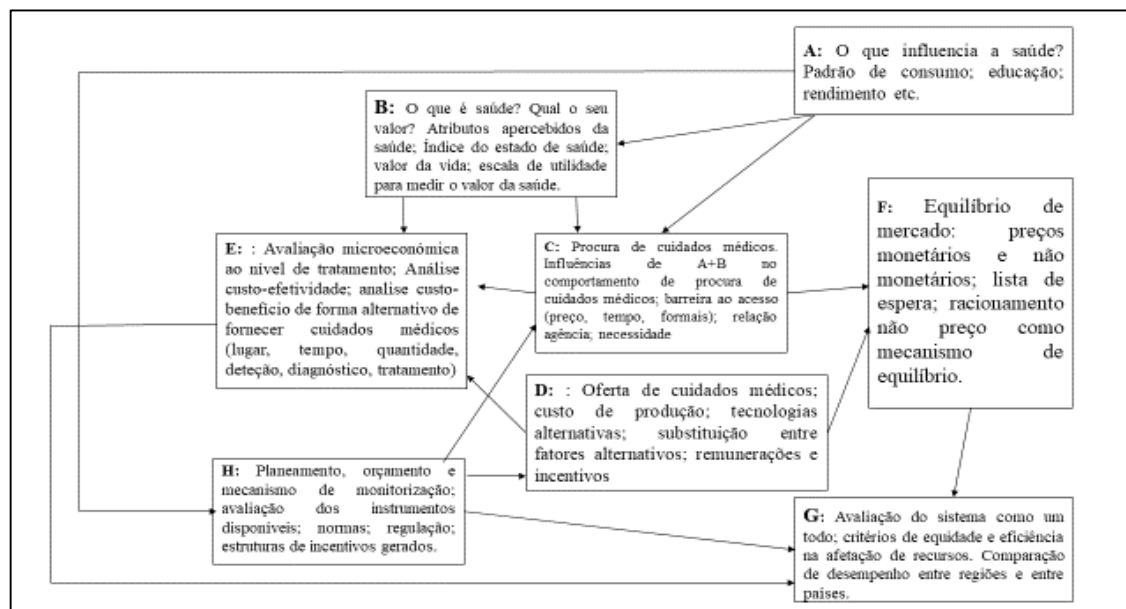
- O setor da saúde é um setor importante em termo de significado económico;
- A análise económica é relevante para se perceber o funcionamento do setor da saúde;
- O setor da saúde tem características próprias que justificam uma metodologia que será, em alguns aspetos, diferente das usadas noutras áreas (BARROS, 2006).

Em termos da abrangência na Economia da Saúde, o diagrama de Williams forneceu uma disposição concetual bastante útil e que permitiu apreciar a complexa teia de relações económicas no setor da saúde, baseado em oito aspetos que fundamentam a economia da saúde: **A** - Saúde: o que influencia a saúde? Padrão de consumo; educação; rendimento. **B** - o que é saúde? Qual o seu valor? Atributos apercebidos da saúde; Índice do estado de saúde; valor da vida; escala de utilidade para medir o valor da saúde. **E**- Avaliação micro-económica ao nível de tratamento; Análise custo-efetividade; análise custo-benefício de forma alternativo de fornecer cuidados médicos (lugar, tempo, quantidade, deteção, diagnóstico, tratamento).

C - Procura de cuidados médicos. Influências no comportamento de procura de cuidados médicos; barreira ao acesso (preço, tempo, formais); relação agência; necessidade. **F** - Equilíbrio de mercado: preços monetários e não monetários; lista de espera; racionamento não preço como mecanismo de equilíbrio. **H** - Planeamento, orçamento e mecanismo de monitorização; avaliação dos instrumentos disponíveis; normas; regulação; estruturas de incentivos gerados. **D** - Oferta de cuidados médicos; custo de produção; tecnologias alternativas; substituição entre fatores alternativos; remunerações, incentivos e **G** - Avaliação do sistema como um todo; critérios de equidade e eficiência na afetação de recursos. Comparação de desempenho entre regiões e entre países.

Na figura 2 é representado o diagrama de Williams, a qual forneceu uma disposição concetual que permitiu apreciar a complexa teia de relações económicas no setor da saúde.

Figura 1-Diagrama de Williams.



Fonte: (WILLIAMS, 1987).

3.7.Cuidados Primários de Saúde

Um marco histórico mundial sobre saúde, foi a Conferência Internacional dos Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, na época, uma das repúblicas da União Soviética. Esta Conferência coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e do modelo médico hegemónico cada vez mais especializado e intervencionista.

Na primeira vertente de questionamento, aprofundou-se a crítica à OMS no que se referiu à abordagem vertical dos programas de combate a doenças transmissíveis, como a malária, desenvolvidos com intervenções seletivas e descontextualizadas durante a década de 1960 (MAGALHÃES, 2012).

Na segunda vertente de questionamento, desde o final da década de 1960, o modelo biomédico de atenção à saúde recebeu críticas de diversas origens, destacando-se os

determinantes sociais mais gerais dos processos saúde enfermidade e à exigência de nova abordagem em atenção à saúde.

Na Conferência de Alma-Ata, Cuidados Primários de Saúde foi entendido como cuidado à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, primeiro componente de um processo permanente de assistência sanitária orientado por princípios de solidariedade e equidade, cujo acesso deveria ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com foco na proteção e promoção da saúde.

Defendeu-se que as políticas de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para poder alcançar equidade em saúde (MAGALHÃES, 2012).

As origens dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), segundo NEIVA (2012) citando Starfield (2002), remontam a 1920, oito anos após o estabelecimento do seguro nacional de saúde na Grã-Bretanha, quando Lord Dawson of Penn enunciou no *Report on the Future Provision of Medical and Allied Services*, a distinção de três níveis principais de serviços de saúde, os centros de saúde primários e secundários e os hospitais-escolas. Estes deveriam estar vinculados entre si e com atribuições distintas, mas complementares, tendo como base o conceito de regionalização.

NEIVA (2012), definiu Cuidados Primários de Saúde (CPS), segundo a Declaração de Alma Ata, como: “A Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação... É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de cuidado continuado à saúde” (NEIVA, 2012).

Os cuidados de saúde primários têm quatro atributos ou características essenciais, que quando aplicados, promovem melhor utilização dos recursos disponíveis sem prejudicar a qualidade do serviço prestado, melhorando a saúde das pessoas:

- Acessibilidade, que seria a facilitação de oferta de serviços dos mais variados tipos e com uma proximidade geográfica com a comunidade;

- Abrangência, que consiste no oferecimento amplo de ações no cuidado de saúde, sem distinção de grupos específicos e ao mesmo tempo considerando as peculiaridades de cada pessoa;
- Coordenação do cuidado, que consiste na integração de conhecimentos e recursos para o maior benefício da pessoa assistida;
- Continuidade, que promove ao longo do tempo, um relacionamento com a pessoa, sua família e comunidade e possibilita o desenvolvimento de ações a longo prazo (DiárioIndústria & Comércio, 2017).

Os cuidados de saúde primários são pilares fundamentais do Serviço Nacional de Saúde, pois constituem o primeiro nível de contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde. A promoção e proteção da saúde, a prevenção e prestação cuidados na doença, bem como a eficaz ligação e articulação com os outros níveis do sistema de forma a garantir a continuidade dos cuidados, fazem com que os cuidados de saúde primários se revistam como elemento chave na obtenção da saúde para todos (Anabela, 2012).

A atenção básica é capaz de resolver 80% dos problemas de saúde de sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças e melhorando a qualidade de vida da população (Luciano, 2009).

3.8. Medicina de Família e Comunidade

O século passado foi marcado pelo avanço da ciência e crescimento de áreas sub-especializadas e de especialistas focais no campo da prática médica. Porém, as análises sobre a crise da medicina e dos sistemas de saúde, evidenciaram que este crescimento exponencial da super-especialização focal, não trouxe os benefícios esperados, apontando para a necessidade de redirecionar este modelo (SBMFC D. , 2004).

A histórica Conferência de Alma Ata, que em 1978 reuniu delegações de 134 países sob a liderança da Organização Mundial da Saúde (OMS), consagrou aos Cuidados Primários Saúde (CPS) como estratégia para que os países alcançassem a meta “Saúde Para Todos no ano 2000”.

O diagnóstico submetido à apreciação dos congressistas em Alma Ata pelo Dr. Halfdan Mahler, então diretor executivo da OMS, revelou que os sistemas nacionais de saúde, centrados no modelo flexneriano de medicina, longe de proporcionar saúde para todos, estiveram mergulhados em problemas de tal ordem que, não raro, se transformariam em franca situação de crise.

As nações economicamente mais desenvolvidas puseram rapidamente em marcha um processo de reorientação dos respectivos sistemas nacionais de saúde que avançou a passos largos, sobretudo na Europa. A principal estratégia que adotaram para seguir a orientação da OMS e fortalecer a CPS, praticamente sem exceção, foi investir na formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade (Rodrigues¹ & Anderson², 2011).

As recomendações contidas no Relatório Flexner de 1910, fixaram as linhas mestras em que se basearam as iniciativas posteriores de ‘aperfeiçoar a educação médica nos Estados Unidos, com reflexos mais ou menos poderosos em outras latitudes do continente: a) a necessidade de enlaçar o ensino com a investigação nas ciências biomédicas; b) a fundação do currículo das disciplinas clínico-cirúrgicas num hospital de referência (FRANCO, 2007) citando (Nogueira, 1994).

A consolidação do modelo baseado em Flexner influenciou a formação médica em toda a América Latina, a partir da década de 40, através dos EUA, entretanto, entrou em crise na década de 70, devido a problemas relativos à ineficiência, ineficácia e desigualdade na distribuição de seus progressos (FRANCO, 2007) citando SILVA JUNIOR (1998).

Os mesmos autores, vieram reforçar a ideia da formação médica, através de BOTAZZO *et* FREITAS (1998), os quais afirmaram: “duas propostas de reformulação do ensino médico neste século, devem ser destacadas pela sua enorme influência na organização dos serviços de saúde. São elas as de Abraham Flexner, em 1910, que influenciou na reforma das faculdades de medicina dos Estados Unidos e Canadá; e a de Bertrand Dawson, em 1920, que influenciou as faculdades da Inglaterra e da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), nos anos 40 e 50”.

Bertrand Dawson em 1920, criticou o modelo flexneriano, e elaborou um relatório propondo a reestruturação dos serviços de saúde que seriam responsáveis por ações preventivas e terapêuticas. Ao contrário de Flexner, Dawson considerou que a formação médica não deveria se dar apenas nos hospitais de ensino especializado, pois o médico generalista deveria exercer funções junto ao indivíduo e à comunidade.

O Plano Dawson não foi implementado imediatamente na Inglaterra, mas teve influência no sistema de saúde da Rússia, após a Revolução de 1917. Depois da Segunda Guerra Mundial, foi seguido pela URSS, e pela própria Inglaterra, no Serviço Nacional de Saúde, em 1948, a partir do Plano Beveridge. Dawson achou que os currículos das escolas médicas, em vez de se preocuparem excessivamente com a constituição de disciplinas de especialidades,

deveriam concentrar seus esforços na formação de um profissional mais generalista, capaz de exercer sua prática em um sistema de saúde regionalizado.

O modelo proposto por Dawson passou a ser o centro do programa de saúde na Inglaterra, sendo depois levado a outros países, como Cuba, após a revolução socialista de 1959, e Canadá, no final dos anos 60, países considerados berços de experiências de medicina familiar no mundo.

FRANCO (2007) citando MOYSÉS (2002) afirmou que em 1963, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um documento sobre a formação de médicos de família (Informes Técnicos nº 257), entretanto, foi nos Estados Unidos, na década de 60, que a proposta de médico de família mais se expandiu.

Em 1969, a medicina familiar foi ali reconhecida como especialidade médica.

Na década de 70, o modelo foi difundido no Canadá, México e em alguns países europeus.

A proposta da Medicina Comunitária, foi desenvolvida a partir dos anos 60 nos EUA, como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, responsabilizados pela dificuldade de acesso, aos mesmos, de amplas camadas da população.

“Foram implementadas como parte da chamada ‘guerra à pobreza’, por agências governamentais e universidades. Esses programas baseavam-se na necessidade de ‘integração’ dos marginalizados da sociedade americana, na visão funcionalista da época” (FRANCO, 2007) citando SILVA JUNIOR *apud* FRANCO; MERHY (2003).

Os mesmos autores, congratularam-se com Silva Junior (1998), que a Medicina Comunitária se estruturou a partir dos campos de conhecimentos da epidemiologia e vigilância à saúde, valorizando, portanto, as ações coletivas de promoção e proteção à saúde, com referência a um determinado território. Quanto à estrutura, organizaram o fluxo da atenção à saúde de forma hierarquizada, considerando como nível primário as ações de menor complexidade a serem realizadas nos locais mais próximos da comunidade.

A partir da Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, ganham força as ideias da Medicina Comunitária, também chamada de Cuidados Primários de Saúde.

As propostas pautadas na “Medicina Comunitária” chegaram à América Latina, financiadas pela OPAS, e instituições filantrópicas como a W. F. K. Kellog, entre outras. Através de seminários patrocinados por organismos internacionais, estimulou-se nas Faculdades de Medicina, a criação de espaços onde se pudesse demonstrar a correção da nova abordagem de formação médica (FRANCO, 2007).

A partir de 1980, teve início uma estreita colaboração entre a Wonca e a OMS, que culminou numa reunião histórica em 1994, no Canadá, com a elaboração de um documento conjunto voltado a tornar a prática e a educação médicas mais relevantes para as necessidades das pessoas, definindo a contribuição do médico de família. O documento apontou a necessidade de implantar a Medicina de Família e Comunidade como disciplina académica nas faculdades de Medicina, com a função de promover um equilíbrio entre generalistas e especialistas e constituiu-se também a educação médica continuada para que os estudantes aprendessem a responder às necessidades das pessoas em nível individual, comunitário e nacional (FREEMAN J, 2000).

Assim, surgiu a figura do ‘médico de família’ como um dos atores principais da proposta Saúde para todos, colocada pela OMS, reconhecido no cenário mundial, o papel principal na atenção primária à saúde, visando garantir qualidade, eficiência e administração de recursos eficazes e efetivos no sistema de saúde. Tal reconhecimento aponta ainda, que para alcançar os objetivos propostos, esse profissional possuisse alta competência para cuidar dos pacientes e saber integrar com perfeição os cuidados individuais com os coletivos. Cuidar da pessoa, para poder cuidar da família e da comunidade (FREEMAN J, 2000).

A Medicina de Família foi considerada como pertencente ao mesmo campo da Medicina Comunitária, ambas no âmbito dos Cuidados Primários de Saúde (CPS). No entanto, a Medicina de Família trouxe uma diferença, que é o fato de ter como pressuposto, o foco da atenção na família e seu espaço singular, que é o domicílio. Na Europa, foi regulamentada através de consensos estabelecidos pela Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar, a organização regional europeia da Organização Mundial de Médicos de Família (AGUIAR, 1998).

A WONCA Europa constituiu a liderança académica e científica, em representação da Medicina Geral e Familiar, em todo o continente. Ela considerou que “a Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) é uma disciplina académica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e atividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários” (WONCA/EUROPA, 2002) citando FRANCO (2007).

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários, isto é, “são médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afeição. Cuidam de indivíduos no contexto das suas

famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes” (André Luis Andrade justino¹, 2016).

3.9. Objetivos da Medicina de Família e Comunidade

Durante conferência de Alma elencaram os principais objetivos da Medicina de Família e Comunidade com finalidade de proporcionar cuidados integrais personalizados, continuados e contextualizados à saúde (WONCA/EUROPA, 2002):

- Atuar, prioritariamente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde-doença;
- Desenvolver ações integradas de promoção, proteção, recuperação da saúde no nível individual e coletivo;
- Priorizar a prática médica centrada na pessoa, na relação médico-paciente, com foco na família e orientada para comunidade, privilegiando o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde;
- Coordenar os cuidados de saúde prestados a determinado indivíduo, família e comunidade, referenciando, sempre que necessário, para outros especialistas ou outros níveis e setores do sistema, mas sem perda do vínculo;
- Atender, com elevado grau de qualidade e resolúvel, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, cerca de 85% dos problemas de saúde relativos a uma população específica, sem diferenciação de sexo ou faixa etária;
- Desenvolver, planejar, executar e avaliar, integrada à equipe de saúde, programas integrais de atenção, objetivando dar respostas adequadas às necessidades de saúde de uma população adscrita, tendo por base metodologias apropriadas de investigação, com ênfase na utilização do método epidemiológico;
- Estimular a resiliência, a participação e a autonomia dos indivíduos, das famílias e da comunidade;
- Desenvolver novas tecnologias em atenção primária à saúde;
- Desenvolver habilidades no campo da metodologia pedagógica e a capacidade de autoaprendizagem.

3.10. Características de Medicina de Família e Comunidade

Segundo CAMPOS (2005), as características básicas estiveram relacionadas à ideia de se alcançar os pacientes precocemente no ambiente domiciliar, provendo cuidados contínuos, incluindo a prevenção das doenças, fossem elas de natureza mental ou física.

A Medicina de Família e Comunidade sendo uma disciplina académica e científica, bem como uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários e com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência científica e atividades clínicas, de acordo com as definições (WONCA/EUROPA, 2002) descreveram as seguintes características que identificaram com atenção primária de saúde:

- O ponto de primeiro contacto com o sistema de saúde, prestando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão;
- Utilização eficientemente dos recursos de saúde através da coordenação de cuidados, articulação com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e da gestão da interface com outras especialidades, assumindo sempre que necessário um papel de advocacia do paciente;
- Desenvolvimento de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a sua comunidade;
- Possuir um processo de consulta singular, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação efetiva entre o médico e o paciente;
- Responsável pela continuidade da prestação de cuidados longitudinais, conforme as necessidades do paciente;
- Gerir simultaneamente problemas de saúde agudos e crónicos de pacientes individuais;
- Gerir afeções que se apresentam de forma indiferenciada, num estágio precoce da sua evolução, e que podem requerer uma intervenção urgente;
- Promover a saúde e o bem-estar através de uma intervenção apropriada e efetiva;
- Possuir uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;
- Lidar com problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

3.11. Médico de Família e Comunidade

Os médicos de família foram médicos especialistas treinados nos princípios da sua disciplina. São médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuraram, independentemente da idade, sexo ou afeção. Cuidaram de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes.

Os médicos de família reconheceram ter uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Ao negociarem planos de ação com os seus pacientes, integraram fatores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança gerados pelos contactos repetidos. Exerceram o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos, quer diretamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida, auxiliando ainda os pacientes, sempre que necessário, no acesso àqueles serviços.

Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, equilíbrio e valores pessoais, como base para a prestação segura e efetiva de cuidados de saúde aos pacientes (WONCA/EUROPA, 2002).

Nos países como Canadá, Espanha, Holanda e Inglaterra, o Médico de Família e Comunidade (MFC) teve o reconhecimento, não só de seus colegas especialistas, como também da população, independentemente da classe social a qual pertenceu. Para a população, o médico de família foi o médico de referência para qualquer problema de saúde, já que a Atenção Primária esteve consolidada como base estruturante do sistema de saúde.

Os MFC foram os profissionais da APS melhores capacitados para lidarem com queixas específicas, múltiplas doenças em um único paciente, assim como doenças que se transformaram ao longo do tempo.

A percepção que muitos académicos e internos tiveram quando fizeram seus estágios na Atenção Primária foi de uma medicina praticada em unidades precárias, com pouco “brilho tecnológico”, com profissionais pouco qualificados e pouco resolutivos que referenciaram para outros níveis do sistema muitas das situações clínicas que atenderam. Este quadro, somado a atrativa oferta do mercado privado para especialistas do nível secundário, fez com que a Medicina de Família e Comunidade foi a última opção entre os estudantes (Melo, 2011).

3.12. Função do médico da Família e Comunidade

CAMPOS (2005), considerou que o campo disciplinar da Medicina de Família e Comunidade é a Atenção Primária de Saúde e, fazendo referência ao trabalho de Médico de Família e Comunidade que LEUWENHORST GROUP (1977), descreveu da seguinte forma:

- Médico de Família presta cuidados primários, personalizados e continuados, a indivíduos, famílias e a uma determinada população, independente de idade, sexo ou afeção é a síntese destas funções que tem um caráter único;
- O Médico de Família atende os seus pacientes no consultório, no domicílio e, por vezes, numa clínica ou hospital cujo objetivo consiste em fazer diagnósticos precoces;
- Incluirá e integrará fatores físicos, psicológicos e sociais nas suas considerações sobre saúde e doença, o que se expressará na forma como cuida dos seus pacientes;
- Tomará uma decisão inicial sobre cada problema que lhe seja apresentado enquanto médico;
- Assumirá a gestão contínua dos problemas dos seus doentes com afeções crónicas, recorrentes ou terminais;
- O contato prolongado com o paciente, implica que poderá utilizar repetidas oportunidades para colher informação ao ritmo apropriado para cada paciente, construindo uma relação de confiança que poderá ser usada profissionalmente;
- Atuará em colaboração com outros colegas médicos e não médicos;
- Saberá como e quando intervir através do tratamento, da prevenção e da educação, para promover a saúde de seus pacientes e respetivas famílias;
- Reconhecerá que também tem uma responsabilidade profissional para com a comunidade.

A implantação desta estratégia já conseguiu, em muitos municípios do Brasil, reduzir os índices de mortalidade infantil e diminuir o número de mortes por doenças de cura simples e conhecidas, além de reduzir as filas nos hospitais da rede pública (Rocha, Carvalho, & Cruz, 2011).

Nos Estados Unidos, país cujo sistema de saúde preservaram uma forte raiz hospitalocêntrico, o acréscimo de um médico de família, foi associado a 1,44 menos mortes por 10.000 habitantes.

