

REPÚBLICA DE CABO VERDE



**Ministério da Saúde e
da Segurança Social**

Direção Nacional de Saúde

SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DA CRIANÇA,
DO ADOLESCENTE, DA MULHER E DO HOMEM

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

*PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA O
ENVELHECIMENTO ATIVO E SAÚDE DO IDOSO (PENEASI)*

HORIZONTE **2017-2021**



REPÚBLICA DE CABO VERDE



**Ministério da Saúde e
da Segurança Social**

Direção Nacional de Saúde

**SERVIÇO DE ATENÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DA CRIANÇA,
DO ADOLESCENTE, DA MULHER E DO HOMEM**

PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO

*PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA O
ENVELHECIMENTO ATIVO E SAÚDE DO IDOSO (PENEASI)*

HORIZONTE **2017-2021**



Praia, Maio de 2017

FICHA TÉCNICA

Ministro da Saúde e da Segurança Social

Dr. Arlindo do Rosário

Diretora Nacional da Saúde

Dra. Maria da Luz de Lima F. Mendonça

Coordenadora do Programa Nacional de Saúde do Idoso

Dra. Maria Natalina Lopes Silva –Enfermeira

Mestre em Saúde Pública

Equipa Técnica de Seguimento

Diretora do Serviço de Atenção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem

Dra. Yorleydis Rosabal Pérez

Técnica da Direção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão-MSSS

Dra. Evelise Tatiana F. Almeida

Assessora de Comunicação – Gabinete do Ministro-MSSS

Dra. Osvaldina Marques Brito

Administradora Nacional do Programa de Promoção da Saúde, OMS

Dra Edith Maria Costa Cardoso Pereira

Consultora Internacional

Dra. Karla Giacomini, Médica Geriátrica, Doutora em Ciências da Saúde

Colaboração Técnica e Financeira



**Organização
Mundial da Saúde**

Escritório Regional Africano

Núcleo de Apoio Técnico do Programa Nacional de Saúde do Idoso

<p>Alzerina Monteiro Nutricionista-Programa Nacional de Nutrição</p>	<p>Amarina Monteiro Psicóloga - MSSS / Recursos Humanos</p>
<p>Ângela Paiva Neuropsicóloga - Centro de Saúde de Achadinha</p>	<p>Aniceto Tavares Enfermeiro - Hospital Regional Santiago Norte</p>
<p>Antónia C. Almeida Enfermeira - Centro de Saúde de Achadinha</p>	<p>Antónia Fortes Neurologista -HAN/ Serviço de Medicina</p>
<p>Christie B. D. Wahnnon Psicóloga - Centro de Saúde de Achada Santo António</p>	<p>Deisa Semedo Enfermeira- Coordenadora do curso de Enfermagem Universidade de Cabo Verde</p>
<p>Derey Fernandes Assistente social - Centro de Saúde de Achadinha</p>	<p>Edith Pereira Cardoso Ponto Focal da OMS – Cabo Verde</p>
<p>Emília Monteiro Médica - Coordenadora do Programa da Diabetes</p>	<p>Elisabete Lima Ponto Focal OOAS - MSSS</p>
<p>Eunice Borges Enfermeira - Serviço de Medicina/HAN</p>	<p>Isabel Varela Enfermeira - Serviço de Inspeção/MSSS</p>
<p>Madalena Tavares Membro do Conselho Diretivo da Cruz Vermelha de Cabo Verde</p>	<p>Maria Da Luz L. Mendonça Médica - Diretora Nacional de Saúde, Direção Nacional da Saúde /MSSS</p>
<p>Maria Natalina Silva Enfermeira - Coordenadora do Programa da Saúde dos idosos, Direção Nacional da Saúde/ MSSS</p>	<p>Marlinda Rocha Bettencourt Enfermeira - Delegacia de Saúde de São Vicente</p>
<p>Mitza Jacqueline de Pina Enfermeira - Delegacia de Saúde de São Domingos</p>	<p>Soraia Fonseca Médica - Serviço de Medicina/HAN</p>
<p>Valeria Semedo Medicina interna - Serviço de Medicina/ HAN</p>	<p>Yorleydis Rosabal Peres Diretora de Serviço de Atenção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem - Direção Nacional da Saúde/ MSSS</p>

Agradecimentos

É com grande alegria e satisfação que chegamos ao final do primeiro **PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAÚDE DO IDOSO (PENEASI)**, para o horizonte 2017-2021, um trabalho de discussão e reflexão, que foi revisto e validado pelo Núcleo de Apoio Técnico ao Programa da Saúde do Idoso e parceiros, num encontro que aconteceu no dia 2 de Maio de 2017, cujo resultado final, graças ao esforço, à reflexão, à paciência e à perseverança de muitas pessoas e instituições, está aqui apresentado.

Gostaríamos de expressar, então, um agradecimento à OMS, em especial ao seu representante **Dr. Mariano Salazar Castellón**, que muito nos apoiaram na consecução deste Plano.

Aos colegas do Núcleo de Apoio Técnico (NAT), que, prontamente, aceitaram o convite para participar desta tarefa, não só elaborando os seus textos com excelência, como na participação nas reuniões, e discussões.

Aos coordenadores dos programas da Saúde Pública do MSSS, ao INSP.

À consultora **Dra. Karla Giacomini** pelo incentivo, o apoio, a confiança e o empenho na realização deste trabalho.