Outros indicadores em países com Cuidados de Saúde Primário (CSP) organizada na lógica da Medicina de Família e Comunidade ou da Estratégia Saúde da Família revelaram as seguintes melhorias:

- Menos crianças com baixo peso, ao nascer;
- Menores taxas de mortalidade infantil, especialmente Pós-neonatal;
- Diminuição de taxas de mortalidade precoce relacionada a todas as causas “exceto as externas”;
- Maior expectativa de vida em todas as faixas de idade, exceto aos 80 anos;
- Redução de taxas de mortalidade geral;
- Menores taxas de mortalidade por doença cardíaca;
- Melhor detecção precoce de cânceres como o cólon-retal, mama e uterino/cervical;
- Diminuição da demanda hospitalar e sobrecarga nos serviços de urgências;
- Redução das taxas de internamento (Rodrigues & Anderson, 2011).

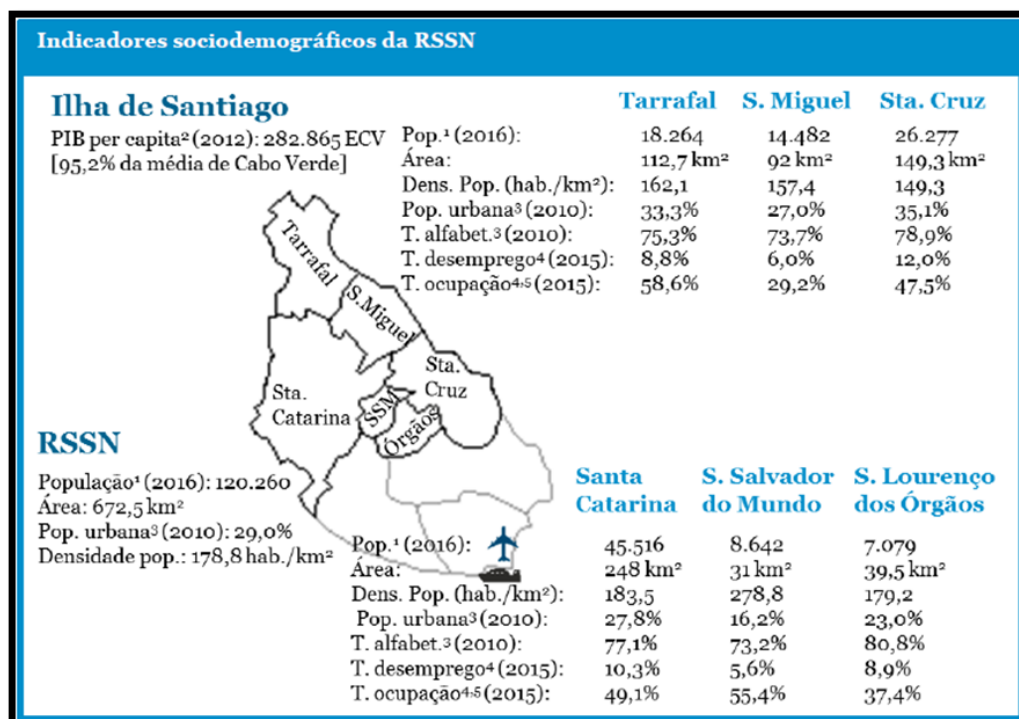
Assim, baseando nas experiências dos países onde já foram implementados o Programa de Medicina de Família e Comunidade (PMFC) e associados às melhorias dos indicadores, se justifica a proposta de sua implementação na Região Sanitária Santiago Norte.

4. Região Sanitária Santiago Norte (RSSN)

Em Cabo Verde, os sucessivos governos vêm estabelecendo mecanismos capazes de assegurar a continuidade de acesso aos cuidados de saúde à população, tendo sido elaborados vários documentos estratégicos e orientadores ao longo dos tempos, desde a Carta Sanitária de 1999, Planos de Desenvolvimento Sanitário, Política Nacional de Saúde, traduzidos entre outros, na criação das Regiões Sanitárias. A Carta Sanitária (1999), previu a criação das regiões com serviços hierarquizados, tendo como base de acesso o nível primário de atendimento. A primeira Região Sanitária foi criada em 2006, através do Decreto-Lei nº 58/2006, como estrutura desconcentrada do Ministério da Saúde, que objetivou o alargamento da cobertura sanitária e a melhoria da prestação de cuidados de saúde às famílias, na área da sua circunscrição territorial, integrando os municípios de Santa Catarina, Santa Cruz, São Lourenço dos Órgãos, São Miguel, São Salvador do Mundo e Tarrafal, todos com um centro primário de saúde e tendo como referência o Hospital Regional no município de Santa Catarina (MINISTÉRIO DE SAÚDE DE CABOVERDE, 2010).

Na figura 3 estão explanados os indicadores sócio-demográficos dos Concelhos da RSSN.

Figura 2 - Indicadores sócio-demográficos da RSSN.



Fonte: INE (2010)

Essa iniciativa, veio mostrar avanços nos principais indicadores de saúde, que, entretanto, carece de alguma melhoria e organização na gestão dos cuidados, em particular na sistematização hierárquica da procura dos serviços de saúde, orientado pelo sistema de referência e contra referência, que não vem seguindo de forma padronizada e regular a necessidade da procura e oferta numa relação de complementaridade entre as estruturas sanitárias da Região (LUXDEVEPOLEMENT, 2004).

A gestão global dos serviços de saúde da região é assegurada pelo gabinete técnico, onde o mesmo fornece apoio técnico às estruturas de saúde da RSSN e o âmbito de ação estende-se à racionalização da prestação dos serviços nos centros, assim como à supervisão da gestão financeira e à supervisão da gestão dos medicamentos. Além disso, o gabinete técnico desempenha um papel redistributivo dos recursos da região, através da centralização dos serviços de laboratório, das deslocções de especialistas e da redistribuição de excedentes de medicamentos (Cabo Verde, 2013).

4.1. Dinâmica demográfica por Concelho da RSSN

Os dados do quadro 2 mostram como foi a dinâmica demográfica de 2008 a 2017, por Concelho da Região, destacando o Concelho de Santa Catarina, sendo maior Concelho e com maior número de população.

No quadro 2 é representado a dinâmica demográfica por Concelho da Região Sanitária Santiago Norte, isto é, a evolução da população por Concelho de 2008 a 2017.

Quadro 1 - Dinâmica demográfica por Concelho da Região Sanitária Santiago Norte.

Concelho	Ano									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Santa Catarina	46 866	47 681	43 297	43741	44052	44387	44745	45123	45516	45922
Santa Cruz	28 989	28 505	26 617	26654	26579	26509	26436	26360	26277	26190
Tarrafal	22 453	23 103	18 565	18559	18488	18424	18367	18314	18264	18217
São Miguel	17 291	17 440	15 648	15481	15271	15067	14867	14671	14482	14299
São Salvador do Mundo	10 560	10 754	8 677	8689	8680	8670	8661	8652	8642	8631
São Lourenço dos Órgãos	8 961	9 120	7 388	7344	7288	7233	7179	7127	7079	7033

Fonte: (INE, 2010-2030)

4.2. Atendimentos dos utentes na RSSN

No quadro 3 é representado a evolução de atendimento na RSSN, 2010 – 2017, considerando as variáveis de referência, internamento e contra-referência, tendo verificado que não teve registo da variável, referentes a contra-referência.

Quadro 2 - Número de atendimento, referência, internamento e contra-referência.

Ano	Atendimento	Referência	Internamento	Contra-referência
2010	122901	2143	5470	0
2011	114662	2565	4942	0
2012	141988	2730	6213	0
2013	123055	3559	6721	0
2014	123747	3838	6467	0
2015	158530	2825	4307	0
2016	157087	2776	7823	0
2017	129140	3994	5290	0

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

4.3. Evolução das variações entre urgência e consulta, ano 2010 – 2017

No quadro 4 é representado evolução das variações entre números de atendimentos de urgências e consultas na RSSN. De acordo com os dados do Quadro, verificou-se entre as duas situações, variações bastante significativas referente ao ano 2016.

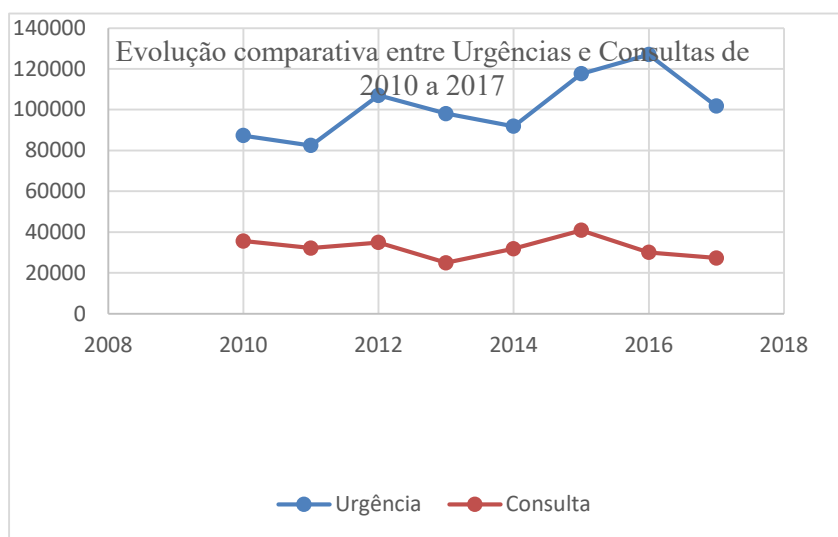
Quadro 3- Variações Urgência/Consulta e Consulta/ Urgência.

Atendimento				
Ano	Urgência	Variação urgência/consulta	Variação consulta/urgência	Consulta
2010	87295	51689	-16083	35606
2011	82478	50294	-18110	32184
2012	107021	72054	-37087	34967
2013	98074	73093	-48112	24981
2014	91860	59973	-28086	31887
2015	117599	76668	-35737	40931
2016	126994	96901	-66808	30093
2017	101802	74464	-47126	27338

Fonte: MSSS (2018).

No gráfico 1 é representado a evolução comparativa entre urgências e consultas nas estruturas de saúde da RSSN. Verificou-se diferenças significativas entre as duas situações, com maior destaque para as urgências.

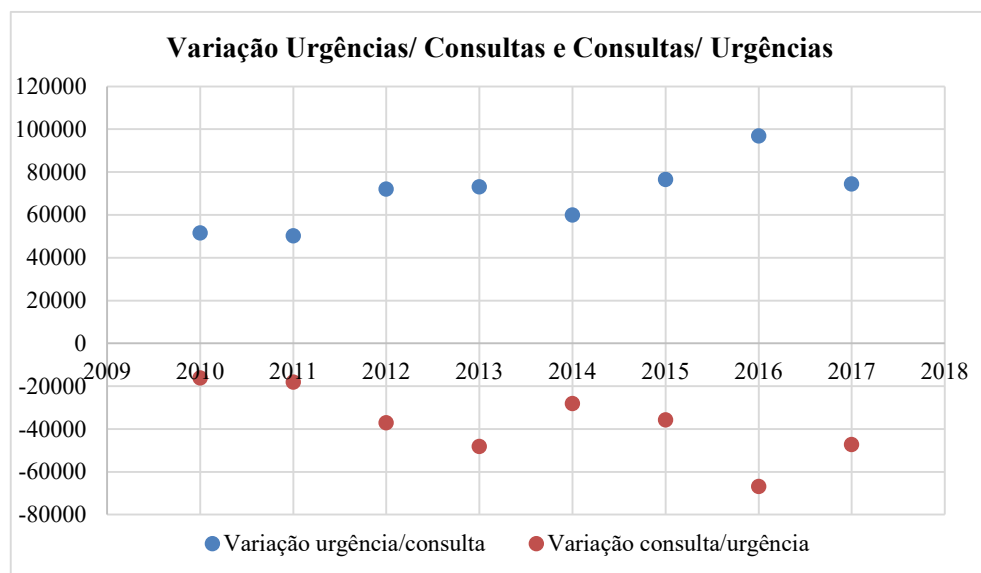
Gráfico 1 - Evolução comparativa entre urgências e consultas na RSSN.



Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

O gráfico 2 mostra uma variação negativa nas consultas em relação às urgências, isto é se pode verificar que quanto maior foi atendimento nos serviços urgências, houve menor atendimento nas consultas.

Gráfico 2 - Variações Urgência/Consulta e Consulta/ Urgência.



Fonte: (MS, 2018)

No quadro 4 representa a demora média de internamento (9 dias) e taxa média de ocupação (90%) ocorrido na enfermaria de medicina do Hospital Dr. Santa Rita Vieira, durante os anos 2010 a 2017.

Quadro 4 - Números relacionados com a demora média de internamento e taxa de ocupação.

Serviço	Medicina	
Ano	Indicadores	
	Nº de demora média de internamento	Taxa de Ocupação
2010	9	51
2011	7	57
2012	9	67
2013	8	68
2014	9	75
2015	8	82
2016	9	134
2017	9	142

Fonte: (MSSS, 2018).

No quadro 5 é representado a demora média de internamento (9 dias) e taxa média de ocupação (53%) ocorrido na enfermaria de cirurgia do Hospital Dr. Santa Rita Vieira durante os anos 2010 a 2017.

Quadro 5 – Número demora média de internamento e taxa de ocupação.

Serviço	Cirurgia	
Ano	Indicadores	
	Nº de demora média de internamento	Taxa de Ocupação
2010	7	37
2011	13	52
2012	8	39
2013	11	44
2014	13	57
2015	11	63
2016	9	73
2017	8	58

4.4. Estruturas Sanitárias da Região Santiago Norte

No quadro 6 mostra os números das estruturas de saúde existentes na RSSN, correspondentes a nível primário, Centros de Saúde (6); Posto de Saúde (10); Unidades Sanitária de Base (31); e estrutura de nível secundário, Hospital Santa Rita Vieira (1).

4.5. Profissionais de atenção primária das estruturas da RSSN, ano 2017

Quadro 6- Estruturas de saúde por Concelho da RSSN.

Estruturas	Santa Catarina	Santa Cruz	Tarrafal	Calheta São Miguel	São Salvador do Mundo	São Lourenço dos Órgãos	RSSN
Hospital	1	0	0	0	0	0	1
Centro de Saúde	1	1	1	1	1	1	6
Posto Sanitário	4	3	2	1	0	0	10
Unidade Sanitária de Base	7	9	6	5	2	2	30

Fonte: (GSPRSSN, 2018).

4.6. Profissionais de atenção primária das estruturas da RSSN, ano 2017

No quadro 7 é representado o número de técnicos afetos aos serviços de nível primário e secundário durante ano 2017 na RSSN. Dos 106 técnicos elencados no referido quadro, no nível primário registou: Médicos - clínico geral (27); Enfermeiros (59); e Agentes Sanitários (57). No nível secundário registou-se: Médicos clínico geral (8) e Enfermeiros (47).

Quadro 7 - Técnicos de saúde afetos aos serviços de nível primário e secundário na RSSN, ano 2017.

Técnicos	Nível primário	Nível secundário
Médico clínico geral	27	8
Enfermeiro	59	47
Agente Sanitário	57	0

Fonte: (GSPRSSN, 2018).

4.7. Rácio enfermeiros e médicos por 10000 habitantes na RSSN

No quadro 8 verifica-se a evolução do rácio de cobertura enfermeiro por 10000 habitantes na Região Sanitária Santiago Norte. Os dados do Quadro demonstram que de 2008 a 2017 houve uma evolução crescente dos enfermeiros nos referidos anos, situando assim numa média de cobertura de 8 Enfermeiros por 10000 habitantes.

Quadro 8 - Enfermeiro/ 10000 habitantes.

Região Sanitária Santiago Norte			
Ano	População	Nº Enfermeiro	Rácio Enfermeiro/ 10000Hab
2008	135120	69	5,1
2009	136612	71	5,2
2010	120192	88	7,3
2011	120468	92	7,6
2012	120358	99	8,2
2013	120290	88	7,3
2014	120255	103	8,6
2015	120247	101	8,4
2016	120260	103	8,6
2017	120292	105	8,7

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

No quadro 9 é representado, na mesma sequência a evolução do rácio do Médico por 10000 habitantes na Região Sanitária Santiago Norte. Os dados do quadro mostram que de 2008 a 2017, tem havido oscilação na cobertura dos médicos nos referidos anos, oscilando assim numa média de cobertura de 4 médicos por 10000 habitantes.

Quadro 9- Médico/10000 habitantes.

Região Sanitária Santiago Norte			
Ano	População	Nº Médicos	Rácio Médico/10000Hab.
2008	135120	36	2,7
2009	136612	40	2,9
2010	120192	40	3,3
2011	120468	40	3,3
2012	120358	38	3,2
2013	120290	41	3,4
2014	120255	50	4,2
2015	120247	63	5,2
2016	120260	48	4,0
2017	120292	35	2,9

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

4.8. Principais indicadores de morbilidade

No quadro 10 pode-se notar a evolução de número de grávidas estimadas e número de consultas pré-natal realizadas nas estruturas da RSSN. Os dados do quadro indicam que a média das consultas pré- natal realizadas entre 2008 e 2017 foi de 149,09%.

Quadro 10 - Grávidas estimadas e número de consultas de pré- natal, ano 2008 – 2017.

Ano	Região Sanitária Santiago Norte		
	Grávida estimada	Taxa	Nº consulta
2008	2295	600,6	13784
2009	2377	114,2	2715
2010	2098	123,5	2592
2011	2243	111,2	2495
2012	2288	100,3	2295
2013	2329	102,0	2376
2014	2360	66,6	1572
2015	2382	121,0	2882
2016	2392	109,3	2614
2017	2393	42,2	1011

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

No quadro 11 demonstra a evolução de número de gravidez na adolescência estimadas, ocorridas entre 2008 e 2017 nas estruturas da RSSN. Os dados do quadro indicam que nas idades maiores dos 17 anos e menores dos 19 anos, registou-se maior número de gravidez nas referidas faixas etárias.

Quadro 11 - Gravidez na adolescências por números grávidas estimadas, ano 2008 – 2017.

Ano	Região Sanitária Santiago Norte												
	Grávida estimada	<15 anos		15-17 anos		15-19 anos		17- 19 anos		< 17 anos		<19 anos	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2008	2295	37	1,6	453	19,7	0	0,0	0	0,0	421	18,3	0	0,0
2009	2377	17	0,7	0	0,0	589	24,8	0	0,0	687	28,9	0	0,0
2010	2098	11	0,5	0	0,0	629	30,0	0	0,0	0	0,0	834	39,8
2011	2243	0	0,0	0	0,0	0	0,0	505	22,5	141	6,3	722	32,2
2012	2289	0	0,0	0	0,0	0	0,0	331	14,5	126	5,5	495	21,6
2013	2329	0	0,0	0	0,0	0	0,0	446	19,1	114	4,9	590	25,3
2014	2361	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	96	4,1	522	22,1
2015	2382	0	0,0	0	0,0	0	0,0	406	17,0	112	4,7	530	22,3
2016	2392	0	0,0	0	0,0	0	0,0	410	17,1	106	4,4	517	21,6
2017	2393	0	0,0	0	0,0	0	0,0	317	13,2	110	4,6	446	18,6

Fonte: Relatório estatístico (MS & GTRSSN, 2018).

No quadro 12 vê-se a evolução de número de partos assistidos por profissionais de saúde ocorridos entre os anos 2008 e 2017 na RSSN. Os dados do quadro mostram uma evolução crescente ao longo dos anos com uma percentagem média por ano de 77% de partos assistidos pelos profissionais.

Quadro 12 - Número de partos assistidos por profissionais de saúde na RSSN.

Região Sanitária Santiago Norte			
Ano	Nº de partos assistidos nas estruturas da RSSN	%	Nº de nascimento em RSSN
2008	1114	48,5	2295
2009	1612	67,3	2395
2010	1863	83,0	2245
2011	2038	89,1	2288
2012	1552	66,7	2328
2013	1973	83,6	2361
2014	1955	82,1	2382
2015	2006	83,9	2392
2016	2056	86,0	2391
2017	1979	83,1	2382

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

No quadro 13 apresenta a evolução da taxa de pós-parto ocorridos entre os anos 2008 e 2017 na RSSN. Os dados do referido quadro indicam que há uma oscilação na evolução da taxa ao longo dos anos, entretanto registou-se uma percentagem média por ano de 60% de consultas pós-parto.

Quadro 13 - Pós-parto nas estruturas de saúde da RSSN.

Região Sanitária Santiago Norte			
Ano	Grávida estimada	Taxa	Nº consulta
2008	3431	35,8	1230
2009	2715	49,9	1355
2010	2225	90,1	2004
2011	2289	84,9	1944
2012	2388	55,5	1325
2013	2060	60,8	1252
2014	2382	60,6	1444
2015	2432	53,7	1307
2016	2391	67,6	1617
2017	2382	64,3	1532

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

No quadro 14 é representado a evolução da taxa de primeiras consultas de crianças menores de 1 ano ocorridos entre os anos 2008 e 2017 na RSSN. Os dados do quadro registam que houve uma taxa média por ano de 105,93% de primeiras consultas de crianças menores de 1 ano.

Quadro 14 - Primeiras consultas de crianças menores de 1 ano na RSSN entre 2008 a 2017.

Região Sanitária Santiago Norte			
Ano	Pop < 1 ano	Taxa	Nº 1ª consulta
2008	3711	100,0	3711
2009	3836	63,5	2435
2010	2415	100,0	2415
2011	2214	119,1	2637
2012	2706	103,4	2799
2013	2361	112,0	2644
2014	2333	118,1	2755
2015	2355	117,8	2774
2016	2366	126,3	2988
2017	2366	99,1	2344

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

No quadro 15 nota-se a taxa de cobertura vacinal na RSSN, mostra que entre os anos 2010 e 2017, houve uma taxa de cobertura vacinal acima dos 90% , com exceção no ano 2016 que se verificou uma taxa de cobertura muito baixa, de 33.3%.

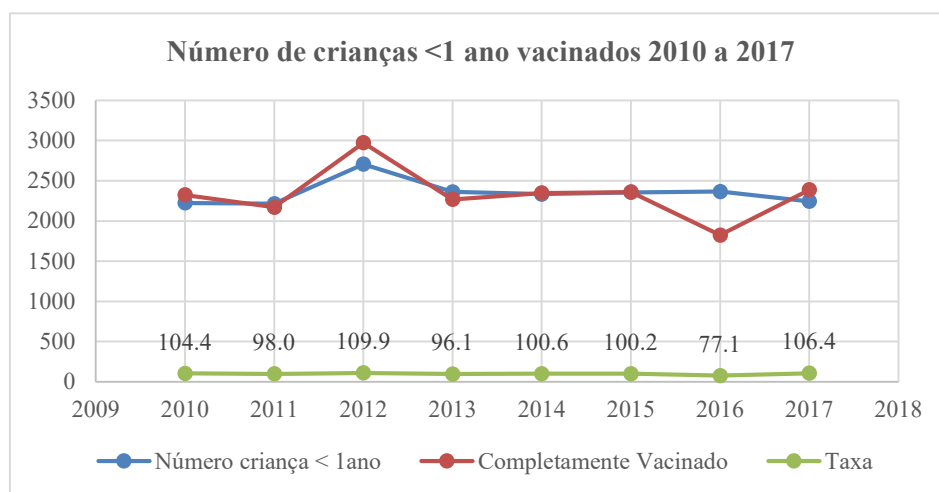
Quadro 15 - Taxa de cobertura vacinal na RSSN.

Região Sanitária Santiago Norte								
Ano	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Número criança < 1ano	2225	2214	2706	2361	2333	2355	2366	2244
BCG	2181	2342	2693	2152	2009	2158	1723	1569
Taxa	98,0	105,8	99,5	91,1	86,1	91,6	72,8	69,9
Pólio 3	2250	2285	2537	2331	2293	2281	2352	2288
Taxa	101,1	103,2	93,8	98,7	98,3	96,9	99,4	102,0
Sarampo	2324	2389	2446	2295	2357	2363	789	2387
Taxa	104,4	107,9	90,4	97,2	101,0	100,3	33,3	106,4
Completamente Vacinado	2323	2170	2974	2268	2347	2360	1824	2387
Taxa	104,4	98,0	109,9	96,1	100,6	100,2	77,1	106,4

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

O gráfico 3 mostra a taxa de cobertura vacinal de 2010 a 2017, sendo que mais de 90% das crianças menores de 1 ano foram completamente vacinados nestes anos com a exceção do ano de 2016 onde apenas 77% dessas foram completamente vacinada.

Gráfico 3 - Número de crianças menores de 1 ano, completamente vacinados de 2010 á 2017.



Fonte: MSSS (2018).

No Quadro 16 é representada a taxa de óbitos infantis e juvenis na RSSN, mostra que entre os anos 2010 e 2016, houve uma taxa de cobertura vacinal acima dos 90%, com exceção no ano 2016 que se verificou uma taxa de cobertura muito baixa, de 33.3%.

Os dados do quadro 16 mostram a taxa de óbitos infantis e juvenis na RSSN, referente aos anos 2010 a 2017 em que se verificou uma diminuição até ano 2016, entretanto com um aumento significativo em 2017, de 14.7 %.

Quadro 16 - Taxa de óbitos infantis e juvenis na RSSN.

ANO	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017	
Nascidos vivos	2245		2288		2328		2361		2382		2392		2391		2382	
Crianças 1 a 4 anos	10510		9997		9532		9196		9006		9020		9089		9299	
ÓBITO	Nº	Txa	Nº	Txa	Nº	Txa	Nº	Txa	Nº	Txa	Nº	Txa	Nº	Txa	Nº	Txa
Nados Mortos	35	15,6	34	14,9	43	18,5	28	11,9	39	16,4	22	9,2	22	9,2	35	14,7
Neonatal Precoce	28	12,5	38	16,6	33	14,2	31	13,1	19	8,0	19	7,9	21	8,8	12	5,0
Neonatal Tardio	4	1,8	5	2,2	10	4,3	8	3,4	7	2,9	2	0,8	9	3,8	9	3,8
Pós Neonatal	24	10,7	13	5,7	18	7,7	18	7,6	12	5,0	12	5,0	17	7,1	11	4,6
< 1 ano	56	24,9	56	24,5	61	26,2	57	24,1	38	16,0	32	13,4	47	19,7	32	13,4
1 – 4 anos	12	1,1	7	0,7	15	1,6	8	0,9	8	0,9	4	0,4	6	0,7	4	0,4
<5 anos	53	23,6	44	19,2	76	32,6	65	27,5	39	16,4	37	15,5	53	22,2	36	15,1

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

O quadro 17 faz referência à evolução de número de óbitos materno registrado entre os anos 2010 a 2017 na Região Sanitária Santiago Norte, onde se verificou uma sequência de óbito materno nos primeiros anos, sendo anos subsequentes, só registou um óbito em 2016.

Quadro 17 - Óbitos materno registrado entre os anos 2010 a 2017 na RSSN.

Ano	RSSN		
	Nº	Taxa por 100 mil nascido vivo	Nascido vivos
2010	2	89,1	2245
2011	1	43,7	2288
2012	2	85,9	2328
2013	0	0,0	2361
2014	0	0,0	2382
2015	1	41,8	2392
2016	0	0,0	2391
2017	0	0,0	2382

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

O dados do quadro 18 mostram uma tendência quase constante na taxa de mortalidade geral, ou seja o mesmo se situou entre os 4 e 5 % de 2008 a 2017 na RSSN.

Quadro 18 - Taxa de mortalidade geral.

Região Sanitária Santiago Norte			
Ano	População	Taxa	Total de óbito
2008	135120	5,1	690
2009	136612	4,7	641
2010	120192	4,9	591
2011	120468	5,0	607
2012	120358	5,3	634
2013	120290	5,0	599
2014	120255	5,2	623
2015	120247	5,9	705
2016	120260	5,3	640
2017	120292	4,8	574

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018).

Não obstante às melhorias dos indicadores de saúde, observa-se que nos Serviços de Urgências na RSSN necessita reduzir o número de atendimento, com otimização de referência e contra-referência que seguramente sairão reforçados com implementação do Programa Medicina de Família e Comunidade, uma valência que vai contribuir para o reforço dos Cuidados Primários de Saúde, com certeza irá diminuir a sobrecarga nas urgências e internamento hospitalar.

CAPÍTULO - II

5. Material e Métodos

Lakatos e Marconi (2007) afirmaram que a utilização de métodos científicos não é exclusiva da ciência, sendo possível usá-los para a resolução de problemas do cotidiano. Destacaram que, por outro lado, não há ciência sem o emprego de métodos científicos.

Assim, esta dissertação é uma pesquisa sobre proposta de implementação do Programa de Medicina de Família e Comunidade (PMFC) na Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), que escolheu Santa Catrina de Santiago (ver anexo 1), como experiência piloto para sua implementação, sendo um dos maiores municípios da região.

Elaborar implementação de um novo programa e ainda conquistar aceitação desta proposta é uma tarefa complexa, que exige conhecimento do programa em questão, finalidade do programa, sua viabilidade e que benefícios trazem a uma organização (DE SOUZA, 2014)

5.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso sobre sistema de prestação de cuidados de saúde, na Região Sanitária Santiago Norte, de abordagens qualitativa e quantitativa, para compreender se existem as condições básicas para a implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade (PMFC) na região.

Segundo Lakatos e Marconi (2007) estudo de caso é um tipo de pesquisa qualitativa e/ou quantitativa, entendido como uma categoria de investigação que tem como objeto o estudo de uma unidade de forma aprofundada, podendo tratar-se de um sujeito, de um grupo de pessoas, de uma comunidade.

As razões de escolha da abordagem “estudo de caso” foram impostas pela pergunta de partida e pelos objetivos do próprio estudo. Por conseguinte, segundo Correia (2017) citando Gomez *et all.* (1996) reafirmou que o objetivo geral de um estudo de caso é “explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar”.

Na abordagem qualitativa foram feitas pesquisas bibliográficas com objetivo de reunir as informações que permitissem conhecer as origens, conceitos e as tipologias de Medicina de Família e Comunidade (PMFC), bem como compreender do processo da sua implementação.

Na figura 4 é representada as estruturas sanitárias da região e as respectivas localizações geográficas.

Segundo Lakatos e Marconi (2007), na pesquisa bibliográfica, é importante que o pesquisador verifique a veracidade dos dados obtidos, observando as possíveis incoerências ou contradições que as obras possam apresentar.

A utilização desse tipo de abordagem difere da abordagem quantitativa pelo facto de não utilizar dados estatísticos como o centro do processo de análise de um problema, não tendo, portanto, a prioridade de numerar ou medir unidades (Prodanov, 2013).

5.2. Local de estudo

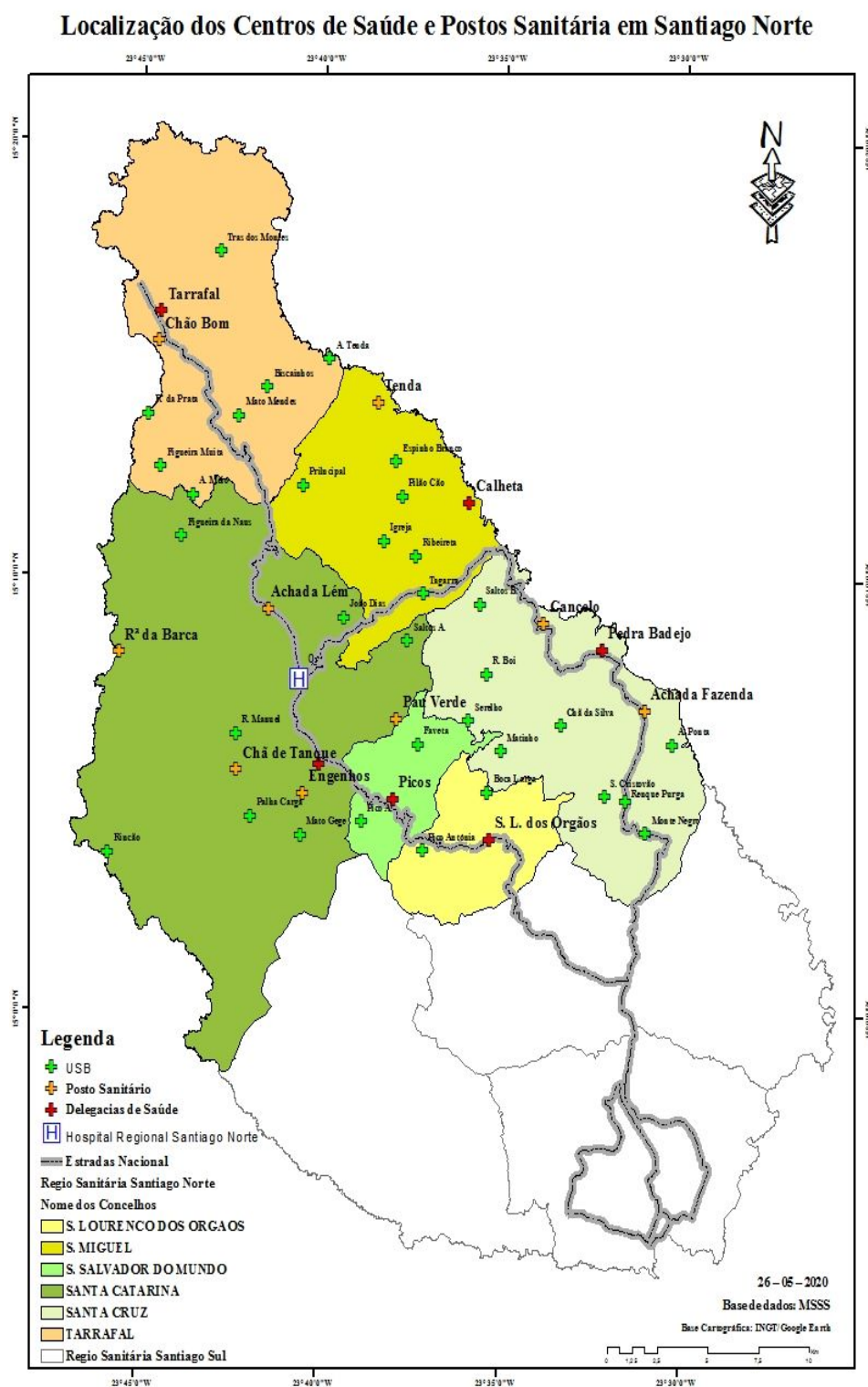
O estudo foi desenvolvido na Região Sanitária Santiago Norte, em todos os centros de saúde das cidades da Região (Centros de Saúde de Assomada, Pedra Badejo, Tarrafal de Santiago, Calheta São Miguel, Picos e Órgãos) e no Hospital Santa Rita Vieira (HSRV).

Os Centros de Saúde prestam cuidados de saúde de nível primário a indivíduos e famílias, sendo estes elementos da comunidade com os seus problemas, necessidades e comportamentos.

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

O Hospital Regional Santa Rita Vieira, situado no concelho de Santa Catarina, centro da Região, é um hospital de referência que responde pelos serviços de complementaridade dos seis municípios da região norte de Santiago.

Figura 3: Estruturas da RSSN e respetivos Municípios (Adaptado de ArQuiGiz, 2019).



5.3. A população e a amostra

A População participante no estudo é constituída por elementos que estão nos serviços de Cuidados Primários de Saúde da Região Sanitária Santiago Norte, nomeadamente, médicos, enfermeiros e entre outros técnicos.

População (ou universo da pesquisa) é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo (Prodanov, 2013).

A amostra foi por conveniência em que todos os técnicos de saúde elegíveis (técnicos de ambos os sexos que exercem funções nos Centros de Saúde da Região), convidados a participar no estudo, com foco para enfermeiros e médicos.

Como se sabe, a amostra é parte da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra ou um plano. Refere-se ao subconjunto do universo ou da população, por meio do qual estabelecemos ou estimamos as características desse universo ou dessa população (Prodanov, 2013).

Assim, as amostras foram definidas como técnicos que exercem funções nos Centros de Saúde da Região Sanitária Santiago Norte e selecionados entre os técnicos das diferentes categorias profissionais que exercem funções nos mesmos Centros de Saúde.

5.4. Os critérios de inclusão de amostra

Tendo em conta as características mistas da investigação aplicada neste trabalho, onde associou-se dados retrospectivos da Região Sanitária de 2008 até 2017 e informações através de questionários aplicados aos profissionais das estruturas primárias da RSSN e aplicação de *Check-list*, através da qual, observou as condições físicas e organizacionais das estruturas dos Centros de Saúde da Região, definiu-se os seguintes critérios de inclusão de amostras:

- Profissionais de saúde das estruturas primárias de saúde (Enfermeiros, Médicos, Psicólogos, Estomatologista, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Nutricionistas e técnicos de diagnóstico auxiliar);
- Académico que aplicou *Check-list* nas estruturas primárias de saúde da RSSN (Centros Saúde, Postos de Saúde e USB) e levantamento das informações relacionados com alguns indicadores que foram necessários para este trabalho.

5.5. As etapas da investigação

Segundo Prodanov & Ernani(2013), para a elaboração de uma pesquisa científica, é imprescindível conhecer os procedimentos e percursos a serem realizados, desde o início até sua finalização, além da divulgação dos novos conhecimentos desenvolvidos.

O processo de investigação teve cinco etapas fundamentais, das quais incluem pesquisa de revisões bibliográficas, observação direta, recolha e compilação de dados retrospectivos, trabalhos de campo, através da aplicação de questionários e *Check-list*, tendo em conta as seguintes etapas:

Etapas 1: Revisão bibliográfica e definição de tema;

Etapas 2: Definição dos objetivos e metodologia de trabalho;

Etapas 3: Aplicação da metodologia de trabalho, incluindo a recolha, introdução e tratamentos dos dados.

Etapas 4: Apuramento dos resultados;

Etapas 5: Proposta de implementação de PMFC no Município de Santa Catarina de Santiago.

5.6. Instrumentos de colheita de dados

Segundo Prodanov & Ernani (2013), afirmaram que “definidos as fontes de dados e o tipo de pesquisa, devemos abordar as técnicas de pesquisas e a coleta de dados. Normalmente, fizemos uma pesquisa bibliográfica prévia, de acordo com a sua natureza, passando, em seguida, aos detalhes desta, determinando as técnicas a serem utilizadas na coleta de dados, a fonte da amostragem, que deverá ser significativa, isto é, representativa e suficiente para apoiar conclusões, além das técnicas de registro desses dados e as de análise posterior”.

Segundo Correia (2017) citando Coutinho (2005) e Yin (2005), reforçou a ideia de que no estudo de caso o investigador recorre a métodos de recolha muito diversificados e a múltiplas fontes e instrumentos de recolha de dados.

Assim, a colheita de dados foi feita com auxílio de um questionário (ver anexo 1) e *check-liste* (ver anexo 3), adaptado do programa *MoniQuor*, para avaliação qualitativa dos Centros de Saúde da Região Sanitária Santiago Norte (RSSN) e nos relatórios estatísticos da RSSN e do Ministério da Saúde, traduzidos em Quadros e gráficos para se compreender as opiniões e

informações que permitissem identificar se existem ou não as condições básicas para implementar o PMFC na Região Sanitária Santiago Norte.

Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado (Gil, 2008).

Foi um questionário do tipo fechado, o qual foi estruturado por perguntas fechadas relacionadas com características socioprofissionais dos participantes, na sua parte inicial, e as subsequentes que avaliou a componente da organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados e educação contínua.

Checklist é uma lista de itens que foi previamente estabelecida para certificar as condições de um serviço, produto, processo ou qualquer outra tarefa (<https://certificacaoiso.com.br/o-que-e-e-para-que-serve-um-checklist/>). E essa lista foi necessária para levantamento do desempenho físico e material dos Centros de Saúde da RSSN, em relação às instalações e equipamentos existentes, tendo como pressuposto a identificação das instalações, acessibilidade, áreas específicas para diferentes atividades, equipamentos informáticos, conforme normas de higiene e segurança no trabalho.

5.7. Análise de dados

A análise tem como objetivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação (Gil, 2008).

Os dados foram analisados com recurso a folha de cálculo em Excel e ao programa informático “S.P.S.S. 21 – *Statistical Package for Social Science*”, onde foram utilizadas técnicas de análise exploratória de dados e estatística descritiva para as principais variáveis, teste de *Qui-quadrado*, para realização de correlação entre variáveis e análise das medidas centrais de tendência.

5.8. Análise dos questionários

A análise dos questionários foi realizada através de folha de Excel e basicamente através de SPSS versão 21, dos quais realizou-se teste de *Qui-quadrado*, onde se utilizou o valor de $p < 0.05$ para correlação de dados e relação de significância de dados recolhidos durante o estudo.

O mesmo constitui uma ferramenta importante na realização do trabalho, na medida em que através deste, recolheu-se subsídios para propor implementação do Programa de Medicina de Família e Comunidade, tendo como base de implementação o Concelho de Santa Catarina de Santiago, um dos Concelhos que integram a RSSN. Entretanto a análise do questionário constituiu um dos elementos para a formatação deste programa, sustentada por indicadores nacionais, regionais e sua relação com elementos estatísticos que o correlacionam com diversos elementos epidemiológicos relacionados com a saúde e doença.

5.9. Análise das Check-list

A aplicação da *check-list* foi feita através da observação do estado físico e funcional das estruturas de atenção primária no referido local de estudo, tendo-se definido os seguintes critérios de avaliação:

- Funcional / conservado - as estruturas que apresentam bom estado de conservação física, o qual todos os serviços de resposta estejam funcional.
- Degradado/funcional - as estruturas que apresentam problemas a nível da estrutura física ou que apresentam fissuras na estrutura armada, problemas com pinturas, entretanto continuam a prestar assistência à comunidade.
- Degradado/inativo - as estruturas com graves problemas de estrutura física, sem teto, sem paredes, com risco de desabamento, que por sua vez sem condições de segurança e higiene para atendimento local.

5.10. Implicações éticas e legais

Ética na pesquisa indica uma conjunção de “conduta” e de “pesquisa”, o que traduzimos como “conduta moralmente correta durante uma indagação, a procura de uma resposta para uma pergunta.” Ética na pesquisa científica indica que o estudo em questão deve ser feito de modo a procurar sistematicamente o conhecimento, por observação, identificação, descrição, investigação experimental, produzindo resultados reprodutíveis, realizado de forma moralmente correta (Prodanov, 2013).

Para aplicação do questionário com os sujeitos de estudo foi entregue previamente a cada participante um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver anexo 3) e foram fornecidos todos os esclarecimentos necessários do que se pretende com o estudo, os

riscos a ele relacionados e a garantia do respeito pela confidencialidade, anonimato e uso ético das informações, de acordo com as orientações do CNEPS de Cabo Verde.

CAPÍTULO – III

6. Resultados

A implementação da pesquisa permitiu dar resposta a todos os objetivos do estudo. Assim, primeiramente, foi possível analisar o potencial de atendimento nos serviços de urgências da RSSN e os principais indicadores. Em segundo lugar, também foi possível identificar as condições básicas, nas estruturas do nível primário da região, necessárias para implementação do Programa de Medicina de Família e Comunidade, com vista à sua integração na rotina de prestação de cuidados de saúde na RSSN. Por último, elaborar proposta-modelo de implementação do PMFC para implementar no Município de Santa Catarina de Santiago.