Às seguintes entidades que participaram na validação:

Ministério da Saúde e da Segurança Social – Direção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão, Direção Geral de Recursos Humanos, Direção Geral de Farmácia, Hospital Dr. Agostinho Neto na Praia, Hospital Baptista de Sousa em S. Vicente, Hospital Regional de Santiago Norte Dr. Santa Rita Vieira, Hospital Regional de Francisco de Assis no Fogo, Delegacia de Saúde da Praia, Delegacia da Saúde de Santa Cruz, Delegacia de Saúde de S. Domingos, Delegacia de Saúde dos Mosteiros, Delegacia de Saúde do Maio, Delegacia de Saúde de Santa Catarina, Delegacia de Saúde

de S. Nicolau, Região Sanitária de Santo Antão, Delegacia de Saúde de Paúl, Delegacia de Saúde de Ribeira Grande, Centros de Saúde, Ministério da Educação, Família e Inclusão Social, Câmaras Municipais, Instituto Nacional de Estatísticas, Associação Nacional dos Municípios Caboverdianos, Centro Comunitário de Achada Grande Trás, Região Sanitária Santiago Norte, UNICEF, FNUAP, PNUD, Cruz Vermelha de Cabo Verde, Igreja Nazarena, OMS, FICASE, Instituto Nacional de Estatística, Ordem dos Farmacêuticos, Plataforma das ONG'S, Universidade de Cabo Verde.

A todos aqueles que participaram direta e indiretamente na elaboração deste Plano.

Muito obrigada.

A Coordenadora do Programa Nacional de Saúde do Idoso



Maria Natalina Silva

Prefácio

O envelhecimento ativo, tal como proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apoia-se nos pilares: vida saudável, vida participativa, seguridade social e educação permanente. Considerando o conceito de Envelhecimento Ativo, proposto em 2002 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (World Health Organization, 2002), esta melhoria dependerá muito do empenho de cada um, enquanto agente da sua própria saúde, bem como da necessidade de promover a compreensão desse fenómeno que tem sido chamado de envelhecimento.

Cabo Verde, assim como outros países, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas, caracterizadas pelo aumento da longevidade da população idosa, com predominância das mulheres e pela redução da natalidade e da população jovem. Segundo (INE, 2010), a população com mais de 65 anos de idade, no ano 2000, era de 37 116 e em 2010 era de 37 815 pessoas, representando 7,7% da população residente; destes, em cada cem idosos, 31% apresentava algum tipo de deficiência que dificulta a mobilidade, 43,3% apresentava problemas de visão, 23,3% eram pessoas com deficiência auditiva e 11% encontrava-se em situação de dependência.

A Saúde da pessoa idosa representa muitos desafios para o Sistema de Saúde de Cabo Verde, que se vem confrontando com o envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis, a maior prevalência e incidência das doenças crónicas, especificamente as cardio-cerebrovasculares, a hipertensão arterial e a diabetes. Uma das respostas dada pelo Governo Caboverdiano foi a aprovação do direito dos idosos artigo O artigo 76º é inteiramente dedicado aos direitos dos idosos, da Constituição da Republica (2010), e a Carta de Política Nacional para a Terceira Idade (Resolução Número 49/2011); «os idosos têm direito à especial proteção da família, da sociedade e dos poderes públicos», esse foi um passo relevante para a garantia de direitos

sociais à pessoa idosa, criando as condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade

A aceleração do processo de envelhecimento Cabo-verdiano e outras mudanças sociais em curso, requerem não só a análise da efetivação dos preceitos legais, mas também a sua pertinência atual, bem como a necessidade de se considerar novas questões. Importa também criar novas estratégias, com o intuito de mudar o paradigma do envelhecimento, a fim de responder ao desafio do objetivo 3 - do Desenvolvimento Sustentável (ODS) «Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades».

Assim, o Ministério da Saúde e da Segurança social, através da Direção Nacional de Saúde (DNS), no seu compromisso em acompanhar as mudanças demográficas em curso no País, implementou, no âmbito do Envelhecimento Ativo e Saudável, o Programa Nacional de Saúde do Idoso (2015) e elaborou o presente Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso (PENEASI), que contempla o horizonte 2017-2021 e constitui um instrumento de orientação e integração de todas as intervenções dos nossos parceiros, técnicos e financeiros das políticas do envelhecimento ativo e saudável em Cabo Verde, traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde, durante o ciclo de vida.

A primeira parte do plano inclui uma reflexão profunda sobre a problemática da terceira idade com uma análise da situação, em que participaram diversas entidades nacionais e contaram com o apoio da Organização das Nações Unidas, especialmente do escritório local da OMS em Cabo Verde. O PENEASI 2017-2021 articula-se em torno de cinco eixos prioritários tomando por base o Trabalho multidisciplinar e em rede, a Promoção da Saúde e do Envelhecimento Ativo, Cuidados continuados ao longo do ciclo da vida, Gestão coordenada e o envelhecimento na perspetiva da Intersetorialidade.

Este Plano servirá como uma ferramenta, para a garantir os Direitos Humanos e Sociais, na conquista de um envelhecimento ativo, saudavel e de cuidados dignos na pessoa idosa em Cabo Verde. Isso implica sensibilizar os sucessivos governos e as entidades públicas, informar e educar as famílias e as comunidades, relativamente às atividades de promoção da saúde e prevenção da doença e as suas complicações, como bem garantir o controlo

das mesmas nas instituições sanitárias, de preferência na atenção primária.

A DNS agradece o escritório da OMS em Cabo Verde pelo apoio financeiro e assistência técnica na elaboração deste plano, em especial os elementos do Núcleo de Apoio Técnico (NAT) na disponibilização da assistência técnica, e todos aqueles que participaram na validação do presente plano.

O caminho pela frente ainda é longo e desafiante, mas é minha convicção que a execução deste primeiro Plano estratégico levará a uma melhoria dos indicadores sanitários e do estado de saúde, e que se traduza em ganhos consistentes para a população cabo-verdiana.

A Diretora Nacional de Saúde



Maria da Luz Tavares de Lima F. Mendonça

Lista de siglas, abreviaturas e acrónimos

AN – Assembleia Nacional
PCES – Pacotes de Cuidados essenciais de Saúde
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde
CS – Centro de Saúde
CNPS – Centro Nacional de Pensão Social
DGF – Direção Geral de Farmácia
DGPOG – Direção Geral de Planeamento, Orçamento e Gestão-MSSS
DNS – Direção Nacional de Saúde
DNT – Doenças Não Transmissíveis
DOT – Tratamento da Tuberculose sob Observação Direta
DS – Delegacia de Saúde
GGI – Grupo Gestor Intersectorial
GIL – Grupo de Implementação Local
GPA – Grupo Político de Apoio
HAN – Hospital Dr. Agostinho Neto
HBS – Hospital Dr. Baptista de Sousa
HC – Hospital Central
HR – Hospital Regional
HRS – Hospital Regional do Sal – Dr. Ramiro Figueira
HRSA – Hospital Regional de Santo Antão – Hospital Júlio Morais
HRSF – Hospital Regional de São Filipe – Hospital São Francisco de Assis
HRSN – Hospital Regional de Santiago Norte – Hospital Santa Rita Vieira
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados em Saúde
ICIEG – Instituto Cabo-verdiano para a Igualdade e Equidade do Género
IMC – Inquérito Multiobjectivo Contínuo
INE – Instituto Nacional de Estatísticas
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INSP – Instituto Nacional de Saúde Pública
MAA – Ministério do Ambiente e Agricultura
MD – Ministério do Desporto
ME – Ministério da Educação

MFIS – Ministério da Família e Inclusão Social

MS – Ministério da Saúde

MSSS – Ministério da Saúde e Segurança Social

MAHOT – Ministério do Ambiente, Habitação e Ordenamento do Território

NAT – Núcleo de Apoio Técnico

OMS - Organização Mundial de Saúde

OOAS – Organização Oeste Africana da Saúde

PCES – Pacote de Cuidados Especiais

PENEASI – Plano Estratégico Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saúde do Idoso

PEDRHS – Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde

PNAN – Plano Nacional de Alimentação e Nutrição

PNC – Plano Nacional de Cuidados

PNDS – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNN – Programa Nacional de Nutrição

PNS – Política Nacional de Saúde

PR – Presidência da República

RSSA – Região Sanitária Santo Antão

SNS – Sistema Nacional de Saúde

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

Índice

INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO	4
2.1 A Protecção à velhice: referências legais	4
2.2 Contexto	6
2.2.1 Envelhecimento populacional	7
2.2.2 Transição epidemiológica	12
2.2.3 Impacto económico do envelhecimento no Sistema de Saúde	17
2.3 Questão cultural	21
2.4 Oferta de serviços públicos sócio sanitários em Cabo Verde	24
2.4.1 Oferta de serviços públicos para a Saúde	24
2.4.2 Oferta de equipamentos sociais e valências para idosos	28
2.5 Atenção à Saúde da Pessoa Idosa em Cabo Verde	29
2.6 Elementos facilitadores e dificultadores no cuidado à população idosa ..	32
3. PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E CUIDADO (2017-2021)	37
3.1 Missão	37
3.2 Visão	37
3.3 Valores	38
3.4 Objectivo Geral	38
3.5 Objectivos específicos	38
3.6 Princípios Orientadores	39
3.7 Estratégias Operacionais	40
3.8 Quadro Lógico das Ações Estratégicas para o PENEASI	45
3.9 Metas	68
3.10 Orçamento geral do PENEASI 2017-2021	75
3.11 Monitorização e Avaliação	75
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
5. RECOMENDAÇÕES	83
6. REFERÊNCIAS	87

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribuição da população idosa (total e maior de 75 anos), segundo o Concelho, Cabo Verde (2017)	6
Gráfico 2. Distribuição proporcional de idosos nos Concelhos, Cabo Verde (2017)	7
Gráfico 3. Pirâmide etária de Cabo Verde, segundo o sexo (2017)	8
Gráfico 4. Pirâmide etária de Cabo Verde, segundo o sexo (2022)	9
Gráfico 5. Pirâmide etária de Cabo Verde, segundo o sexo (2027)	9
Gráfico 6. Pirâmide etária de Cabo Verde, segundo o sexo (2030)	10
Gráfico 7. Distribuição da população idosa, segundo o género (Cabo Verde, 2017-2030)	11
Gráfico 8. Distribuição percentual da população cabo-verdiana, segundo faixas etárias (2017-2030)	12
Gráfico 9. Cenário demográfico puro – despesas com cuidados de saúde em % do PIB 2010 – 2030	19
Gráfico 10. Projeção de custos em saúde por faixa etária - Cabo Verde, 2017-2030	21

Índice de Figuras

Figura 1. Dimensão política do Cuidado	22
Figura 2. Localização das infra-estruturas de saúde em Cabo Verde (2015)	25
Figura 3 – Nós críticos na atenção às pessoas idosas	31
Figura 4. Fragilidades do SNS relacionadas com a gestão administrativa-financeira e aos recursos humanos	32
Figura 5. Áreas prioritárias para o PENEASI 2017-2021	40
Figura 6. Ciclo de Aprimoramento Contínuo do Planeamento Estratégico.Fonte:.....	45
Figura 7 – Execução e Monitorização do PENEASI 2017-2021	76
Figura 8 – Passo a passo da Implementação local do PENEASI	78

Índice de Quadros

Quadro 1. Distribuição dos profissionais de saúde, segundo as ilhas, Cabo Verde (2016)	27
Quadro 2. Fatores negativos e positivos relativos ao cuidado da pessoa idosa	33
Quadro 3. Quadro Lógico das Ações Estratégicas do PENEASI 2017-2021	46
Quadro 4. Metas pactuadas – PENEASI 2017-2021	69
Quadro 5. Orçamento do PENEASI por ano	75

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015), atesta que o contingente que mais cresce em todo o mundo é a parcela idosa da população¹. No mesmo documento, a OMS reconhece que, pela primeira vez na história da humanidade, a maioria das populações pode esperar viver até os 60 anos de idade e mais, porém, o rápido envelhecimento populacional mostra que, paradoxalmente, a maior conquista da humanidade é um grande desafio, em termos de políticas públicas.