6.1. Descrição e análise dos questionários.

No quadro 19 é apresentada 5 dos 6 Centros de Saúde existentes na RSSN. Isto é, onde os participantes no estudo responderam os respetivos questionários, com exceção do Centro de Saúde de São Lourenço dos Órgãos (CSLO). Foram inquiridos 62 profissionais, 21 foram do Centro de Saúde de Assomada e 16 do Centro de Saúde de Santa Cruz, com maiores frequências respetivamente.

Quadro 19 - Distribuição dos participantes pelos Centros de Saúde da RSSN.

Centros de Saúde		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	CSA	21	33,9	33,9	33,9
	CSSCZ	16	25,8	25,8	59,7
	CST	8	12,9	12,9	72,6
	CSSM	10	16,1	16,1	88,7
	CSSSM	7	11,3	11,3	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No quadro 20 é apresentado o sexo dos participantes no estudo, cujos resultados revelam que 77% foram do sexo feminino e 23% do sexo masculino.

Quadro 20 - Distribuição dos participantes por sexo.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Masculino	14	22,6	22,6	22,6
	Feminino	48	77,4	77,4	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

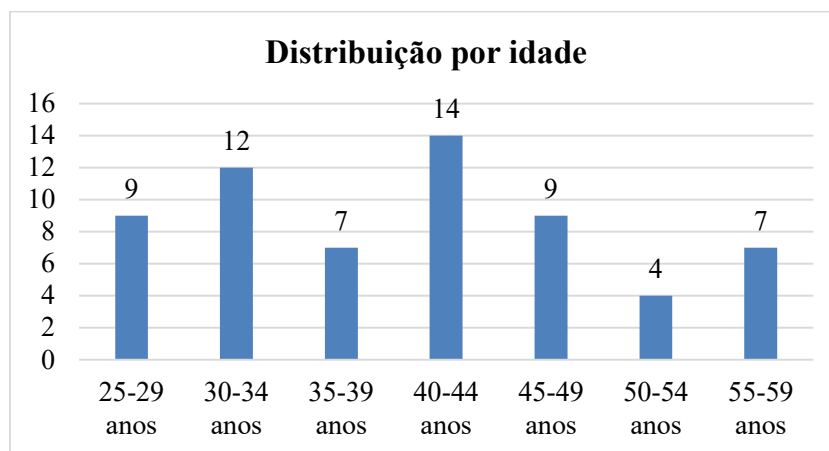
Em relação ao grupo de idade, os resultados mostram que dos 62 profissionais inqueridos, tinham entre os 25 e 59 anos de idade e uma média de 40 anos, conforme o quadro 21.

Quadro 21 - Características das medidas centrais de tendência estatística nos participantes.

N	Válido	62
	Ausente	0
Média		40,21
Mediana		40,00
Moda		30 ^a
Intervalo		34
Mínimo		25
Máximo		59

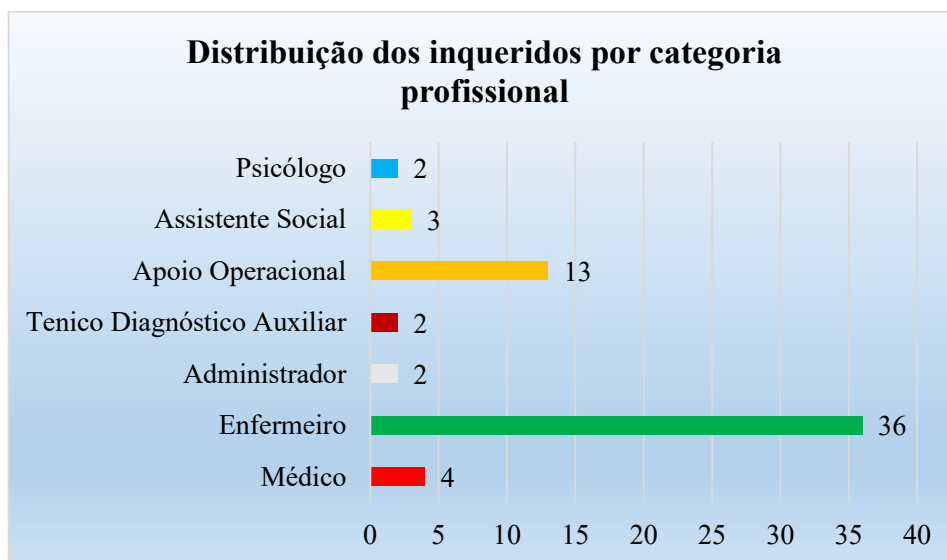
Em relação à idade, o gráfico 4 mostra que maioria dos participantes, 14 tinham idade compreendida entre os 40 – 44 e 12 com a faixa etária de 30-34 anos.

Gráfico 4 - Distribuição dos participantes por idade.



O gráfico 5 mostra que dos participantes no estudo, destacaram com maiores frequências, 36 enfermeiros, 13 apoio operacional e 4 médicos clínicos gerais, de entre categorias profissionais nas estruturas de saúde da RSSN.

Gráfico 5- Distribuição dos participantes por função nas estruturas de saúde da RSSN.



O Quadro 22 mostra que dos 62 profissionais de saúde que participaram no estudo, 48 mostraram interesse em continuar a sua carreira profissional na RSSN e 14 não têm a intenção de continuar.

Quadro 22 - Distribuição tendo em conta a disponibilidade de continuidade dos profissionais.

Pretende Continuar		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	48	77,4	77,4	77,4
	Não	14	22,6	22,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

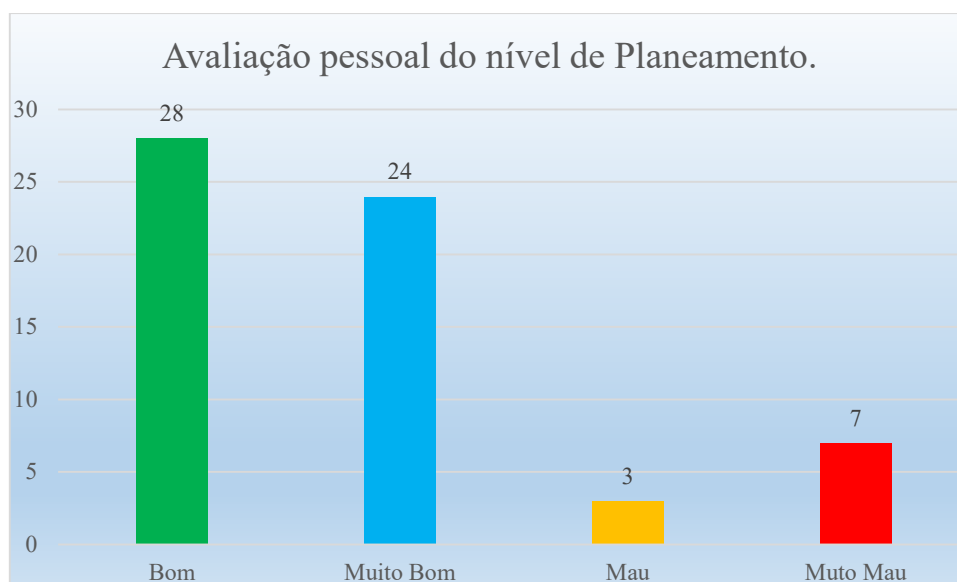
No quadro 23 mostra a participação dos profissionais da RSSN no planeamento das atividades nas suas respetivas estruturas de saúde. Dos participantes no estudo, 54 responderam sim e 8 que não.

Quadro 23 - Planejamento de atividades.

Planeamento de atividades		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	54	87,1	87,1	87,1
	Não	8	12,9	12,9	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

O gráfico 6 representa a avaliação do nível de planeamento nas estruturas de saúde na RSSN. Dos participantes no estudo, 28 avaliaram de Bom, 24 Muito Bom, 3 Mau e 7 de muito mau.

Gráfico 6 - Avaliação pessoal do nível de planeamento em função do número total de profissionais.



No quadro 24 apresenta o envolvimento dos profissionais nas atividades dos Centros de Saúde na RSSN. Dos participantes no estudo, 41 responderam seus envolvimento nas atividades dos Centros de Saúde, enquanto 21 não foram envolvidos.

Quadro 24 - Envolvimento dos profissionais nas atividades dos Centros de Saúde.

Envolvimento profissional		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	41	66,1	66,1	66,1
	Não	21	33,9	33,9	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No quadro 25 é representado desenvolvimento do trabalho de equipa nos Centros de Saúde na RSSN. Dos participantes no estudo, 52 responderam sim e 10 não.

Quadro 25 - Desenvolvimento do trabalho de equipa nas estruturas de saúde.

Trabalho de equipa		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	52	83,9	83,9	83,9
	Não	10	16,1	16,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No quadro 26 pode-se notar a promoção de iniciativas de trabalho de equipa nos Centros de Saúde da RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 44 responderam que não existirem a promoção de iniciativas de trabalho de equipas nas estruturas onde exerceram as suas atividades profissionais.

Quadro 26 - Promoção de Iniciativas de Trabalho de Equipa

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	18	29,0	29,0	29,0
	Não	44	71,0	71,0	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No quadro 27 apresenta a gestão de recursos nos Centros de Saúde da RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 45 responderam não existirem bom gestão de recursos onde exerceram as suas atividades profissionais, enquanto apenas 17 responderam sim.

Quadro 27 - Gestão de recursos.

Gestão de recursos		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	17	27,4	27,4	27,4
	Não	45	72,6	72,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No quadro 28 é representado recursos suficientes para execução das atividades nos Centros de Saúde na RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 54 responderam não existirem recursos suficientes para execução das atividades, enquanto apenas 8 responderam sim.

Quadro 28 - Recursos suficientes para execução das atividades.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	8	12,9	12,9	12,9
	Não	54	87,1	87,1	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No quadro 29 está representado incentivos de fixação de quadro nas estruturas de Saúde da RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 48 responderam não existirem incentivos de fixação de quadros, os quais corresponderam 77% dos participantes.

Quadro 29 - Incentivos de fixação de quadro.

Incentivos de fixação de quadro		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	14	22,6	22,6	22,6
	Não	48	77,4	77,4	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No quadro 30 representa o conhecimento dos profissionais de saúde da RSSN, sobre direitos e deveres dos cidadãos. Dos 62 participantes no estudo, 50 responderam terem conhecimentos sobre o direito e deveres dos utentes, enquanto 12 não.

Quadro 30 - Conhecimento sobre direitos e deveres dos cidadãos na estrutura.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	50	80,6	80,6	80,6
	Não	12	19,4	19,4	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

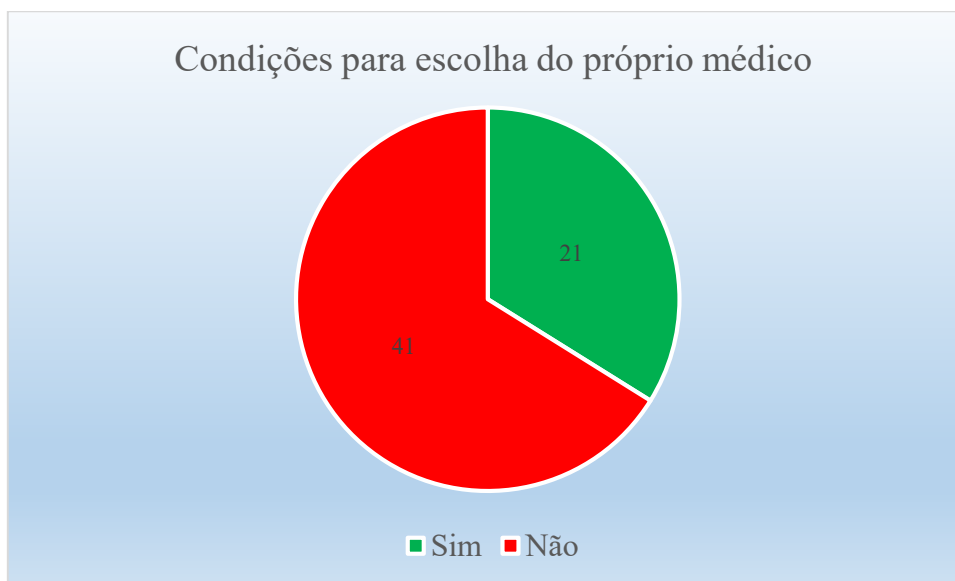
No quadro 31 é representado existência de orientações escritas para incidentes, erros e queixas nas estruturas de Saúde da RSSN. Dos 62 participantes no estudo 50% responderam sim e 50% não.

Quadro 31 - Existência de orientações escritas para incidentes, erros e queixas.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	31	50,0	50,0	50,0
	Não	31	50,0	50,0	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

O gráfico 7 demonstra as condições para escolha do próprio médico nas estruturas de saúde na RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 41 responderam não existirem condições para escolha do próprio médico, enquanto 21 sim.

Gráfico 7- Condições para escolha do próprio médico.



No quadro 32 é cruzado a escolha do próprio médico e possibilidade de mudar de médico nas estruturas de saúde da RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 18 responderam que os utentes têm possibilidade de escolher seu próprio médico e 3 responderam que não. Entretanto, 41 responderam que os utentes não têm possibilidade de escolher seu próprio médico e nem de mudar.

Quadro 32 - Tabulação cruzada de escolha e mudança de médico..

		Possibilidade De Mudar De Médico		Total
		Sim	Não	
Escolha do Próprio Médico	Sim	18	3	21
	Não	12	29	41
Total		30	32	62

No quadro 33 é cruzado função dos profissionais e opção de continuar nas estruturas de saúde da RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 48 responderam que pretendem continuar nas estruturas e 14 não. Dos profissionais que responderam não pretendem continuar nas estruturas, maioria, 7 foram enfermeiros.

Quadro 33 - Tabulação cruzada entre função e opção de continuar na estrutura.

		Pretende Continuar		Total
		Sim	Não	
Função	Médico	2	2	4
	Enfermeiro	29	7	36
	Administrador	2	0	2
	Técnico Diagnóstico Auxiliar	2	0	2
	Apoio Operacional	11	2	13
	Assistente Social	1	2	3
	Psicólogo	1	1	2
Total		48	14	62

No quadro 34 é representado a continuidade e integração de cuidados nas estruturas de saúde da RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 38 responderam que não existirem continuidade e integração de cuidados, enquanto que 24 responderam que sim.

Quadro 34 - Continuidade e integração de cuidados.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Sim	24	38,7	38,7	38,7
	Não	38	61,3	61,3	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No quadro 35 apresenta a comunicação entre profissionais e utentes nas estruturas de saúde da RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 40 responderam que existem boa comunicação entre profissionais e utentes, no entanto 22 responderam que não.

Quadro 35 - Comunicação entre profissionais e utentes.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	40	64,5	64,5	64,5
	Não	22	35,5	35,5	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No quadro 36 é representado linhas de orientações e protocolos funcionais nas estruturas de saúde da RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 42 responderam que têm conhecimentos sobre linhas de orientações e protocolos funcionais, entretanto 20 responderam que não.

Quadro 36 - Linhas de orientações e protocolos funcionais.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	42	67,7	67,7	67,7
	Não	20	32,3	32,3	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No quadro 37 mostra as políticas de prescrição de fármacos nas estruturas de saúde da RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 42 responderam que têm conhecimentos sobre as políticas de prescrição de fármacos, e enquanto 22 responderam que não.

Quadro 37 - Políticas de prescrição de fármacos.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	42	67,7	67,7	67,7
	Não	20	32,3	32,3	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

No quadro 38 pode-se notar os registos clínicos nas estruturas de saúde da RSSN. Dos 62 participantes no estudo, 61 responderam que têm conhecimentos sobre os registos clínicos nas suas referidas estruturas de saúde, os quais corresponderam 98% dos participantes.

Quadro 38 - Registos clínicos.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Sim	61	98,4	98,4	98,4
	Não	1	1,6	1,6	100,0
	Total	62	100,0	100,0	

6.2. Descrição e análise das *Check-list*

As check-list foram aplicadas em todas as estruturas do nível primário da Região Sanitária Santiago Norte para avaliar as condições físicas dos Centros de Saúde, Posto de Saúde e Unidades Sanitárias de Base.

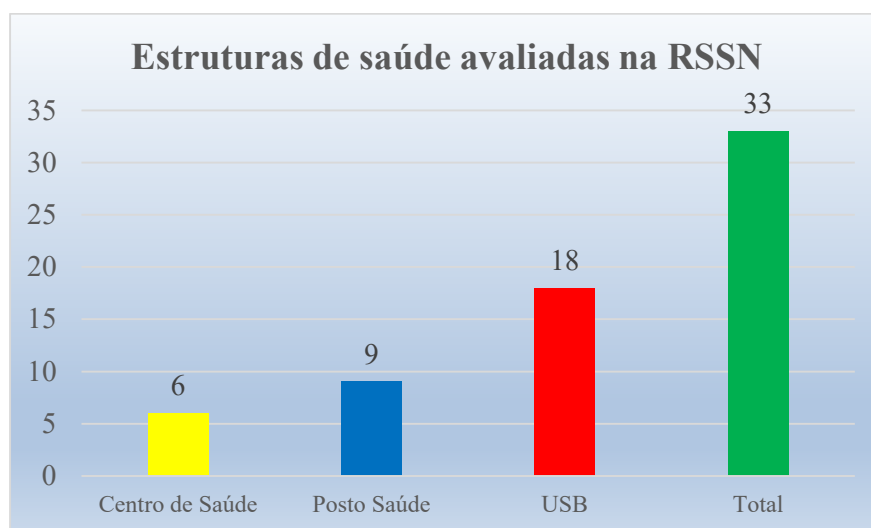
No quadro 39 mostra as estruturas de saúde existentes por Concelhos da RSSN. Das 33 estruturas de saúde dos Concelhos da RSSN, Santa Catarina surge em primeiro lugar com maior frequência 42 % (n=14) e Santa Cruz segundo maior frequência 36 % (n=12).

Quadro 39 - Estruturas de saúde por Concelhos da RSSN.

Concelhos		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
	Santa Catarina	14	42,4	42,4	42,4
	Tarrafal	2	6,1	6,1	48,5
	São Miguel	5	15,2	15,2	63,6
	Santa Cruz	12	36,4	36,4	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

No gráfico 8 é representado números das estruturas de nível primário saúde avaliadas na RSSN. Das 33 estruturas de nível primário de saúde avaliadas, foram 6 Centros de Saúde, 9 Postos de Saúde e 18 USB, todos distribuídos por 6 Concelhos da Região Sanitária Santiago Norte.

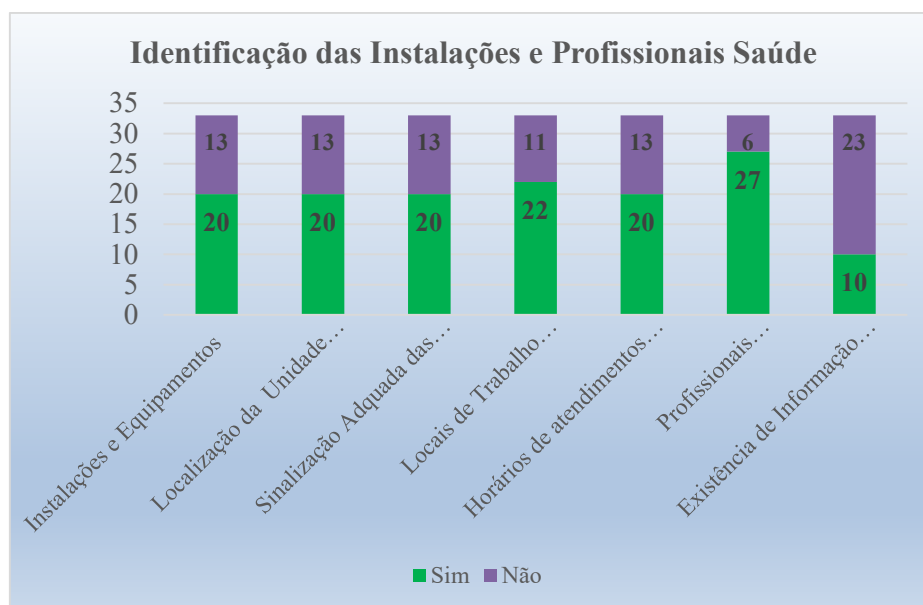
Gráfico 8- Das 33 estruturas de nível primário de saúde avaliadas na RSSN.



No gráfico 9 vê-se a identificação das instalações e dos profissionais nas unidades de saúde primária da RSSN.

Das 33 unidades de saúde primário da RSSN, maioria carecem de identificação das instalações bem como dos profissionais, principalmente nas USB. Os mesmos resultados mostram que 70 % (n=23) das estruturas de saúde não afixam informação quando o serviço estiver temporariamente encerrado.

Gráfico 9 - Identificação das instalações e dos profissionais.