Nos países desenvolvidos, o processo de envelhecimento deu-se de forma gradativa e encontrou um cenário socioeconómico favorável, o que permitiu a expansão dos seus sistemas de protecção social, facilitando o acesso e a qualidade dos serviços oferecidos. Nos países em desenvolvimento, pelo contrario, esse fenómeno faz-se de modo acelerado e intenso, e encontra sérias dificuldades na expansão do sistema de protecção social para todos os grupos etários, em particular para os idosos (OMS, 2015; CAMARANO, 2010).

Cabo Verde, embora elevado à categoria de país de desenvolvimento médio, de acordo com a Estratégia para o Desenvolvimento da Protecção Social ainda é considerado, do ponto de vista de sustentabilidade económica, um dos países mais vulneráveis do mundo². O envelhecimento da população cabo-verdiana leva à introdução de novas demandas que requerem respostas diferenciadas das políticas sociais, com a participação do Estado e da sociedade.

Atualmente, em Cabo Verde, do ponto de vista demográfico, segundo dados do Instituto Nacional de Estatísticas (INE, 2017), aproximadamente 7,8% da população já é considerada idosa. A esperança de vida ao nascer é de 72,2 anos para pessoas do sexo masculino, enquanto para as do sexo feminino já ultrapassa os 80,2 anos. Esse indicador tem a tendência para aumentar ao longo do tempo.

¹ Sob o ponto de vista cronológico, considera-se idosa a pessoa que possui 65 anos ou mais de idade em países desenvolvidos, ou 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, como Cabo Verde.

² Disponível em: http://www.governo.cv/documents/estrategia_desenv_proteccao_social.pdf

Observa-se um envelhecimento acelerado, com aumento de 50% do contingente idoso da população, entre 2017 e 2030 e a feminização da população idosa poderá atingir 61%. Ressalta-se que a população idosa também envelhece e a parcela com idade superior a 75 anos já representa 39% do total, dos quais 64,3% são mulheres.

Quanto ao perfil epidemiológico, as Doenças Não Transmissíveis (DNT) tendem a superar em frequência e gravidade as doenças infecto-contagiosas, colocando novos desafios ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) e exigindo para a sua solução um maior nível de especialização dos recursos humanos em saúde e recursos económicos, técnicos e tecnológicos mais complexos.

Porém, mais do que mera questão etária ou a presença de uma doença crónica, a maneira como as pessoas envelhecem traduz a própria trajetória de vida. Quando o envelhecimento se dá em condições desfavoráveis, acaba por comprometer o acesso dos mais dependentes e ou carenciados à efetiva proteção social.

As desigualdades sociais e de género, ao longo do ciclo da vida determinam as condições de vida e da saúde na velhice. Por isso, este Plano Estratégico não se restringe apenas à saúde da pessoa idosa, mas ao envelhecimento dos cidadãos cabo-verdianos e enseja contribuir para o Cuidado e o Envelhecimento Ativo do país, no período 2017-2021 e valoriza:

- A compreensão do envelhecimento no ciclo da vida;
- O protagonismo e a autonomia da pessoa idosa;
- A qualificação dos profissionais e serviços de saúde;
- A otimização de todos os recursos disponíveis;
- A intersectorialidade em seu planeamento, execução e avaliação;
- A sustentabilidade do sistema de saúde;
- A atuação em rede dos serviços sócio-sanitários;
- A participação da sociedade civil na construção, monitorização e avaliação das políticas públicas.

Este plano é o resultado de uma construção coletiva da qual participaram gestores, utentes, voluntários, profissionais de saúde, técnicos sociais dos níveis Central e local, de entre outros.

Seu sucesso dependerá da incorporação de uma cultura de planejamento, execução conforme o planejado, monitorização dos processos e dos resultados e atualização periódica do plano com a inclusão de melhorias e ajustes. Tudo isso pressupõe um sistema de informação robusto, fidedigno e atualizado e a capacitação dos profissionais envolvidos, com foco: no atendimento das necessidades do cidadão e ampla mobilização da sociedade civil; no envelhecimento enquanto fenômeno social, cultural e único para cada indivíduo.

2. ENQUADRAMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO

2.1 A Proteção à velhice: referências legais

Este Plano Estratégico apresenta-se em consonância com a Constituição do país, a qual em seu artigo 71º incumbe ao Estado: a criação de uma rede adequada de cuidados de saúde e das condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria da qualidade de vida das populações, através da existência e funcionamento de um Sistema Nacional de Saúde, do incentivo e apoio à iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde (CABO VERDE, 2010).