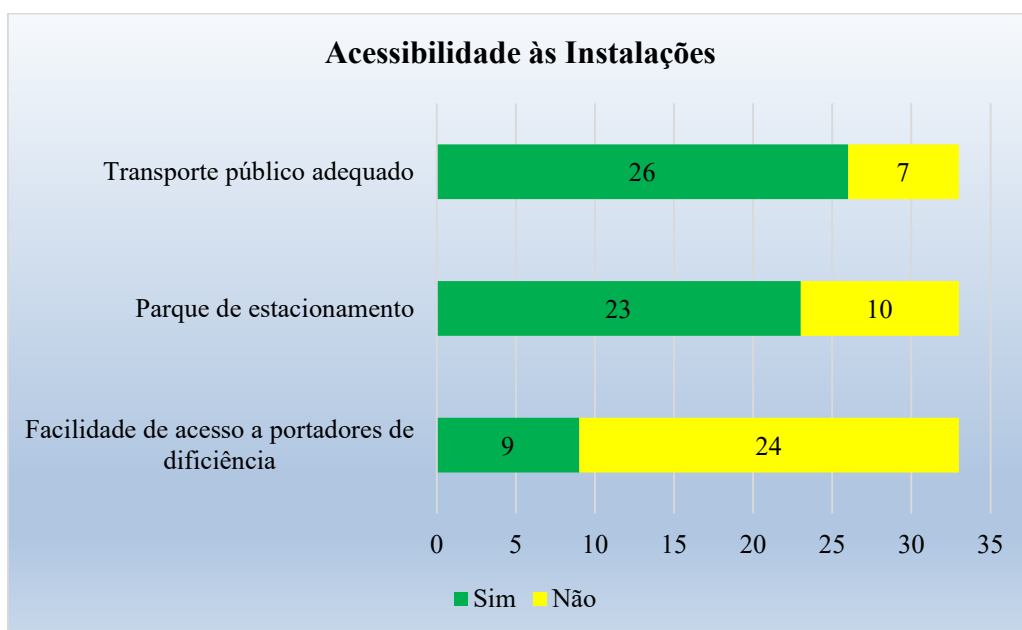
No quadro 40 é representado acessibilidade às instalações nas estruturas de saúde da RSSN. Das 33 estruturas de saúde maioria, 52%, têm bons condições de acesso, enquanto que 33% correspondem maus condições de acesso tendo em conta fatores geográficos.

Quadro 40 - Acessibilidade às instalações.

Avaliação		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
	Bom	17	51,5	51,5	51,5
	Mau	11	33,3	33,3	84,8
	Médio	5	15,2	15,2	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

No gráfico 10 apresenta uma das variáveis relacionadas com acesso às instalações dos portadores de deficiência às instalações nas estruturas primárias de saúde da RSSN. Das 33 estruturas, observou-se que 73% não possuem condições de acesso a portadores de deficiência.

Gráfico 10-Acessibilidade às instalações.



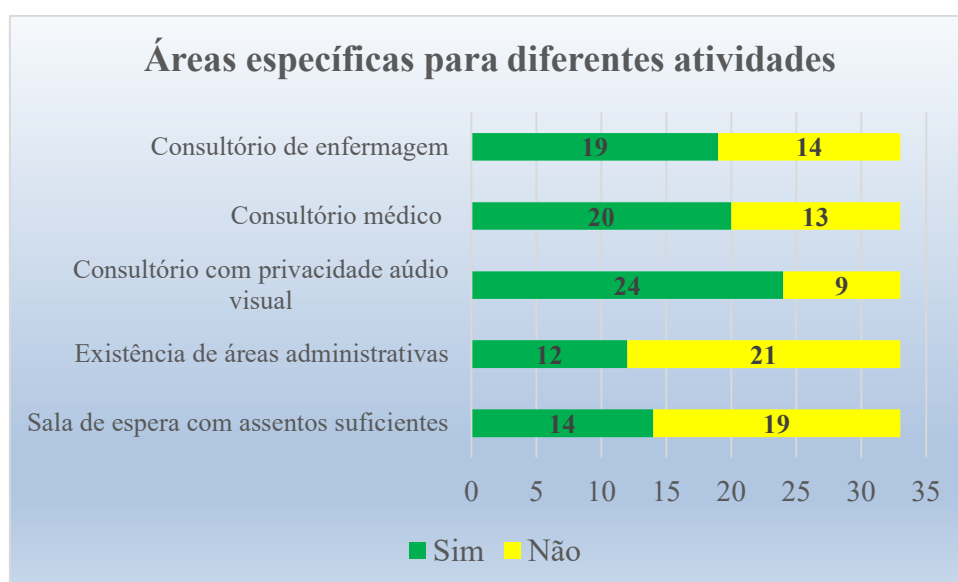
No quadro 41 estão representadas áreas específicas para diferentes atividades nas estruturas de saúde da RSSN. Das 33 estruturas observou-se que 52 possuem áreas específicas para diferentes atividades, enquanto que 48 % não possuem.

Quadro 41 - Áreas específicas para diferentes atividades.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
	Sim	17	51,5	51,5	51,5
	Não	16	48,5	48,5	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

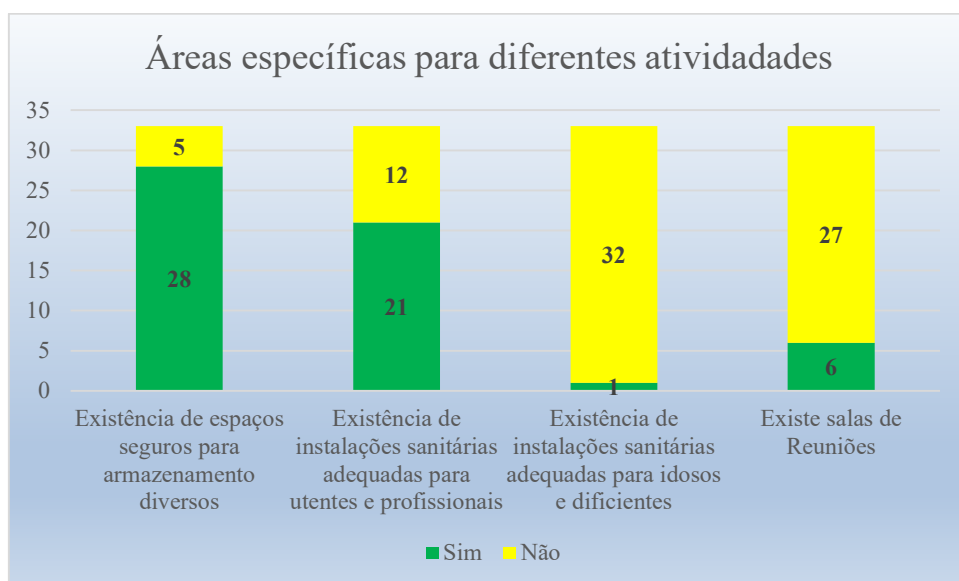
No gráfico 11 representa áreas específicas para diferentes atividades nas estruturas de saúde da RSSN. Das 33 estruturas observou-se que 58% não possuem sala de espera com assento suficiente para atendimento; 64% não possuem alas administrativas; 42% não possuem consultórios próprios para atendimento médico e de enfermagem.

Gráfico 11- Áreas específicas para diferentes atividades.



No gráfico 12 pode-se observar as variáveis relacionadas com instalações sanitárias para idosos, portadores de deficiência, utentes, profissionais, bem como salas de reuniões, nas estruturas primárias de saúde da RSSN. Das 33 estruturas primárias de saúde, observou-se que 97% não possuem instalações sanitárias para idosos e portadores de deficiência, enquanto que se constatou 12 estruturas sem instalações sanitárias para utentes e profissionais. Quanto às salas de reuniões, das 33 estruturas, 27 possuem salas de reuniões.

Gráfico 12-Áreas específicas para diferentes atividades.



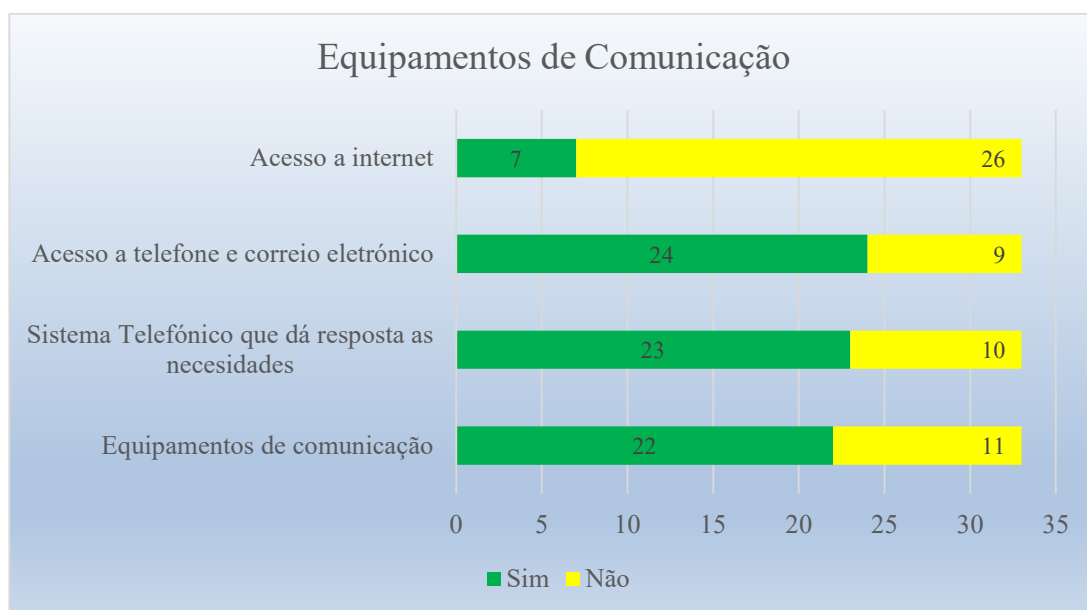
No quadro 42 é representado o cruzamento entre equipamentos informáticos * formação dos profissionais. Das 33 estruturas de saúde, 29 profissionais fizeram formação na área informática, no entanto em apenas 7 estruturas possuem equipamentos informáticos, entre as quais, com maior frequência nos centros de saúde.

Quadro 42 - Equipamentos informático * formação dos profissionais.

Equipamentos Informático		Formação Dos Profissionais		Total
		Sim	Não	
	Sim	7	0	7
	Não	22	4	26
Total		29	4	33

No gráfico 13 apresenta os equipamentos e comunicação nas estruturas primárias de saúde da RSSN. Das 33 estruturas primárias de saúde, observou-se que 26 estruturas não têm acesso a internet, no entanto 70% das estruturas comunicam via telefone e correio eletrónico.

Gráfico 13 - Equipamentos e Comunicação.



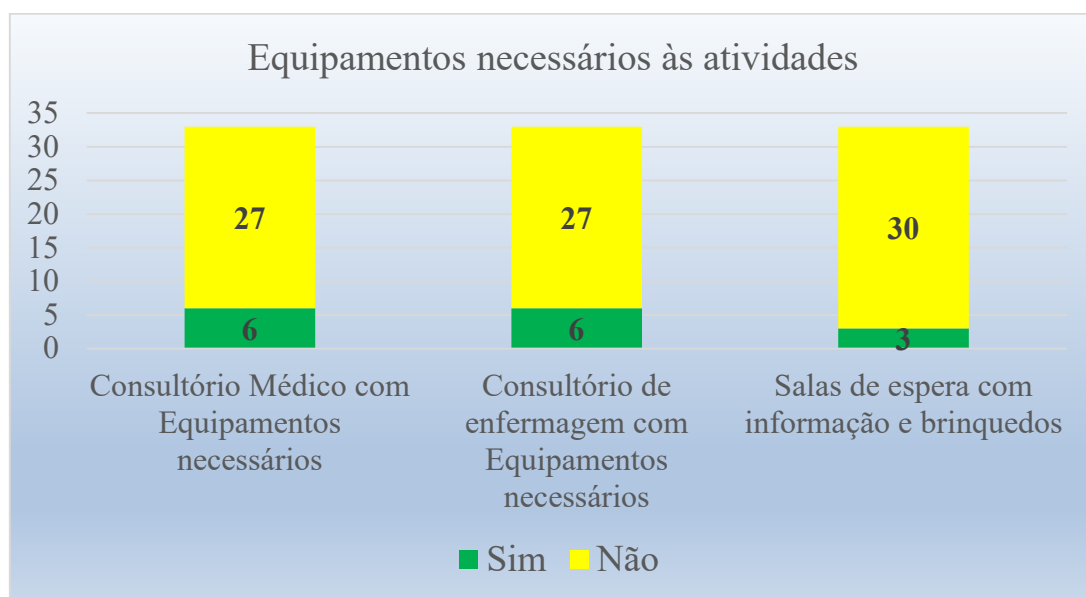
No quadro 43 apresenta o cruzamento entre tipo de estrutura de saúde * equipamentos necessários nas estruturas primárias de saúde da RSSN. Das 33 estruturas do nível primário de saúde (apenas os Centros de Saúde), 6 possuem equipamentos necessários para realização de atividades de atenção primária.

Quadro 43 - Tipo de Estrutura de Saúde * Equipamentos Necessários.

Tipo de Estrutura de Saúde		Equipamentos Necessários		Total
		Sim	Não	
	Centro de Saúde	6	0	6
	Posto Saúde	0	9	9
	USB	0	18	18
Total		6	27	33

No gráfico 14 pode-se notar os equipamentos necessários para realização das atividades de nível primário nas estruturas de saúde da RSSN. Das 33 estruturas do nível primário de saúde, observou-se que 6 possuem consultórios médicos e de enfermagem com equipamentos necessários para realização das atividades de atenção primária, por conseguinte, 3 possuem salas com informação e brinquedos.

Gráfico 14- Equipamentos necessários para realização das atividades de nível primário.



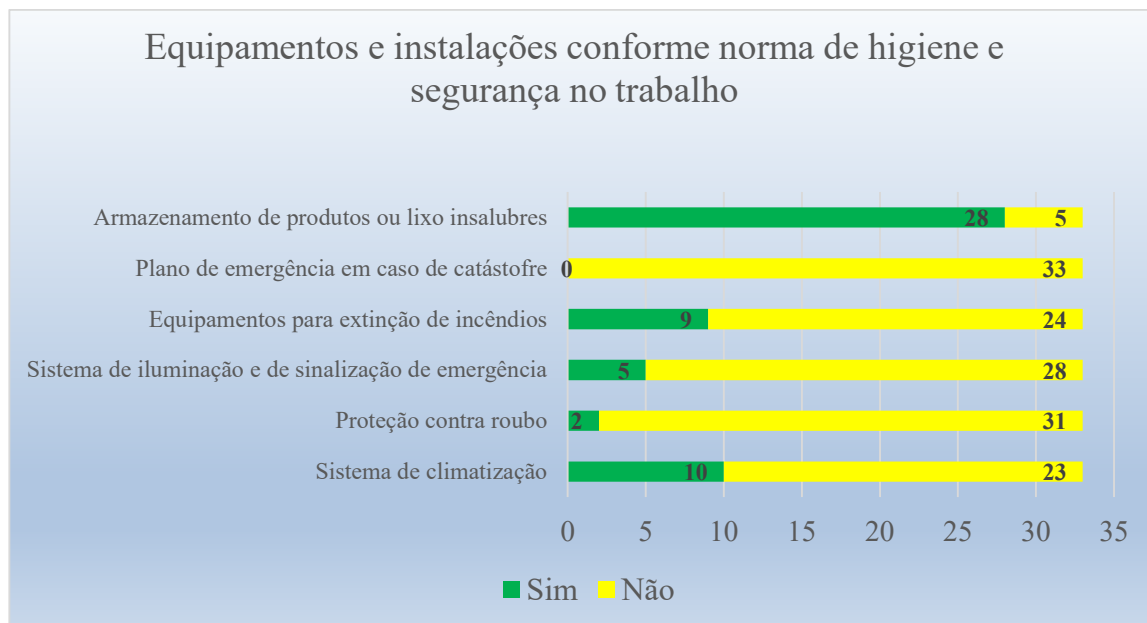
No quadro 44 é representado o cruzamento entre tipo de estrutura de saúde * equipamentos e instalações conforme normas de higiene segurança nas estruturas do nível primário de saúde da RSSN. Das 33 estruturas de saúde, observou-se que 26 das instalações de saúde primária não possuem equipamentos e instalações conforme normas de higiene e segurança, entretanto, 7 possuem condições, com maior destaque nos Centros de Saúde.

Quadro 44 - Tipo de estrutura de saúde * equipamentos instalações.

Tipo de Estrutura de Saúde		Equipamentos Instalações		Total
		Conforme Normas de Higiene Segurança		
		Sim	Não	
	Centro de Saúde	6	0	6
	Posto Saúde	1	8	9
	USB	0	18	18
Total		7	26	33

No gráfico 15 apresenta as variáveis, armazenamento de produtos e lixo insalubres, plano de emergência em caso de catástrofe e equipamentos de extinção de incêndios nas estruturas de nível primário de saúde na RSSN. Das 33 estruturas de saúde, constatou-se que 28 têm sistema de armazenamento de produtos e lixo insalubres; 24 têm equipamentos de extinção de incêndios; 28 têm sistema de iluminação e de sinalização de emergência.

Gráfico 15- Equipamentos e instalações.



Os resultados do quadro 45 mostra a situação física e funcional das estruturas primárias de saúde na RSSN, sendo que a Delegacia de Saúde de Santa Catarina, apresentou maior número de estruturas com problemas físicos e funcionais. Ou seja, das 13 estruturas da referida Delegacia, 2 centros apresentavam problemas físicos, 4 USB estavam funcionais mas degradados e 3 USB inativos e degradados.

Quadro 45 - Estruturas de saúde primária da RSSN.

Concelhos/Delegacias de Saúde			Situação física e funcional da estrutura de saúde de nível primário (n)			Total
			Funcional/ Conservado	Funcional/ Degradado	Inativo/ Degradado	
Santa Catarina	Tipo de Estrutura de Saúde	Centro de Saúde	0	2	0	2
		Posto Saúde	4	0	0	4
		USB	0	4	3	7
	Total		4	6	3	13
Tarrafal	Tipo de Estrutura de Saúde	Centro de Saúde	1	-	-	1
		Posto Saúde	1	-	-	1
	Total		2	-	-	2
São Miguel	Tipo de Estrutura De Saúde	Centro de Saúde	1	0	-	1
		Posto Saúde	0	1	-	1
		USB	3	0	-	3
	Total		4	1	-	5
Santa Cruz	Tipo de Estrutura de Saúde	Centro de Saúde	2	0	0	2
		Posto Saúde	1	2	0	3
		USB	6	1	1	8
	Total		9	3	1	13
Total	Tipo de Estrutura de Saúde	Centro de Saúde	4	2	0	6
		Posto Saúde	6	3	0	9
		USB	9	5	4	18
	Total		19	10	4	33

CAPÍTULO – IV

7. Discussão

Esta pesquisa acrescentará conhecimento para uma melhor compreensão de um Programa de Medicina de Família e Comunidade e os resultados espelham que existem condições básicas para sua implementação na RSSN, através da abordagem qualitativa, cruzados com abordagem quantitativa.

A implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade em Cabo Verde, arquitetada a partir das Regiões Sanitárias, constitui um desafio necessário para uma viragem nas políticas de saúde global e local, com foco na atenção primária de saúde, numa perspetiva que visa melhorar a qualidade de vida da população.

A prestação de cuidados de saúde a nível das famílias e comunidades, com base na prevenção e promoção da saúde, seguramente irá garantir cuidados básicos e essenciais cada vez mais próximos, pelo que este trabalho faz uma abordagem dos desafios inerentes à implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade dentro daquilo que são as condições físicas e humanas pré existentes nas estruturas da Região Sanitária Santiago Norte.

Os resultados deste estudo mostram que a Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), que é composta por 6 Municípios, possui também 6 Centros de Saúde distribuídos predominantemente nos centros urbanos de cada cidade, com a exceção do município de Tarrafal, cujo Centro de Saúde está situado a cerca de 3 km do centro da cidade. Entre outras estruturas primárias de saúde da Região destaca-se os Postos Sanitários (PS) e Unidades Sanitárias de Base (USB) distribuídos a nível da RSSN, com localizações acessíveis das comunidades, reunindo, assim as condições básicas de atendimento primário dentro daquilo que é estipulado pelo Sistema Nacional de Saúde.

Nesta ótica, os resultados mostram que existem condições básicas de acesso às estruturas de saúde na região, num contexto geográfico e epidemiológico onde se encontra uma unidade de saúde próxima das comunidades, sendo estas um dos princípios básicos para a implementação de um Programa de Medicina Família e Comunidade, cujo objetivo é garantir o acesso e equidade aos cuidados básicos de saúde à população de forma programada e sistemática mais próxima das comunidades.

Estudos Realizados por Justino *et all* (2015), mostraram que as unidades de saúde são condições essenciais para a implementação de Programa de Medicina de Família e Comunidade

(PMFC), pois constitui espaços de acolhimento e realizações de práticas de índole de prestação de cuidados primários de saúde.

Outros aspetos importantes, estão relacionados com os profissionais existentes, que compõem as equipas dos serviços de cuidados primários de cada Município, onde foram inquiridos um total de 62 profissionais de saúde de nível primário no universo de 96 técnicos, em que maioria (48) é do sexo feminino, sendo com idade compreendida entre 25 e 44 anos e por conseguinte com uma média das idades de 40 anos.

Atendendo um conjunto de desafios de ordem social, geográfico e epidemiológico, a mesma deve reunir de requisitos onde é possível conhecer e acompanhar a dinâmica das comunidades, pois a equipa de prestador de cuidados de saúde, preferencialmente deve estar numa faixa onde deve constituir fatores de desenvolvimento e envolvimento no programa, tanto a nível físico, mental, disciplinar e disponibilidade, reduzindo risco na quebra da dinâmica, em situações de doenças ou outros aspetos influenciados pelo fator idade.

Outro aspeto está relacionado com o tempo de entrosamento com a comunidade, onde a equipa deve criar uma relação de confiança com a equipa de forma progressiva e constante, garantindo assim mais informação sobre a comunidade.

Leuwenhorst Group (1977), mostrou que um individuo, independentemente do sexo e da sua idade, desde que munem de competência técnica que envolvam o conhecimento, habilidades de utilizar apropriadamente com destreza e perícia as oportunidades da prática clínica, atitudes voltadas para a capacidade de estabelecer empatia, imparcialidade, disposição e capacidade de autoavaliação e leitura crítica da informação médica, estarão aptos para integrar uma equipa de PMFC, a disponibilidade física e mental, dependendo do contexto geográfico e social poderá ser determinante.