O artigo 77º, inteiramente dedicado aos direitos dos idosos:

- 1. Os idosos têm direito a especial protecção da família, da sociedade e dos poderes públicos.*
- 2. Para garantir a protecção especial dos idosos e prevenir a sua exclusão social, incumbe aos poderes públicos, designadamente:*
 - a) Promover as condições económicas, sociais e culturais que facilitem aos idosos a participação condigna na vida familiar e social;*
 - b) Sensibilizar a sociedade e a família quanto aos deveres de respeito e de solidariedade para com os idosos, fomentando e apoiando as respectivas organizações de solidariedade;*
 - c) Garantir aos idosos prioridade no atendimento nos serviços públicos e a eliminação de barreiras arquitectónicas e outras no acesso a instalações públicas e a equipamentos sociais.*

Outros marcos legais que tratam de temas relacionados com a protecção social do idoso ancoram na:

- A Carta de Política Nacional para a Terceira Idade (Resolução Número 49/ 2011);
- O Programa do Governo da IX Legislatura;
- O Programa de Governo e Moção de Confiança para o Ano 2016-2021 (2016);

- O Decreto-Lei N° 53/2016, que estabelece a estrutura, a organização e as normas do Ministério da Saúde e da Segurança Social (MSSS),³ cuja visão de futuro é a entrega de um cuidado de excelência e de um envelhecimento digno aos cidadãos Cabo-verdianos. São valores explícitos da Política Nacional de Saúde (PNS): “a salvaguarda da dignidade humana” e “a solidariedade entre todos para garantir esse direito”;
- O Decreto-Lei N° 54/2016, que estabelece a estrutura, a organização e as normas de funcionamento do Ministério da Família e Inclusão Social;
- O Decreto-Lei N° 54/2016, que estabelece a estrutura, a organização e as normas de funcionamento do Ministério da Educação, considerando que lhe compete articular-se com o MSSS em matéria de educação para a saúde e formação no domínio da saúde;
- A Lei N° 38/VIII/2013, que aprova o desenvolvimento do Regime Geral da Protecção Social ao nível da Rede de Segurança prevista na Lei N° 131/V/2001, designado de Protecção Social do Regime Não Contributivo;
- O Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PEDRHS 2015-2020);
- O Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN 2015-2020);
- Os Documentos de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza, I, II e III e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) (2012-2016).

³ O Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde, a nível central, compreende serviços e organismos que atuam na formulação da política de saúde, bem como na regulação e na avaliação do desempenho do sistema. Ainda a esse nível, existem órgãos consultivos tais como: o Conselho do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, a Comissão Nacional de Medicamentos e órgãos em regime de tutela ou superintendência tais como: o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário e os Hospitais Centrais. Na esfera pública, os estabelecimentos prestadores de cuidados são: cinco Hospitais (dois Centrais e três Regionais), 30 Centros de Saúde (CS), 34 Postos Sanitários, 113 Unidades Sanitárias de Base (USB), cinco Centros de Saúde Reprodutiva, um Centro de Saúde Mental e um Centro de Terapia Ocupacional.

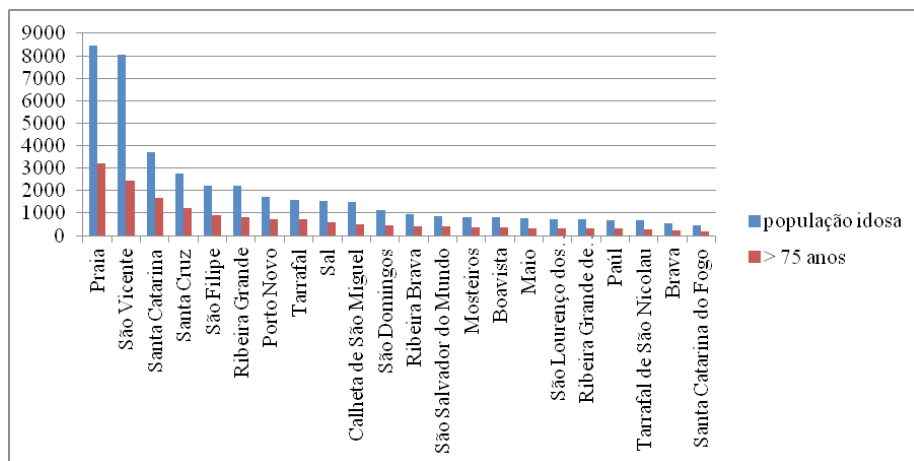
Ao pensar um Plano Estratégico relativo ao envelhecimento da população cabo-verdiana, cabe identificar e otimizar os recursos disponíveis, reconhecer as lacunas existentes e atuar de modo coordenado e integrado para superá-las, sempre considerando o contexto sociodemográfico e cultural de cada ilha e do país.

2.2 Contexto

Ao analisar o contexto, serão consideradas as mudanças demográficas e epidemiológicas, bem como questões socioeconómicas e culturais que interferem na prestação de serviços de saúde à população.

Embora as ilhas e concelhos apresentem perfis demográficos distintos (Gráfico 1), todos terão de lidar com um processo de envelhecimento acelerado (INE, 2014).

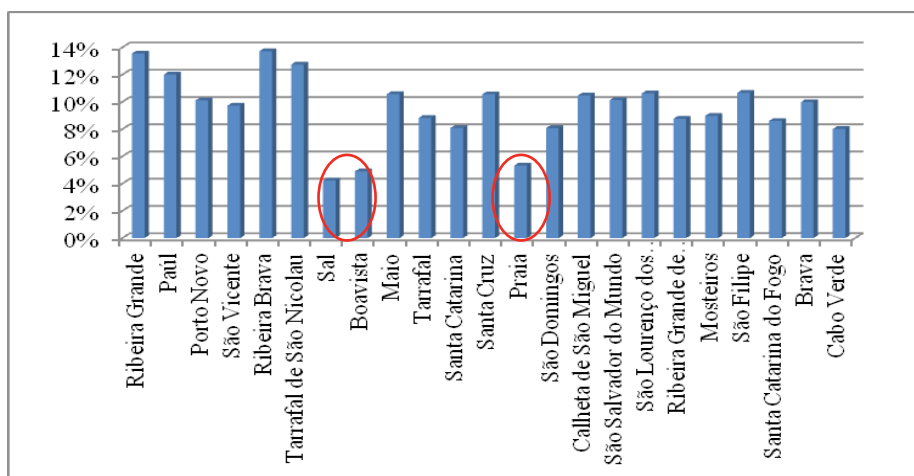
Gráfico 1. Distribuição da população idosa (total e maior de 75 anos), segundo o Concelho, Cabo Verde (2017)



Fonte: Elaborado a partir de dados de projeções do INE (2017).

Quando se analisa a proporção de idosos na população de cada concelho, apenas três deles (Praia, Sal e Boa Vista) estão abaixo do limiar de envelhecimento, ou seja, 7% (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição proporcional da população idosa nos Concelhos, Cabo Verde (2017)



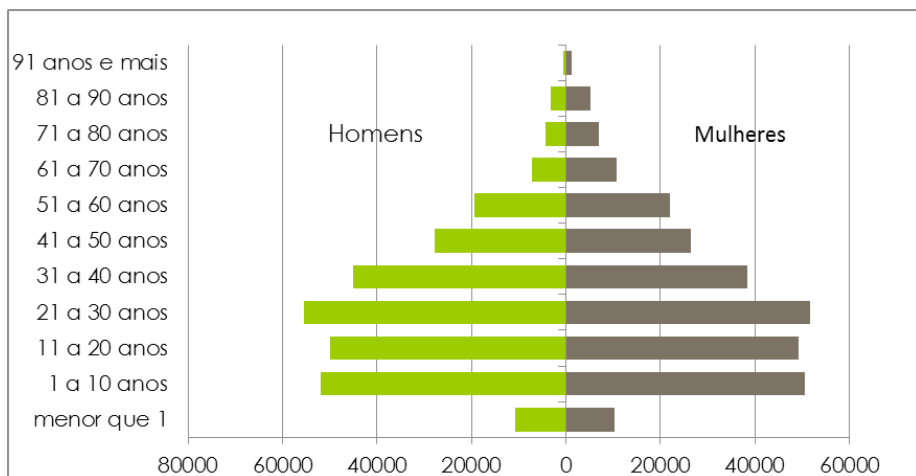
Fonte: Elaborado a partir de dados de projeções do INE (2017).

Esse processo de mudança da estrutura etária da população, implica novas demandas sanitárias, sociais e de previdência social e deve ser reconhecido e considerado no planeamento de todas as políticas do país.

2.2.1 Envelhecimento da população

De acordo com dados do INE (2017), Projeção da População 2010 – 2030, foi possível projetar o seguinte cenário de envelhecimento para o país, para os anos de 2017, 2022, 2027 e 2030 (Gráficos 3 a 6):

Gráfico 3. Pirâmide etária segundo o sexo, Cabo Verde, (2017)



Fonte: Elaborado a partir de dados de projeções do INE (2017).

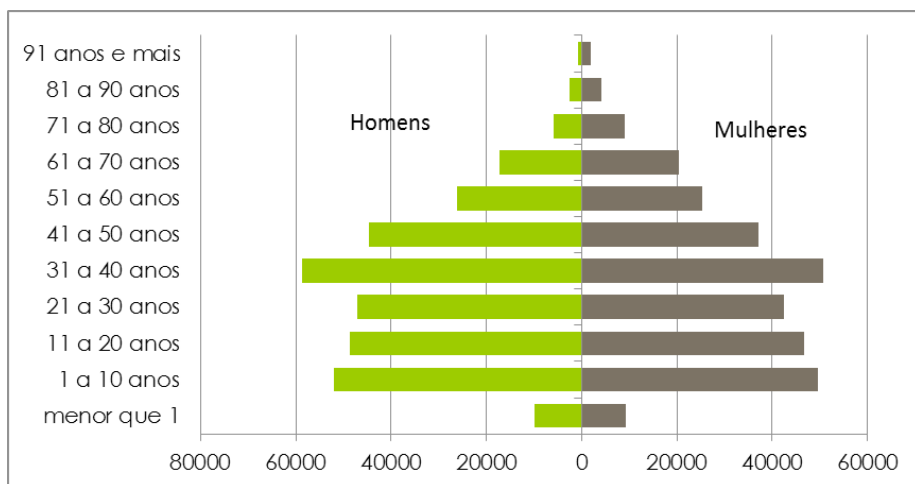
O formato atual, claramente piramidal, será alterado nos próximos anos, afetando a base decorrente da redução da fecundidade e da mortalidade infantil. Também se fará notar o envelhecimento da própria população idosa, com aumento de números das pessoas muito idosas (envelhecimento pelo topo).

Gráfico 4. Pirâmide etária segundo o sexo, Cabo Verde (2022)



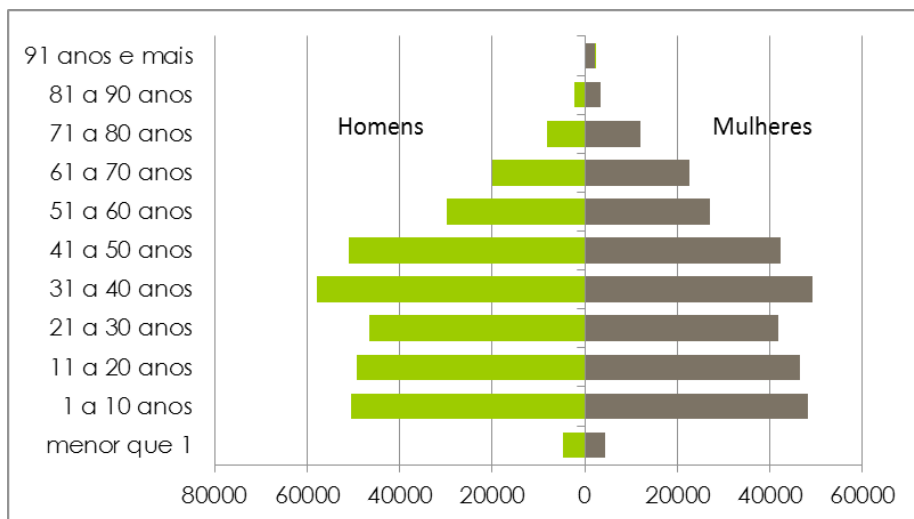
Fonte: Elaborado a partir de dados de projeções do INE (2017).