No que se refere a disponibilidade dos profissionais de saúde, constatou uma maior participação de Enfermeiros, Médicos e Apoio Operacional neste trabalho, onde estudo realizado por Franco *et* Hubner (2007), mostraram a importância da constituição de uma equipa pluridisciplinar para dar mais robustez e consistências às práticas que envolvem o Programa de Medicina de Família e Comunidade, ao contrário de outros modelos que defendem uma formação estrita num processo de especialização de um médico de família, apesar que foram estes que serviram de modelagem para implementação de outros Programa de Medicina de Família e Comunidade, pois o objetivo maior do PMFC é alimentada na ideia de alcançar os utentes precocemente no ambiente domiciliário ou próximo a ela, provendo cuidados e orientações contínuas, sustentada na vertente preventiva e promocional da saúde. Por isso,

quanto maior for a diversidade de profissionais, melhor, mas a enfermagem no seu todo constitui um fundamental dentro daquilo que constitui o formato de vários sistemas de saúde.

Dos resultados, pode-se observar que 77 % dos profissionais inquiridos mostraram a intenção de continuarem na suas estruturas de saúde, aspecto que afirma ser fundamental para um Programa de Medicina de Família e Comunidade, pois este constitui um indicador importante na criação e manutenção de um vínculo com as comunidades, evitando trocas constantes de equipas que integram o PMFC, algo que pode romper a relação de confiança das equipas com a comunidade, e quanto mais tempo o prestador de cuidados estiver ao serviço da comunidade mais a probabilidade de desenvolver e estabelecer a relação de confiança utentes-prestador de cuidados.

Campos (2005), mostrou que uma das características fundamentais nos integrantes de uma equipa de um PMFC é a capacidade de estabelecer empatia, buscando uma relação de confiança efetiva e específica com os utentes, permitindo desenvolver alto grau *self-understanding*.

Vicente *et all* (2012), mostraram que laços desenvolvidos entre equipas que integram o PMFC são importantes na medida em que permite maior fluxo de informação, permite uma maior abertura e aproximação das famílias com os prestadores de cuidados, o que possibilita aos mesmo terem acesso a informações extremamente relevantes nesta relação utentes versus prestadores de cuidados. Pois, deve constituir uma relação de confiança, onde as famílias, muitas vezes, têm necessidade de cuidados ao domicílio, um espaço íntimo e privado, que só numa relação positiva e de confiança será possível e as famílias necessitam de tempo para interiorizar e conhecer o próprio prestador de cuidados, até estabelecer essa ligação.

Estes resultados coadunam com estudos realizados por Mendes (1999), onde mostrou que a equipa de PMFC precisava inserir numa localidade, organizada num processo de trabalho centrado na vigilância á saúde, tendo em conta o princípio da territorialidade, numa ralação interseccional comunitária.

Outros indicadores para implementação de um PMFC, mensurado neste trabalho, através da avaliação de um conjunto de profissionais de saúde primário de diversas áreas da RSSN, está relacionado com o nível de gestão e planeamento das atividades nas estruturas de saúde primária da RSSN, onde 87% dos inquiridos referiram existir um bom nível de gestão e planeamento das atividades nas unidades de saúde, que por sua vez conta com um equilibrado envolvimento dos profissionais nas atividades desenvolvidas nas suas referidas estruturas de saúde, contando com um forte desenvolvimento de trabalho em equipa e promoção de

iniciativas de trabalho coletivo. Estes resultados vão ao encontro dos estudos realizados por Mascarenhas (2003), onde mostrou que as Estruturas Sanitárias dos Municípios com bons níveis de desempenho de gestão e planeamento de atividades, que desenvolvem trabalhos em equipas de forma articulada e planeado, o processo de implantação de Programa de Medicina de Família e Comunidade torna-se num processo mais fácil e exequível, pois estes são elementos fundamentais para este processo.

Os dados analisados, neste estudo mostraram que 72% dos participantes referiam que não havia uma boa gestão dos recursos humanos, apontando para falta de igualdade e equidade no que tange à gestão desses recursos, aspeto que interfere diretamente no desempenho e performance na prestação de cuidados primários na RSSN, pois há um défice na disponibilidade e gestão destes meios que revelam ser chaves para os desafios diários e futuros da saúde na RSSN. Este constitui a “máquina do fazer”, parte garante do funcionamento dos programas em qualquer sistema de saúde. Por conseguinte, a mesma situação é agravada pela insuficiência de recursos que por sua vez são escassos e sem visão política que incentivam a fixação de quadros locais, também marcada por uma forte rotatividade, permutas e transferências dos profissionais da RSSN para outras estruturas de saúde do país.

Senna *et* Cohen (2020), analisaram o impacto produzido pela implantação da Estratégia Saúde de Família (ESF) na organização dos serviços locais, partindo do entendimento de que a adoção do PMFC foi impulsionada pelo avanço do processo descentralizado, sectorial e contextual vocacionado num novo modelo assistencial com base em três fatores essenciais: a relação com o sistema local de saúde; o controlo social e a gestão dos recursos humanos em saúde, partindo do pressuposto de que o modelo assistencial de saúde através de PMFC, não é dado a priori, mas sim construído gradualmente, mas o mesmo deve ser suportado por um conjunto de elementos de gestão de recursos iniciais que vão sendo aprimorados quotidianamente em função das políticas públicas de saúde e dinâmica das comunidades.

Com este estudo, foi possível constatar que maioria dos participantes tem conhecimento sobre os direitos e deveres dos utentes, além de ser um aspeto implícito na política de saúde nacional, o mesmo está disponível no formato impreso em todas as estruturas de saúde do país, bem como a existência de orientações escritas para incidentes de erros e queixas, a possibilidade de escolha do próprio médico, com possibilidade de troca do mesmo quando necessário por parte do utente, aspetos que se considere preponderante para a implementação de um PMFC. Pois, trata-se de um programa que permite um forte vínculo social, comunitária e opcional entre

os utentes e as equipas de PMFC, numa forte relação de cumplicidade onde estes fatores devem ser previamente salvaguardados.

Outros fatores que foram analisados estão relacionados com a continuidade e integração dos cuidados, que constitui um dos “calcanhares de Aquiles” para as políticas de cuidados de saúde primário segundo as informações dos participantes, bem como a necessidade de melhoria de comunicação entre utentes e profissionais de saúde. Aspetos esses apontados como serem chaves para qualquer estratégia de implementação dos programas e políticas públicas no sector de saúde primário, tendo em conta que a comunicação é o elo entre a evidência epidemiológica e as ações dos prestadores de cuidados de saúde em todos os seus níveis, com maior ênfase quando ela é realizada junto ao ambiente comunitário.

Estes aspetos colaboram com orientações de WONCA (2002), pois a comunicação, o respeito e a preservação dos direitos e deveres, entre outros fatores que são de carácter opcional, serem salvaguardados, pois a Medicina de Família e Comunidade possui um componente diferenciado, que é o fato de ter como um dos grandes pressupostos, o foco na atenção da família e seu espaço singular que é o domicílio. Daí a necessidade de ter mecanismos que garantam o funcionamento deste programa, numa abordagem comunicativa, consensual e educativa.

Tendo em conta a necessidade de criação de um modelo que constitua a base para o sistema de saúde, a implantação de um PMFC, implicaria um sistema organizado de gestão de informação, com um sistema de registo escrito ou informático. Logo, com os resultados, o estudo mostrou-se que boa parte dos profissionais seguiam linhas de orientações e protocolo funcionais, conheciam muito bem as políticas de prescrição de fármacos e a totalidade dos profissionais tinham conhecimentos sobre os registos clínicos nas suas estruturas, ou seja têm conhecimentos destas ferramentas importantes para a implementação de um PMFC, aspeto que não necessitará de qualquer inovação, mas sim de melhorias contínuas.

Estudo realizado por Starfield (2002), onde fez uma abordagem da atenção primária, fazendo uma ponte de equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia, onde para além do indivíduo na sua perspetiva física, mental, ambiental e social, há necessidade de um aparato que permite a sua memória no tempo e no espaço, através da descrição da história clínica, epidemiológica no que tange aos cuidados médicos prestados, marcados por um conjunto de mecanismos de gestão que garantam a continuidade de cuidados, acessibilidade, coordenação, vigilância, notificação e responsabilização dos cuidados á saúde .

Os resultados da *check-list* mostra que a Região Sanitária Santiago Norte possui um conjunto de infraestruturas e recursos humanos a nível de cuidados primários de saúde, que

permitem uma integração e implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade, fator que irá facilitar o pleno funcionamento do programa, que por sua vez exige um conjunto de meios físicos e organizacionais para que o mesmo se efetive, entre estes Centros de Saúde, Postos Sanitários e Unidades Sanitárias de Base. Recorda-se que esses centros estão localizados em pontos equidistantes às comunidades envolventes, permitindo que as equipas de intervenção posicionem mais próximos das comunidades, garantindo maior proximidade entre profissionais e utentes.

Nogueira *et* Maricoto (2018), mostraram que um dos fatores determinantes que influenciam a prestação de cuidados de saúde através de Programa de Medicina de Família e Comunidade são os cuidados no domicílio. Mas é necessário a existência de um conjunto de infraestruturas (unidades de saúde) que permite uma transversalidade no processo de prestação de cuidados de saúde que por sua vez é diversificada. Desta forma, observa que resultados deste estudo corrobora com os realizados por Nogueira *et* Maricoto (2018).

Estudo realizado por Justino *et all* (2016), mostra que os estabelecimentos de saúde primário são fundamentais para a eficácia da implantação do Programa de Medicina de Família e Comunidade, pois constituem espaços de interligação de cuidados, onde os cuidados e procedimentos que não são possíveis de prestar no domicílio, são executados a nível das unidades de saúde mais próximos da comunidade bem como fatores relacionados com a gestão do programa.

Outro fator analisado neste estudo, está relacionado com a identificação das unidades de saúde e profissionais, pois estes fatores, segundo estudo realizado por Falk (2004) são essenciais para organização, eficiência de comunicação e orientação de funcionalidade dos programas. Isso permite orientar, direcionar, interagir numa perspetiva de comunicação entre utentes e profissionais.

Os resultados deste estudo mostra a necessidade de uma melhoria no que toca a estes fatores, visto que muitas estruturas de saúde primária e profissionais existentes não possuem identificação e este fator cria uma barreira de comunicação e orientação que pode bloquear o acesso e procura dos serviços dentro do Programa de Medicina de Família e Comunidade, Pois, várias estruturas são de difíceis acesso, não possuem compartimentos, não possuem um sistema de transporte adequado entre outros fatores que facilitam melhor interação no funcionamento do programa, permitindo prestar cuidados com qualidade e segurança de forma mais integrativa e inclusiva.

Os resultados mostram também que a existência de áreas específicas para prestação de cuidados constitui um ponto crítico, porque várias estruturas não possuem condições para prestação de cuidados, tendo em conta a diversidade de cuidados e instalações de equipas multidisciplinares que possam prestar cuidados de forma faseada e por processo, garantindo a privacidade dos utentes e profissionais. Deve-se salientar, aqui, que segundo um estudo realizado por Sarti *et al* (2018), mostraram os desafios para consolidação do Programa de Medicina de Família e Comunidade, corroborando com estes resultados, na medida que mostra a importância dessas áreas específicas para execução de procedimentos garantindo maior privacidade e personalização na prestação de cuidados, com destaque nos consultórios ou alas para atendimento Médico, de Enfermeiros ou outros profissionais de saúde que possam integrar as Equipas de Medicina de Família e Comunidade. Nogueira *et* Maricoto (2018), também mostraram que os equipamentos e instalações são determinantes essenciais que influenciam a prestação de cuidados de saúde no contexto de Medicina de Família e Comunidade, pois influencia diretamente na gestão clínica dos utentes. Outro aspeto importante referenciado por WONCA (2002), está relacionada com os aspetos técnico-científicos e comunicação, para eficácia e eficiência destes Programas, pois várias estruturas ainda não possuem um bom sistema de comunicação, via telefone, internet, informatização das unidades, que permitam uma melhor funcionalidade do Programa de Medicina de Família e Comunidade.

Outro fator recolhido, está relacionado com a situação física e estado de conservação das estruturas de saúde no local de estudo. Recordar-se que algumas estruturas se encontram em mau estado de conservação física, muitos não estão funcionais por se encontrarem muito degradados e alguns desses espaços físicos constituem uma ameaça à segurança dos profissionais e utentes. Torna-se necessário um programa de recuperação de algumas unidades de saúde, uma vez que estes constituem o palco para execução destes programas apesar de as vertentes básicas destes Programas estarem voltadas para o domicílio e comunidade, mas as estrutura tem que oferecer um bom estado de conservação.

8. Proposta para Implementação de PMFC

Enquadramento da proposta

O Programa de Saúde da Família e Comunidade (PSFC) é, antes de tudo, uma estratégia cujo principal objetivo é reorientar as práticas de atenção à saúde através da mudança do foco de atuação do indivíduo para a família e para o ambiente onde ela vive (Rocha, Carvalho, & Cruz, 2011).

Assim, baseando nas experiências dos países onde já se implementou o Programa de Medicina de Família e Comunidade (PMFC) e associados às melhorias dos indicadores, propõe-se implementar no Município de Santa Catarina o PMFC, tendo em conta os pressupostos necessários para a sua implementação.

No quadro 46 apresenta uma Análise *SWOT*, considerando os componentes Internos e Externos associados à situação atual da RSSN, bem como às respetivas perspetivas.

Análise *SWOT*

Quadro 46 - Análise *SWOT*.

Interno	
Forças	Fraquezas
Apoio à gestão regional e central;	Número reduzido de Médicos de Família e Comunidade titulados na rede de Atenção Primária do Município;
Estruturas de saúde primária com bom padrão físico;	Falta de conhecimento sobre a residência médica na atenção primária por parte de alguns serviços;
Unidades primárias localizadas em pontos equidistantes e de fácil acesso;	Inexistência do cadastro dos Utentes de Santa Catarina num Sistema de Informação Digital;
Articulação entre unidades horizontais e/ou verticais	Referência e Contra-referência
Desenvolvimento das TICs na RSSN;	Ineficiência Económica
Equipas multiprofissionais	Procura espontânea
Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas	
Tele-medicina	Problemas pontuais de ordem técnico

Externo	
Oportunidades	Ameaças
Territorialização de acesso	Contexto geográfico da RSSN
Reforço dos cuidados Primários de Saúde	Mobilidade de profissionais de saúde na RSSN
Atrair Médicos de Família e Comunidade para o Município de Santa Catarina	Baixa procura do programa pelos formandos em medicina no país
Formação dos médicos e equipas com qualidade para reforçar a Medicina de Família e Comunidade no município e no país	Mudanças de gestão
Consolidar o modelo de prestação de cuidados Primária de Saúde baseado na Estratégia Saúde da Família	

Objetivo

Descrever os pressupostos de implementação do Programa de Medicina de Família e Comunidade para o Município de Santa Catarina.

Caraterização do Município de Santa Catarina

O município de Santa Catarina situa-se na parte central e litoral da ilha de Santiago. É o segundo maior município da ilha, abarcando uma superfície de 274 Km².

A sede do município é a Cidade de Assomada, a qual dista cerca de 44 km da cidade da Praia, capital do país (ANMCV, 2012). Em 2017 a população do Município de Santa Catarina, era de 120292.

Na figura 5 é representada a localização geográfica e dimensão territorial dos Municípios da Região Norte de Santiago, destacando Santa Catarina, como sendo maior Município da Região.

Figura 4 - Localização geográfica da Região de Santiago Norte



Indicadores sócio-demográficos da população de Santa Catarina

No quadro 48 mostra a evolução comparativa da população entre CV, SC e RSSN em relação à dimensão percentual, tendo em conta os anos 2008 – 2017. De acordo com os dados do Quadro, verificou-se que a população de Santa Catarina, correspondeu uma média por ano de 9% em relação à população de CV e 37% à da RSSN.

Quadro 47 – Evolução comparativa da população de CV, SC e RSSN de 2008– 2017.

Ano	Pop. CV	% SC/CV	Pop. SC	% SC/RSSN	Pop. RSSN
2008	499796	9%	46866	35%	135120
2009	508683	9%	47681	35%	136612
2010	436821	10%	43297	36%	120192
2011	499929	9%	43741	36%	120468
2012	505983	9%	44052	37%	120358
2013	512137	9%	44387	37%	120290
2014	518467	9%	44745	37%	120255
2015	524833	9%	45123	38%	120247
2016	531239	9%	45516	38%	120260
2017	537661	9%	45921	38%	120292

Fonte: Censo, INE (2010); Projeções, ENE (2010 -2030).

A EMFC deverá ser entendida como a “base de desenvolvimento da prestação de cuidados de saúde a uma determinada população, com autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional, trabalhando em rede e próximo dos cidadãos.

Será conveniente fazer identificação dos profissionais e definição do conteúdo funcional de cada grupo profissional (Médicos, Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde), bem como o modelo de gestão a adotar, nomeadamente na participação dos profissionais e na partilha de responsabilidades.

Identificação dos profissionais

Serão identificados os elementos da equipa multi-profissional, estes num primeiro momento que poderão integrar Médico, Enfermeiro e Assistente Administrativo (Sousa & Neto, 2000).

É recomendável que a Equipa de Saúde de Família e Comunidade (ESFC) seja composta, no mínimo, por um Médico, um Enfermeiro e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde. Cada Equipa de Saúde da Família e Comunidade deverá acompanhar de 600 a 1000 famílias, o que corresponde de 2400 a 4500 pessoas. Cada ACS é responsável pelo acompanhamento de uma Localidade, onde residem de 400 a 750 pessoas.

A definição do número de ESFC e de ACS dependerá do número de famílias/pessoas que irão acompanhar. E essa definição dependerá das características do território: a distância das casas, as barreiras de acesso (ribeiras, montanhas, inexistência de transporte adequado), a natureza e a dimensão dos problemas, área de risco social ou ambiental (Sousa & Neto, 2000).

Conteúdo funcional comum aos profissionais que poderão integrar às ESFC

- Conhecer a realidade de famílias pelas quais serão responsáveis, com foco nas suas características sociais, económicos, culturais, demográficos e epidemiológicos;
- Identificar os problemas de saúde que apresentarão situações de risco mais comuns aos quais a população estará exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos problemas de saúde e fatores que colocarão em risco a saúde;

- Prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com foco nas ações de promoção à saúde (Rocha, Carvalho, & Cruz, 2011).

Médico – Clínico Geral

O Médico (Clínico Geral) deverá atender a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade. Desenvolverá com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população (Sousa & Neto, 2000).

Conteúdo funcional do médico – clínico geral:

- Prestar assistência integral aos indivíduos sob sua custódia;
- Valorizar a relação médico-paciente e médico-familiar como parte de um processo terapêutico e de confiança;
- Aproveitar os contactos com indivíduos sadios ou doentes, visando abordar os aspetos preventivos e de educação em saúde;
- Empenhar-se em manter seus utentes saudáveis, quer venham às consultas ou não;
- Executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em seu território de abrangência;
- Executar as ações de assistências nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador, ao adulto e ao idoso realizando também atendimento de primeiros cuidados nas urgências e pequenas cirurgias em ambulatórios, entre outros;
- Promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja mais saudável;
- Ajudar a desenvolver junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania com foco nos direitos à saúde e as bases legais que os legitimam;
- Participar do processo de programação e planeamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de saúde da família (Rocha, Carvalho, & Cruz, 2011).

Enfermeiro

Propõe-se que enfermeiro desenvolva o seu processo de trabalho em dois locais, na unidade de saúde, junto à equipa de saúde e na comunidade onde apoiará e, deverá supervisionar

o trabalho dos agentes comunitários de saúde e assistirá às pessoas que necessitarão de atenção de enfermagem.

Conteúdo funcional do enfermeiro:

- No nível de sua competência, responsabilizar-se-á pelas ações de vigilância sanitária e epidemiológica nas áreas de atenção à criança, ao portador de deficiência, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso;
- Capacitar os ACS, auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções junto ao serviço de saúde;
- Aproveitar os contatos com a comunidade para promover a saúde e abordar os aspectos de educação sanitária;
- Promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente se torne mais saudável;
- Discutir de forma permanente, junto com a equipa de trabalho e comunidade, o conceito de cidadania e as bases legais que os legitimam;
- Programar e planejar as ações e organizar programas e trabalho da unidade, em conjunto com os demais profissionais da equipa.

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

O ACS deverá fazer a ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês e realizará o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimulará a comunidade para práticas que proporcionem melhores condições de saúde e de vida (CARVALHO J. , 2014).

Conteúdo funcional do Agente Comunitário de Saúde (ACS):

- Realizar mapeamento de sua área de atuação;
- Cadastrar e atualizar as famílias de sua área;
- Identificar indivíduos e famílias expostas a situações de risco;

- Realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todos os familiares sob sua responsabilidade;
- Coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;
- Desenvolver ações básicas de promoção da saúde e prevenções de doenças;
- Promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida, mediante ações de saneamento e melhoria do meio ambiente;
- Incentivar a formação de conselhos locais de saúde, para utilização adequada do serviço de saúde;
- Informar a equipa da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;
- Participar do processo de programação de planeamento local das ações de saúde, com vistas à superação dos problemas identificados (Rocha, Carvalho, & Cruz, 2011).