Gráfico 5. Pirâmide etária segundo o sexo, Cabo Verde (2027)



Fonte: Elaborado a partir de dados de projeções do INE (2017).

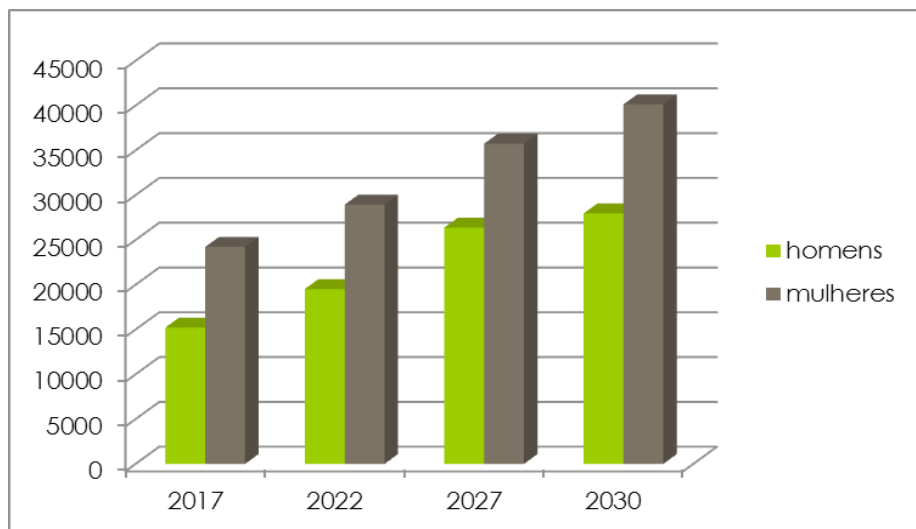
Gráfico 6. Pirâmide etária segundo o sexo, Cabo Verde (2030)



Fonte: Elaborado a partir de dados de projeções do INE (2017).

Em Cabo Verde, a população masculina representa metade da população total residente e projeta-se que venha a superar a feminina (PCES, 2016). Contudo, ao envelhecer, observa-se o inverso. A nível mundial, a proporção de mulheres no total da população idosa é mais elevada quanto mais velho for o segmento, o que se deve à mortalidade diferencial por sexo (CAMARANO, KANSO, FERNANDES, 2016). Isso já é observado em Cabo Verde (Gráfico 7).

Gráfico 7. Distribuição da população idosa, segundo o género (Cabo Verde, 2017-2030)



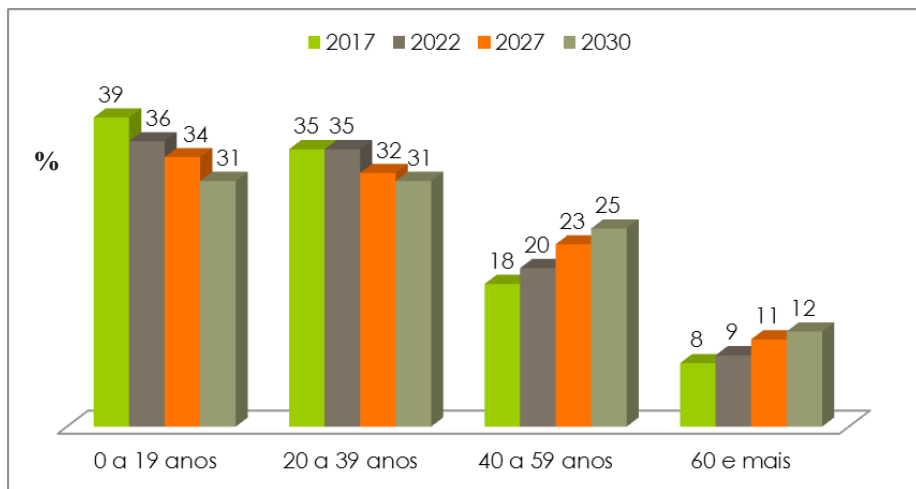
Fonte: Elaborado a partir de dados de projeções do INE (2017).

Em 2017, entre as pessoas muito idosas (80 anos ou mais), este indicador foi de 58,4 homens para cada 100 mulheres e, em 2030, a projeção é de 54,3 homens para cada 100 mulheres (INE, 2017).

Nesse cenário de envelhecimento e de desigualdade social e de géneros⁴, o MSSS deve atuar de forma equitativa na saúde masculina e feminina, e investir na perspetiva do envelhecimento ativo dos seus cidadãos, tendo em vista a crescente redução da população mais jovem e o incremento da população de meia idade e mais velha (Gráfico 8).