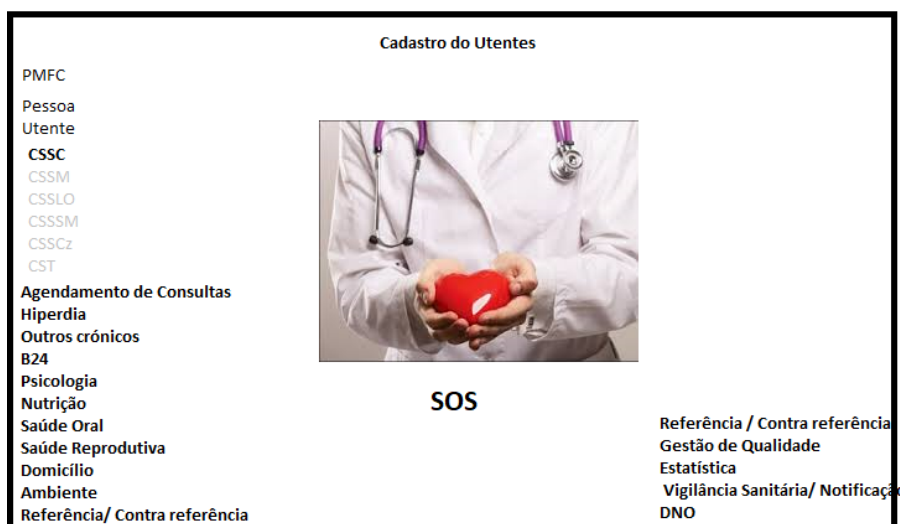
Cadastramento das famílias

Propõe-se um cadastramento através de visitas aos domicílios pela equipa, sobretudo pelos Agentes Comunitários de Saúde.

O entrevistador deverá posicionar-se com afetividade, mas com firmeza, não devendo portar-se como um mero inquisidor. Pois, a partir desse momento, ele passa a ser um novo elemento que interage com aquela família visando a manutenção ou a recuperação da saúde de seus membros e da qualidade da dinâmica familiar (Sousa & Neto, 2000).

Na figura 6 representa uma proposta para informação do utente através de cadastramento, incluindo todas as variáveis necessárias.

Figura 5 - Proposta do Sistema de Informação do Utente (SIU) do PMFC.



Instalações e equipamentos da Unidade de Saúde da Família e Comunidade (USFC)

Implementar uma USFC não significa construir novas unidades, mas readequar o funcionamento das existentes. Preferencialmente, a USFC deve ser instalada em uma unidade básica de saúde já existente, seja um Centro de Saúde ou um Posto. Porém, poderá haver adaptações em outras unidades, desde que sejam obedecidos os critérios de referência territorial e de facilidade de acesso da população (Sousa & Neto, 2000).

Aspetos importantes que deverá ter em conta nas instalações e equipamentos para o seu adequado funcionamento (PORTUGAL, 2010):

Localização

Identificar-se-á localização (endereço – morada, código postal, endereço eletrónico e telefone), a descrição das instalações e eventuais alterações estruturais necessárias.

Recursos materiais

Será conveniente a equipa definir as suas necessidades, material e equipamento necessários para funcionamento dos serviços.

Acesso e sinalização

Sinalização deverá estar adequada à orientação e movimentação dos utentes em todos os locais de trabalho devidamente identificados, bem como a facilidades de acesso e de mobilidade para deficientes.

Sala de espera

Ambiente na sala de espera deverá ser acolhedor, permitindo a privacidade e o conforto dos utentes; assentos em número suficiente; brinquedos, informações e material de promoção da saúde. As instalações sanitárias para utentes, incluindo cidadãos portadores de mobilidade reduzida, poderão ser partilhadas com outras Unidades Funcionais que coexistirem no mesmo edifício.

Gabinete médico

Deverá existir gabinetes individuais para cada médico, com condições adequadas para a avaliação dos utentes. Também tem de haver equipamentos necessários à prática de medicina geral e familiar, incluindo malas para visitas domiciliárias.

Gabinete de enfermagem

Os gabinetes de enfermagem devem existir em número suficiente (pelo menos um gabinete para cada dois Enfermeiros e uma sala de tratamentos com dois postos de trabalho), com equipamentos necessários. Haverá locais próprios para tratamentos e malas de domicílio com equipamento adequado.

Área da saúde da mulher e da criança

Sempre que possível deverá existir uma área específica para as atividades, com pelo menos três gabinetes.

Área administrativo

Deverá ter espaço suficiente para receção do utente e área de retaguarda com equipamento necessário.

Comunicações

Deverá estar instalado um central telefónica, equipamento informático, com ligação à rede do Estado para todos os profissionais e em todos os postos de trabalho.

Comunicações e Sistema de informação

Todos os postos de trabalho deverão dispor de computadores e estarem ligados em rede. Deverá estar instalado um central telefónico e um sistema de informação com módulo administrativo e clínico (médico e de enfermagem).

Se houver já algum sistema instalado deverá ser feita uma descrição sumária e referência do grau de utilização pelos profissionais.

Local de reuniões

Deverá incluir mobiliário adequado e material audiovisual, espaço que poderá ser partilhado com outras unidades funcionais. Para melhor conforto, o espaço físico da USFC deverá possuir um sistema de climatização.

Organização interna e cooperação interdisciplinar

Deverá identificar um coordenador da equipa multi-profissional e dos outros órgãos de gestão.

Será necessária fazer a definição do conteúdo funcional de cada grupo profissional (médicos, enfermeiros e outros técnicos) e do modelo de gestão a adotar, principalmente na partilha de responsabilidades.

A organização dos cuidados de saúde primários em Unidade de Saúde de Família e Comunidade, será através de inscrição dos utentes em médicos de família e adotar um modelo de trabalho de Enfermeiro de Família por área geográfica.

A equipa deverá definir os métodos de comunicação internos e as formas a adotar para registo, discussão e resolução de problemas inerentes à condução dos trabalhos (PORTUGAL, 2010).

Caracterização dos utentes

Deverá ser indicado o número total de utentes inscritos nos Médicos de Família, independentemente do seu local de trabalho, devendo ser distribuídos por idade e género e o número de utentes que previstos para virem a ser assistidos pela equipa. Em caso de se prever um aumento da cobertura assistencial aos inscritos sem médico de família, deverá também ser registado o número existente de utentes sem médico de família na área da Unidade de Saúde da Família e Comunidade (PORTUGAL, 2010).

Plano de ação

A equipa deverá elaborar um Plano de Ação anual com objetivos definidos e metas que explique os compromissos relativos à prestação de cuidados. Na sua elaboração dever-se-á ter em conta a avaliação das necessidades de saúde identificadas pela equipa e o Plano de Atividades da Delegacia/Centro de Saúde onde a Unidade de Saúde da Família e Comunidade se insere, particularmente no que respeita à identificação de programas prioritários (PORTUGAL, 2010).

Área geográfica de atuação

Deverá ser definida a área geográfica de atuação da USFC (município, localidades e zonas). Na definição da área geográfica de atuação, dever-se-á ter em conta as acessibilidades dos cidadãos à unidade e os serviços a prestar por médicos e enfermeiros no atendimento ao domicílio, nomeadamente aos cidadãos inscritos não residentes naquela área de cobertura.

Segundo Sousa & Neto (2000), a partir da definição das micro-áreas de risco e das demais informações contidas no diagnóstico comunitário da área de abrangência da ESFC, pode-se elaborar o MAPEAMENTO local, ou seja, a representação (no papel) da área da atuação da equipa, contendo suas principais informações geográficas (residências, ruas, estradas, estabelecimentos escolares, religiosos e de saúde, características geográficas (...))

Prestação de cuidados

A equipa deverá assumir o compromisso de elaborar e aplicar regras de funcionamento interno que assegurem a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a universalidade dos cuidados à população inscrita nas listas de utentes dos Médicos de Família e Comunidade (PORTUGAL, 2010) .

Acessibilidade

Para assegurar acessibilidade, a equipa deverá comprometer-se com as seguintes respostas:

- a. **Situações de doença aguda** - deverá estar assegurado o atendimento de situações de doença aguda no próprio dia e durante todo o período do horário de funcionamento da Unidade de Saúde de Família e Comunidade;
- b. **Sistema de marcação de consultas** - deverá ser definido o sistema de marcação de consultas, atendimento e orientação dos utentes, para assegurar, que todos os utentes tenham uma resposta, no próprio dia, a qualquer pedido de ajuda médica ou de enfermagem. Esta resposta poderá não se consubstanciar na realização de uma consulta formal, podendo resultar numa marcação ou num aconselhamento de outra natureza.
- c. **Atendimento telefónico** – assegurar que todos os utentes tenham a possibilidade de obter informação telefónica, assim como conselho médico ou de enfermagem durante o período de abertura.

- d. **Alternativas assistenciais** - deverá estar publicitada as alternativas assistenciais no período de encerramento dos serviços, para que os utentes saibam claramente das opções de procura dos cuidados.
- e. **Renovação de Prescrições** – propõe-se a definição de um sistema de renovação de prescrições em situações de patologia crónica.
- f. **Cuidados domiciliário** - serão definidos os critérios de marcação e prioridades no atendimento domiciliário, tanto pelos médicos como pelos enfermeiros, garantindo uma acessibilidade adequada às situações clínicas que se poderão apresentar, nomeadamente nas situações de doença aguda.
- g. **Continuidade e integração de cuidados** - em caso de ausência do médico e enfermeiro de família, deverá estar acordado com a equipa e definido um sistema de substituição entre os profissionais.
- h. **Comunicação com os utentes** - a equipa deverá elaborar informação escrita sob a forma de peças promocionais ou cartazes com o objetivo de divulgar informação relevante sobre o funcionamento da unidade de saúde e o modo como os utentes terão acesso, cuidados oferecidos, horários, atendimento telefónico, domicílios, sistema de substituição, de forma a proporcionar uma melhor qualidade no atendimento e na acessibilidade.

Oferta assistencial

Deverá definir o horário de funcionamento dos serviços, explicitar e justificar o eventual alargamento do período de cobertura assistencial, caso seja necessário.

Os horários assistenciais dos profissionais deverão ser calculados em função do tipo e dimensão da lista de utentes, e elaborados de acordo com as necessidades estimadas e as metas propostas para os diversos programas do Plano de Ação, e a carga horária global dos diferentes períodos de consulta (PORTUGUAL, 2010).

- a. **Consulta aberta** – propõe-se consulta no próprio dia, preferencialmente com marcação prévia pelo telefone ou outro meio, normalmente de iniciativa do utente. Deverá existir carga horária explícita personalizada e diária, preferencialmente distribuída ao longo do tempo de trabalho individual.

- b. **Consulta programada** – também deverá haver consulta geral ou a grupos vulneráveis e de risco com marcação prévia, por iniciativa do utente ou da equipa. Deverá ser definida a carga horária para cada tipo de consulta (por exemplo: geral, saúde materna, saúde infantil, diabetes, etc.), de acordo com os programas definidos no Plano de Ação e as características da lista de utentes inscritos.
- c. **Visita domiciliária** - deverá ser estimada a carga horária para atividade domiciliária programada.
- d. **Consulta não presencial (só para os médicos)** - Período dedicado à resolução de todas as situações que não exigem a presença dos utentes: renovação de receituário crónico, pedidos de relatórios entre outros. Também deverá estimar a carga horária necessária.
- e. **Processo único centralizado** – Será conveniente explicitar os suportes a utilizar para registo clínico, nomeadamente nos grupos de risco e vulneráveis com integração dos registos médicos e de enfermagem.

Sistema de qualidade e monitoramento

Deverá definir as regras de aplicação do sistema de monitorização da qualidade, sobretudo relacionado com desvios face às metas estabelecidas, devendo ser aplicadas através dos seguintes instrumentos:

- a. Aplicação de grelhas de avaliação da qualidade organizacional, podendo suportar nos seguintes indicadores:
 - Número de crianças que nascem com baixo peso;
 - Taxa de mortalidade infantil, especialmente pós-neonatal;
 - Taxa de mortalidade precoce relacionada a todas as causas “exceto as externas”;
 - Esperança de vida em todas as faixas etárias, exceto a partir dos 80 anos;
 - Taxa de mortalidade geral;
 - Taxa de mortalidade por doença cardíaca;
 - Taxa de doenças cancerígenas como o cancro de cólon-retal, mama e de uterino/cervical;
 - Número de procuras nos serviços de urgências;
 - Número de referências e contra-referências;
 - Taxa de internamento
- b. Aplicação de “inquéritos de um dia” para avaliação da satisfação dos utentes;
- c. Avaliação interna e externa.

Deverá informar como se pretende fazer, quem irá executar e periodicidade de execução (PORTUGAL, 2010).

Higiene e segurança

Todo o equipamento e instalações deverão estar conforme as normas de higiene e segurança segundo as orientações, incluindo o armazenamento de produtos tóxicos. Deverá existir um sistema de proteção contra roubo e equipamento para a deteção e extinção de incêndios.

Deverá propor também um plano de emergência da USFC a elaborar em colaboração com a Delegacia de Saúde e o Serviço de Proteção Civil local (PORTUGAL, 2010).

Relação com serviços e atividades entre estruturas da RSSN

A articulação entre estruturas funcionais da RSSN, fundamental definir os protocolos que incluirá a definição dos serviços que complementarão a ação da USFC e participação dos profissionais nas atividades eletivas e programadas, salvaguardando sempre o desempenho e cumprimento dos objetivos da equipa.

Desenvolvimento profissional, investigação e formação

A equipa multi-profissional deverá organizar e implementar um plano de desenvolvimento de competências e de formação/capacitação profissional contínua, criando oportunidades que irão proporcionar aos profissionais o cumprimento dos requisitos próprios de um desempenho de elevado padrão de exigência, bem como a definição das regras em que esta se desenvolverá.

Estas deverão ser acordadas entre os elementos da equipa, e incluir a definição de prioridades formativas individuais e coletivas, tendo em conta as necessidades e afinidades pessoais e os interesses do serviço.

A USFC deverá ser entendida como um espaço privilegiado de aprendizagem e de investigação.

Deverá ser apresentado o modelo de formação prevista, assente preferencialmente na formação contínua em contexto de trabalho e o cronograma de implementação de um plano de desenvolvimento de competências e de formação (PORTUGAL, 2010).

Carta de qualidade

A Carta de Qualidade será um importante passo para garantir qualidade no atendimento aos utentes, sendo que a gestão da USFC estará orientada para os utilizadores e para a sua satisfação.

Dará aos profissionais a oportunidade de conhecer, de forma realista, como serão utilizados os recursos e o nível de qualidade que poderão atingir, e aos utentes o direito de avaliar o serviço, comparando o que lhe forem oferecidos com o que realmente receberem.

Deverá ser elaborado um documento escrito dirigido aos utilizadores da USFC, em suporte simples de consulta e fácil de entender, onde serão identificados e descritos os serviços a serem prestados (PORTUGAL, 2010).

De acordo com Sousa & Neto (2000), a nova estratégia do setor saúde, representada pelo PSFC não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, acima de tudo, voltada à permanente defesa da vida do cidadão.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os estudos feitos e dados disponíveis, pode-se concluir que a Implementação de Medicina de Família e Comunidade na RSSN constitui um desafio necessário, a qual desperta um novo modelo assistencial suportada nos cuidados primários de saúde, onde poderá ter impactos diretos nos indicadores de saúde da RSSN, um modelo não *urgêncista*, não *hospitalocêntrica*, mais próximos das comunidades e do domicílio, composta por uma equipa multidisciplinar, constituída, essencialmente por médicos, enfermeiros e agentes sanitários da RSSN.

A proposta do Programa de Medicina de Família e Comunidade surge num contexto que visa melhorar e dinamizar o sistema de prestação de cuidados de saúde na RSSN, na perspetiva individual, domiciliar e comunitária, garantindo a igualdade e equidade no acesso aos cuidados a nível local, com foco nos cuidados primários, criando uma relação de confiança entre os elementos que integrariam as equipas de Medicina de Família e Comunidade, com prioridade para a criação do médico de família.

Concluiu-se, também, que existe uma diferença significativa entre os níveis de cuidados primários e secundários de saúde, na RSSN, pois nota-se uma cultura de procura pouco disciplinada e orientada, predominantemente voltada para os níveis secundários de saúde, quando boa parte destes cuidados poderia ser realizada a nível primário de saúde, com menos custos para as famílias e sistema de saúde, prevenindo muitas vezes complicações na saúde dos utentes.

Concluiu-se ainda que existem condições físicas e recursos humanos na RSSN suficientes, que poderão permitir, numa fase inicial, a implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade, tendo em consideração que a mesma possui um conjunto de profissionais que deverão ser aproveitados para integrarem as equipas iniciais para o desenvolvimento desta política.

10. RECOMENDAÇÕES

A implementação de um Programa de Medicina de Família e Comunidade na RSSN constitui um desafio tangível, no entanto recomenda-se o seguinte:

- O reforço a nível dos profissionais que possam constituir as equipas de modo a melhorar a cobertura de profissionais por habitantes, garantindo que seja uma política integradora e abrangente;

- A melhoria de algumas instalações sanitárias existentes na RSSN de modo a garantir condições de cuidados, de higiene e segurança nas estruturas de cuidados primários;

- A formação específica em Medicina de Família e Comunidade ou especialização de médicos e enfermeiros em Medicina de Família e Comunidade, de modo a garantir a continuidade do programa, prevenindo mobilidade e absentismo que possam afetar os profissionais que integrariam as equipas de Medicina de Família e Comunidade;

- A implementação de Programa de Medicina de Família, que constitui um desafio que vai de acordo com as expectativas do contexto geográfico e organizacional das estruturas de saúde primária na RSSN;

- O desenvolvimento de um programa informático de gestão voltado para o Programa de Medicina Família e Comunidade, de modo a garantir a continuidade de acesso a informação e rastreio de informação clínica do utente em qualquer estrutura de saúde da RSSN, qual incorpora valência para realização de dados estatísticos, estudos epidemiológicos e implementação de um sistema de gestão de qualidade;

- O desenvolvimento de políticas de fixação de quadros, de modo a evitar transferências e permutas de profissionais de saúde para outras Regiões Sanitárias do país, de modo a permitir as equipas estabelecerem relações de confiança com os utentes nas comunidades locais.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, D. S. (1998). A SAÚDE DA FAMÍLIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. *UM NOVO PARADIGMA*.
- al, J. T. (2008). *Gestão Social Práticas em Debate- 1º edição*.
- al., T. R. (2014). MODELOS DE GESTÃO EM SAÚDE: NOVAS TENDÊNCIAS, RESPONSABILIDADES E DESAFIOS.
- AMARAL, P. A., & LOBO, P. B. (2007). *Cuidados de Saúde Diferenciados: aplicação da gestão por processos*. Departamento de Economia, Gestão e Engenharia ; Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Anabela, S. M. (2012). PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA: “BEM NASCER, MELHOR CRESCER” .
- ANDRADE, L., OLIVER, L. L., & MELO, T. (janeiro de 2011). Implantação do programa de residência em Medicina de Família e comunidade da secretaria Municipal de Saúde.
- André Luis Andrade justino1, L. L.-I. (2016).
- ANMCV. (2012). *BREVE CARATERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SANTA CATARINA DE SANTIAGO*.
- BARROS, P. (2006). *ECONOMIA DA SAÚDE, CONCEITO E COMPORTAMENTO*. Coimbra: EDIÇÕES ALMEDINA, SA.
- CABO VERDE, A. N. (30 de março de 2020). A NAÇÃO. *JORNAL INDEPENDENTE*.
- CABO VERDE, B. O. (2006). I SÉRIE — NO 38 «B. O.»Decreto-Lei nº 58/2006. CIDADE DA PRAIA: IMPRENSA NACIONAL.
- Cabo Verde, C. (2013). Apoio ao Plano de Desenvolvimento Sanitário da Região de Santiago Norte.
- CABOVERDE, M. D. (2007). Política Nacional de Saúde. *Documento de política*. Praia, Cabo Verde.
- CABOVERDE, M. S. (1999). Carta Sanitária. *Documentos de política*. Praia, Praia, Cabo Verde.
- Caldeira, P. M., & Maria, M. A. (2011). *As quatro dimensões competitivas*.
- CAMPOS. (2016). *Programa de Saúde da Família: Reorganização do trabalho na unidade industrial*. Espirito Santo.
- CAMPOS, C. E. (2005). OS PRINCÍPIOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

- CARVALHO, G. G., & al., e. (2010). ATENÇÃO PRIMÁRIA: *Conhecendo as Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária na Microrregião de Saúde de Mantena – Minas Geraí.*
- CARVALHO, J. (novembro de 2014). O custo do Programa de Saúde da Família e os recursos da União: um estudo em uma equipe do PSF de Mossoró/RN.
- CORREIA, A. J. (2017). A TELEMEDICINA EM CABO VERDE: DESAFIO DE INTEGRAÇÃO NA ROTINA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E PERSPECTIVAS DE DESENVOLVIMENTO.
- CORREIA, A. J. (2017). A TELEMEDICINA EM CABO VERDE: DESAFIO DE INTEGRAÇÃO NA ROTINA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E PERSPECTIVAS DE DESENVOLVIMENTO .
- Cristina, T. R., & al., e. (2014). *MODELOS DE GESTÃO EM SAÚDE: NOVAS TENDÊNCIAS, RESPONSABILIDADES E DESAFIOS.*
- CV, G. (2016-2021). PROGRAMA DE GOVERNO E MONÇÃO DE CONFIANÇA.
- DE SOUZA, F. (2014). Proposta de Implementação do Programa Cinco Sentidos no Setor de Obras da Empresa Cassol Pré-Fabricados Ltda.
- DELGADO, A. P. (2009). *Políticas de saúde em cabo Verde na década de 1980-1990; Experiência de construção de um sistema nacional de saúde.* Praia: Edições Uni-CV .
- DGDAL. (s.d.). *BREVE CARATERIZSAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DE CABO VERDE.*
- Diário Indústria&Comércio. (2017). *Atenção Primária à Saúde reduz custos nos setores público e privado.*
- European Journal of Applied Business Management. (2016). p. 28.
- FERREIRA, V. C. (2009). *Modelos de Gestão.* Rio de Janeiro: FGV.
- Fertonani, H. P., & al., e. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira.
- FILHO, D. C. (1999). O programa de saúde da família em São Paulo. *O programa de saúde da família em São Paulo.*
- FRANCO, L. C. (2007). O programa Médico de família de Niterói como Estratégia de implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS.
- FREEMAN J, P. M. (2000). Seminar family practice residency education taught by family practice faculty: why should this be considered innovative? *Sociedade Brasileira de Medicina de Família* , 27-35.

- Gil, A. C. (2008). MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA SOCIAL, SEXTA EDIÇÃO.
- Gomes, I. F. (2006). *A política de Descentralização dos Serviços de Saúde em Cabo Verde*. Praia, Cabo Verde: Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro.
- GSPRSSN, G. D. (2018). RELATÓRIO ESTATÍSTICO.
- HUBNER, L. C., & FRANCO, T. B. (2007). O programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS.
- II Série, nº 28, Decreto-Lei nº 26, de 30 de Julho. (2007). Praia: Imprensa Nacional.
- INE, P. D. (2010-2030). Projeções Demográficas de Cabo Verde.
- Luciano, Q. V. (agosto de 2009). A DIRETRIZ DE HIERARQUIZAÇÃO DO SUS: mudando a antiga perspectiva do modelo médico.
- LUXDEVEPOLEMENT. (2004). *Projecto de Apoio ao Plano de Desenvolvimento da Região Sanitária Santiago Norte*. Assomada: Lux Devepolement.
- MAGALHÃES, L. G. (2012). Atenção Primária à Saúde. *Seletiva ou coordenadora dos cuidados?*
- Magalhães, N. A. (Março de 2013). UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR: O seu papel na reforma dos Cuidados de Saúde Primários .
- Maria Inez Padula Anderson¹, G. G. ((2005). Medicina de Família e Comunidade. *especialistas em integridade Family and community Medicine: specialistts wholeness*.
- Martins, G. d., & Theóphilo, C. R. (2009). Metodologia da Investigação Científica Para Ciências Sociais Aplicadas - 2ª Ed.
- Melo, A. L. (2011). Implantação do programa de residência em Medicina de Família e comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do rio de janeiro.
- MINISTÉRIO DE SAÚDE DE CABOVERDE. (2010). Legislação Cabo Verdiana para o sector da saúde. *Decreto-lei nº 58/2006 - Cria RSSN*. Praia, Praia, Cabo Verde.
- Monteiro, A. S. (2012). PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SAÚDE COMUNITÁRIA “BEM NASCER, MELHOR CRESCER”.
- MS, M. D., & GTRSSN, G. T. (2018). RELATÓRIO ESTATÍSTICO.
- NEIVA, T. (2012). Atenção primária, Estratégia Saúde da Família e Medicina de Família e comunidade. *Atenção primária, Estratégia Saúde da Família e Medicina de Família e comunidade*.
- NICOLETTI, M. A., & Mattos, F. T. (2 de agosto de 2017). Análise comparativa dos sistemas de saúde brasileiro e britânico na atenção básica. *Infarma - Ciências Farmacêuticas*.

- PARADELA.C.V.F, & al., e. (2009). *MODELOS GESTÃO*. Rio de Janeiro: FGV.
- PIOLA.F.S, & al., e. (2012). *Financiamento do Sistema Único de Saúde: Trajetória Recente*.
- PISCO, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento. *unidades assistenciais autónomas de saúde familiar*.
- PISCO, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento:. *unidades assistenciais autónomas de saúde familiar*.
- PISCO, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento:. *unidades assistenciais autónomas de saúde familiar*.
- PISCO, L. (2011). Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento:. *unidades assistenciais autónomas de saúde familiar*.
- PNSD. (2012-2016). *PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO 2012-2016*.
- PORTUGAL, M. D. (2010). CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS . *GUIÃO DE APOIO À PREPARAÇÃO DE CANDIDATURAS A UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR (USF)- MODELO A*.
- Prodanov, C. F. (2013). *METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico, 2ª Edição*.
- REINO UNIDO, S. N. (25 de setembro de 2019). Wikipédia, a enciclopédia livre. *WIK LOVES AFRICA*.
- REIS, V. P. (2004). Gestão em Saúde.
- Rocha, D. M., Carvalho, E. L., & Cruz, M. A. (2011). BENEFÍCIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF PARA A MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA DOS MORADORES DO BAIRRO SÃO PEDRO, EM TERESINA – PI. *Revista Inovação*.
- Rodrigues, R. D., & Anderson, M. I. (maio de 2011). Saúde da Família: uma estratégia necessária.
- RODRIGUES, R., & ANDERSON, M. I. (2011). saúde da Família. *Uma estratégia necessária*.
- Rodrigues1, R. D., & Anderson2, M. I. (2011). Saúde da Família. *Uma estratégia necessária*.
- ROSA W.A.G, L. R. (2015). Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência . *Scielo*.
- RSSN. (2018). *Relatorio Estatístico 2018 da Região Sanitária Santiago Norte*. Achada Falcão: RSSN.
- SALVALAGIO, W. (2009). *Introdução à economia: administração*. São Paulo: Pearson Education do Brasil, ISBN 978-85-7605-314-9.

- Santana, M. L. (2001). PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UM ENFOQUE SOBRE SEUS PRESSUPOSTOS BÁSICOS, OPERACIONALIZAÇÃO E VANTAGENS.
- Santana, M. L., & Carmagnani, M. I. (2001). PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UM ENFOQUE SOBRE. *Saúde e Sociedade*, 34.
- SBMFC. (2004). A MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE .
- SBMFC, D. (2004). *Sociedade Brasileira de Medicina e Família e Comunidade*.
- SILVA, J. T. (2008). Gestão social Práticas em Debate, Teorias em Construção-1ª edição. Em J. T. schommer, *Gestão social Práticas em Debate, Teorias em Construção-1ª edição*.
- SILVEIRA, C. H. (2008). *FALANDO DE MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE E DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE*. BRASIL.
- Sousa, M. F., & Neto, M. M. (junho de 2000). CADERNOS de ATENÇÃO BÁSICA - Programa SAÚDE da FAMÍLIA.
- VIACAVA, F., & ALMEIDA, C. (2004). *Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- WILLIAMS, A. (1987). *"Health Economics: The cheerful face of the dismal science "*. MacMillan: A. Williams.
- WONCA/EUROPA. (2002). *SOCIEDADE DE CLINICA GERAL/MEDICINA FAMILIAR*. (CORREIA, A TELEMEDICINA EM CABO VERDE: DESAFIO DE INTEGRAÇÃO NA ROTINA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E PERSPECTIVAS DE DESENVOLVIMENTO, 2017)

12. Anexos

Anexo 1 - Questionário modelo MoniQuor, adaptado.

O presente questionário tem por objetivo a recolha de informações inerentes ao funcionamento do centro de saúde da Região Sanitária Santiago Norte no âmbito do estudo «**Modelos de Gestão em Saúde: Proposta de Implementação do Programa de Medicina da Família e Comunidade na Região Sanitária Santiago Norte**», pelo que as informações recolhidas serão exclusivamente utilizadas na dissertação do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde na Universidade de Cabo Verde, de autoria do Aniceto Tavares dos Santos, para obtenção do Grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

1. Centro de Saúde
2. Sexo ☐ F ☐ M Código
3. Idade
4. Nacionalidade
5. Função que desempenha
6. Tempo no desempenho de função
7. Tempo de função neste Centro de Saúde
8. Pretende continuar neste Centro de Saúde? Sim ☐ Não ☐

1. ORGANIZAÇÃO E GESTÃO	Sim	Não
1.1. Planejamento de atividades		
A. Existe diagnóstico de situação atualizado no serviço		
B. Existe plano de ação do presente ano		
C. Existe acessibilidade, equidade, continuidade dos cuidados da população		
D. Plano foi baseado nas necessidades da população		
E. Existe relatório de atividades do ano transato		
1.2. Envolvimento dos profissionais na elaboração do plano de ação	Sim	Não
A. Houve participação dos diferentes grupos profissionais		
B. As opiniões foram ouvidas e tomadas em consideração		
C. Existem responsáveis por determinadas áreas ou setores		
D. As competências, funções e deveres são claramente definidos		
1.3. Trabalho de Equipe	Sim	Não
A. Centro de Saúde está organizado em equipe multidisciplinar		
B. Existe descrição das funções dos profissionais		
C. Profissionais do Centro de Saúde são consciente do seu papel e função		
D. Existe mecanismo para circulação e partilha de informação		
E. Existe formação contínua em áreas específicas		
1.4. Promoção de iniciativa de reforço do espírito de equipa	Sim	Não
A. Existe local próprio para descanso e convívio dos profissionais		
B. Existe formação de espírito de grupo e incentivado ao convívio		
1.5. Gestão de recursos	Sim	Não
A. Existe recursos financeiros para atividades próprias		
B. Existe orçamento relativo às atividades do presente ano		
C. Houve candidatura de alguns projeto e financiamento externo		
D. Centro de Saúde possui recursos humanos suficiente para execução de seu Plano de Ação		
E. Todos os profissionais do Centro de Saúde têm vínculo estável		
F. Existe incentivos para fixação dos profissionais		

1. DIREITOS DOS CIDADÕES	Sim	Não
1.1. Direitos dos cidadãos nos Serviços de Saúde		
A. Está afixado os direitos e deveres dos cidadãos nos locais próprios		
B. Existem Procedimentos para audição das sugestões e reclamações		
C. Existem mecanismo de tratamento das sugestões dos cidadãos		
D. Existe livro de reclamações disponível e acessível		
E. Resposta a todas as reclamações no prazo de 1 mês		
F. Existem orientações escritas para incidentes, erros e queixas		
1.2. Atendimento com dignidade e privacidade	Sim	Não
A. É garantido escolha de médico de acordo com a preferência do utente		
B. É garantido a possibilidade de mudar do médico		
C. Há possibilidade de aceitar ou recusar tratamento após informação adequada		
D. Existe Protocolo de acompanhamento de doentes terminais		

1. EDUCAÇÃO CONTÍNUA
1.1. Avaliação e monitorização de qualidade
A. Existe atividades de melhoria de qualidade dos programas
B. Anualmente é feita e debatida a avaliação do Centro de Saúde
C. Programas de melhoria de qualidade incluem avaliação de desempenho
D. Circula retorno de informação aos diferentes profissionais
1.2. Avaliação da satisfação dos cidadãos
A. É praticado avaliação e monitorização da satisfação dos cidadãos
B. É partilhado relatório das conclusões e ações a serem tomadas
C. É dado conhecimento das causas de satisfação e insatisfação
1.3. Avaliação da satisfação dos profissionais
A. Avaliação e monitorização da satisfação dos profissionais
B. Relatório das conclusões e ações a serem tomadas
C. Conhecimento das causas de satisfação e insatisfação
D. Tem havido mudanças motivadas por falta de satisfação dos profissionais
1.4. Formação continua multiprofissional
A. Existe plano anual de formação para todos os setores
B. Existe levantamento das necessidades de formação
C. É aplicado critério de participação em ação de formação
D. Tem sido prática a Partilha de conhecimentos obtidos na formação
E. Existe possibilidade de acesso a material científico atualizado
F. Tem tido sessões clínicas para discussão e revisão de casos
G. Existe formação continua integrada nas rotinas de trabalho
H. Existe informação acessível sobre oportunidades de formação
1.5. Incentivos à investigação
A. Existem projetos de investigação no corrente ano
B. Existem incentivos à atividades de investigação

1. PROMOÇÃO DA SAÚDE	Sim	Não
1.1. Política favorável à saúde		
A. Existe iniciativa de envolver pessoas e instituições na promoção da saúde		
B. Há colaboração com instituições locais na saúde dos cidadãos		
C. Existe prática de recolha de informação sobre saúde da população		
1.2. Desenvolvimento de programas locais	Sim	Não
A. Existe atividades de educação dirigidas a grupos específicos		
B. Existe material de divulgação sobre promoção da saúde		
C. Existe prática de divulgação de informação sobre promoção da saúde		

2. EDUCAÇÃO CONTÍNUA
2.1. Avaliação e monitorização de qualidade
E. Existe atividades de melhoria de qualidade dos programas
F. Anualmente é feita e debatida a avaliação do Centro de Saúde
G. Programas de melhoria de qualidade incluem avaliação de desempenho
H. Circula retorno de informação aos diferentes profissionais
2.2. Avaliação da satisfação dos cidadãos
D. É praticado avaliação e monitorização da satisfação dos cidadãos
E. É partilhado relatório das conclusões e ações a serem tomadas
F. É dado conhecimento das causas de satisfação e insatisfação
2.3. Avaliação da satisfação dos profissionais
E. Avaliação e monitorização da satisfação dos profissionais
F. Relatório das conclusões e ações a serem tomadas
G. Conhecimento das causas de satisfação e insatisfação
H. Tem havido mudanças motivadas por falta de satisfação dos profissionais
2.4. Formação continua multiprofissional
I. Existe plano anual de formação para todos os setores
J. Existe levantamento das necessidades de formação
K. É aplicado critério de participação em ação de formação
L. Tem sido prática a Partilha de conhecimentos obtidos na formação
M. Existe possibilidade de acesso a material científico atualizado
N. Tem tido sessões clínicas para discussão e revisão de casos
O. Existe formação continua integrada nas rotinas de trabalho
P. Existe informação acessível sobre oportunidades de formação
2.5. Incentivos à investigação
C. Existem projetos de investigação no corrente ano
D. Existem incentivos à atividades de investigação

1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE	Sim	Não
1.1. Acessibilidade		
A. Existe possibilidade de atendimento no próprio dia das situações agudas		
B. Existe possibilidade de consulta no dia ou no prazo máximo de 2 dias úteis		
C. É praticado conselho médico ou de enfermagem por telefone		
D. É instituído o sistema de renovação de prescrição		
1.2. Sistema de marcação publicitado, adequado e flexível de consulta	Sim	Não
A. Existe instrução claras sobre o sistema de marcação de consultas		
B. É possível marcação no dia para situações consideradas urgente		
C. Existe monitorização da demora na marcação de consultas		
D. Há possibilidade de marcação de consultas por telefone		
E. É instituído o sistema de marcação de consulta com hora marcada		
F. É informado o tempo máximo de espera após a hora marcada		
G. Existe monitorização do tempo de espera no local da consulta		
1.3. Cuidados domiciliário	Sim	Não
A. É praticado Cuidados ao domicílio		
B. Existe critérios sobre prioridade no atendimento domiciliário		
C. Existe programa de apoio domiciliário aos doentes acamados		
D. Existe transporte e equipamentos para as visitas domiciliário		
1.4. Continuidade e integração de cuidados	Sim	Não
A. Documento de referência facilitam continuação de cuidados		
B. Monitorização de tempo de espera das referências		
1.5. Comunicação com os profissionais e utentes	Sim	Não
A. Reuniões multi-profissionais regulares		
B. Conhecimento prévio das datas e ordens dos trabalhos das reuniões		
C. Conhecimento escritos das decisões tomadas em reunião		
D. Existe sistema de divulgação das comunicações escritas		
E. Existe informação escrita para os cidadãos sobre funcionamento do Centro de Saúde		
1.6. Linhas de Orientação ou protocolo e funcionamento do Centro de Saúde	Sim	Não
A. Existe documento de orientação e funcionamento do Centro de Saúde		
B. Existe Linhas de orientação para problemas comuns de saúde		
C. Plano de ação, relatórios e revistas compilados, são acessíveis a todos		
1.7. Política de prescrição de fármaco	Sim	Não
A. Existe orientação técnica sobre prescrição de fármacos		
B. Informação sobre retirada e introdução de novos fármacos		
C. Fornecido a cada médico o seu perfil de prescrição		

D. Analisado o perfil de prescrição de fármacos do Centro de Saúde		
1.8. Registo clínicos	Sim	Não
A. Registos clínicos estão arquivados em locais próprios e seguros		
B. Acesso aos registos clínicos por profissionais autorizados		
C. Registo dos doentes falecidos arquivados de forma segura		

Data: ____ / ____ / ____

Estrutura

de

Saúde:

Anexo 2 - Check-list modelo *MoniQuor*.

O presente *Check-list* tem por objetivo a observação in locus da qualidade de instalação e equipamentos do centro de saúde da Região Sanitária Santiago Norte no âmbito do estudo «**Modelos de Gestão em Saúde: Proposta de Implementação do Programa de Medicina da Família e Comunidade na Região Sanitária Santiago Norte**», pelo que as observações registadas serão exclusivamente utilizadas na dissertação do

Mestrado em Gestão e Economia da Saúde na Universidade de Cabo Verde, de autoria do Aniceto Tavares dos Santos, para obtenção do Grau de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

1. INSTALAÇÃO E EQUIPAMENTOS	Sim	Não
1.1. Identificação das instalações e profissionais		
A. Localização do Centro de Saúde está assinalado no exterior		
B. Há sinalização adequada dentro do edifício		
C. Locais de trabalho estão sinalizados e identificados		
D. Afixados horários de atendimento ao público		
E. Os profissionais utilizam cartão de identificação		
F. Existe informação clara e visível quando o Centro de Saúde está encerrada		
1.2. Acessibilidade à instalação	Sim	Não
A. Existem facilidades de acesso a deficientes serviços		
B. Parque de estacionamento que responde às necessidades		
C. Existe transporte público adequado às necessidades		
1.3. Áreas específicas para diferentes atividades	Sim	Não
A. Existem Salas de espera acolhedoras e assentos suficientes		
B. Existem área administrativa com espaço suficiente		
C. Consultórios com privacidade a nível visual e auditivo		
D. Cada médico tem um gabinete individual		

E. Existem gabinetes próprios para atendimento de enfermagem		
F. Existem espaços seguros para armazenamento diversos		
G. Existem instalações sanitárias adequadas para profissionais e utentes		
H. Existem instalações sanitárias adequadas para pessoas idosos e pessoas com deficiência.		
I. Existe salas de reuniões		
1.4. Equipamentos Informático	Sim	Não
A. Centro de Saúde dispõe do equipamento informático necessário		
B. É utilizado aplicação específica para registar e codificar atividades		
C. Foi feita formação aos profissionais		
D. Todos os postos de trabalho com terminal de computador		
1.5. Equipamentos de Comunicação	Sim	Não
A. Sistema telefónico dá resposta às necessidades dos serviços		
B. Profissionais com acesso telefónico e a correio eletrónico		
C. O Centro de Saúde dispõe da rede internet		
1.6. Equipamento necessário às atividades		
A. Existe consultório médico com equipamento necessário		
B. Gabinete de enfermagem com equipamento necessário		
C. Existem salas de espera com informações e brinquedos		
1.7. Equipamentos e instalações conforme norma de, Higiene e Segurança no Trabalho	Sim	Não
A. Uso de vestuário e equipamento de proteção individual		
B. Profissionais são imunizados contra tétano e hepatite B		
C. Existe registos analíticos de qualidade de água de consumo		
D. O Centro de Saúde possui um sistema de climatização		
E. Existe proteção contra roubo		
F. Existe sistema de iluminação e de sinalização de emergência		
G. Existe equipamentos para extinção de incêndios		
H. Existe plano de emergência em caso de catástrofe		
I. Existe armazenamento de produtos ou lixo insalubres, perigosos		

Data: ____/____/____

Estrutura de Saúde: _____

Anexo 3 - Termo de consentimento informado livre e esclarecido.

Termo Consentimento Informado Livre e Esclarecido
Eu _____, aceito participar no estudo “Modelo de Gestão em Saúde: Proposta de Implementação do Programa de Saúde da Família na Região Sanitária Santiago Norte”. Foi-me disponibilizado todas as informações necessárias de forma clara e garantido que todas as informações prestadas sejam tratadas de forma confidencial. Tanto o nome, as informações recolhida, bem como quaisquer outros dados pessoais nunca serão divulgada á terceiros, mas serão estritamente utilizadas no âmbito da investigação operacional que foram coletadas. Caso o/a Senhor(a) estiver interessado será informado dos resultados do estudo sempre de forma confidencial e a hora que quiser. Benefícios: este estudo tem como objetivo: - Apresentar uma proposta modelo para a implementação de um Programa de Saúde da Família (PSF) na Região Sanitária Santiago Norte. - Fazer uma análise retrospectiva histórica e geopolítica da evolução do sistema nacional de saúde; - Realizar um diagnóstico qualitativo dos recursos pré-existentes e previstos que servirão como base proposta para a implementação do modelo de PSF na RSSN; -Fazer uma análise SWOT (FOFA) inerente a proposta de implementação: -Propor um Plano estratégico para a implementação e seguimento do PSF na RSSN no horizonte 2021. A sua participação consiste em: - Uma entrevista com a colheita dos dados. - Aplicação de um questionário, acompanhado de um termo de consentimento informado livre e esclarecido.

Esta colheita não envolve um método invasivo pelo que contamos com a vossa total disponibilidade e apoio.

Se tiver alguma questão sobre a sua participação no estudo, sinta-se à vontade para perguntar.

É garantido de que as informações serão utilizadas unicamente para os fins previstos no estudo.

Direito para fazer reclamações sobre este estudo:

É livre de fazer qualquer reclamação sobre o questionário e se mais tarde tiver perguntas, pode contactar o autor do estudo Aniceto Tavares do Santos pelo endereço abaixo:

Nome: Aniceto Tavares do Santos

Email: atavares246@hotmail.com

Tel Nº fixo: 2655067.

Assomada – Santa Catarina, Ilha de Santiago Cabo Verde.

Se concorda em participar, assine o verso desta página.

Muito obrigado!

COMITÉ DE ÉTICA E PESQUISA EM SAÚDE

CONTACTOS: COMITE NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE, (CNEPS) PALACIO DE GOVERNO, DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, VARZIA, PRAIA/CABO VERDE/TEL: +(238)2610199 E-mail: igs@ms.gov.cv

CP:47

Anexo 4 – Atendimento nos serviços de saúde primária na RSSN, 2017.

Atendimentos	Total	%
	129140	
Urgências	101802	79%
Consultas	27338	21%
Internamentos	5290	4%
Referências	3994	3%
Contra referência	0	0%

Fonte: (MS & GTRSSN, 2018)