⁴ Há que se destacar a grande desigualdade de oportunidades entre homens e mulheres, ainda mais acentuada nas gerações anteriores, que justificou a diáspora do século passado. Assim, mais homens do que mulheres emigraram. Por sua vez, muitas mulheres que ficaram, embora trabalhassem informalmente, não conseguiram contribuir para a Previdência Social e obter a reforma. Assim, elas se tornam pensionistas porque ficaram viúvas ou por preencherem os requisitos para ter direito à pensão social. O sistema de proteção social (regime não contributivo), nomeadamente as pensões sociais básicas, por invalidez e de sobrevivência, abrange actualmente cerca de 22.000 pessoas em condição de pobreza, e busca focalizar nos grupos que mais delas precisam, inclusive os idosos.

Gráfico 8. Distribuição percentual da população cabo-verdiana, segundo faixas etárias (2017-2030)



Fonte: Elaborado a partir de dados de projeções do INE (2017).

Pode-se notar que até 2030, enquanto a população mais jovem (até 19 anos) declinará de 21%, no mesmo período, a população maior de 40 anos aumentará 39% e a idosa (60 anos e mais) será aquela com maior taxa de crescimento (50%)⁵.

2.2.2 Transição epidemiológica

Cabo Verde encontra-se num momento de transição epidemiológica, em que ainda se observa uma incidência importante das doenças transmissíveis – com risco de agravamento da prevalência de algumas delas, especialmente da infecção VIH/SIDA; mas já se nota uma tendência crescente do peso das doenças não transmissíveis (DNT) na condição de saúde das populações

⁵ Tal acréscimo somente não será maior, em razão da diáspora ocorrida na década de 1970, quando cerca de 100.000 cabo-verdianos deixaram o país. Em se tratando da população de 21 a 40 anos àquela época, essas pessoas comporiam hoje a parcela daqueles com idades entre 65 e 84 anos. Caso essas pessoas decidam retornar a Cabo Verde, se já estiverem reformadas em seu país de destino, poderão agregar essa renda em seu retorno. Caso contrário, engrossarão o contingente de pessoas idosas que dependem de pensões sociais.

(MS, 2016). Essa mudança repercute em termos de necessidades de saúde e decorre principalmente de novos estilos de vida e da maior relevância das doenças crônicas, que tendem a aumentar com o progressivo envelhecimento da população (PCES, 2016).

Em 2013, em todo o país, registaram-se 2.531 óbitos, com uma taxa de mortalidade de 4,9%. Na análise geral da mortalidade, os homens representam 57% dos óbitos com uma maior taxa de mortalidade (5,7%), quando comparados com as mulheres (4,2%).

A principal causa de mortalidade são as doenças do aparelho circulatório (27,6%), com uma prevalência relativamente semelhante em ambos os sexos, sendo 23,6% entre os homens e 32,9% entre as mulheres. As doenças cerebrovasculares (43,5%), o infarto agudo do miocárdio (15,3%), a insuficiência cardíaca (15,2%), a paragem cardíaca (9,3%) e a hipertensão arterial (6,6%) estão entre as maiores causas de morte de origem circulatória (PCES, 2016).

Quanto às demais causas, notam-se algumas diferenças em termos do género: os homens apresentam 21 vezes mais probabilidade de morrer devido às doenças mentais e comportamento, causas externas, traumatismos e envenenamento (PCES, 2016). Em 2013, destacam-se os óbitos masculinos por tumores no esófago, no estômago, na próstata, nos brônquios e pulmões. Entre os óbitos femininos, ressaltam-se os tumores do útero, da mama, do estômago e outros tumores.

Contudo, a análise das causas de mortalidade entre as pessoas idosas fica comprometida porque as informações disponíveis não permitem analisar a sua distribuição, visto que não estão desagregadas para essa faixa etária.

No que se refere à morbidade, o Ministério da Saúde (2016) reconhece como doenças prioritárias: as doenças do aparelho circulatório; a hipertensão arterial (afecta cerca de 33,7% da população); os tumores e/ou neoplasias (2ª causa de morte), as doenças infecciosas e parasitárias (Paludismo, Tuberculose, VIH, entre outras), as doenças respiratórias; a diabetes e a obesidade.

Doenças relacionadas com a nutrição, seja por carência ou por excesso, constituem outra grande preocupação de saúde pública e motivaram o estabelecimento de um Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

A obesidade é fator de risco para a mortalidade prematura e para outros problemas crónicos de saúde, tais como diabetes mellitus, hipertensão arterial, cancro, doenças articulares, entre outros.

A diabetes mellitus, a hipertensão arterial, as cardiopatias reumáticas e isquémicas e os acidentes vasculares cerebrais, figuram actualmente entre as principais causas de incapacidade no país (MS, 2014). A intervenção da saúde pública fundamenta-se na sua efectiva prevenção – incluindo promover mudanças do estilo de vida e de organização das comunidades –, no diagnóstico precoce e no tratamento regular e reabilitação dos doentes para evitar complicações.

Entre as principais causas de evacuação para o exterior, encontram-se os cancros, particularmente os do tubo digestivo e do foro genital (mama, colo do útero e próstata), necessitando medidas efectivas de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento. (MS, 2014)

A insuficiência renal crónica mostra uma prevalência crescente e já constitui a terceira causa de evacuação médica. Por isso, o interesse da saúde pública em prevenir e tratar as causas e factores desencadeantes, bem como disponibilizar o tratamento dialítico ou o transplante renal. (MS, 2014)

Os traumatismos, particularmente os devidos aos acidentes de viação e de trabalho ocupam o terceiro lugar entre as causas gerais de óbito e de invalidez (MS, 2014). Entre os mais velhos, as quedas são causa frequente de traumatismos e funcionam como eventos sentinela para problemas de saúde, demandando respostas do SNS, em termos de prevenção, abordagem, tratamento e reabilitação.

As deficiências sensoriais visuais e auditivas, que acompanham o envelhecimento, demandam medidas que visem uma intervenção planificada para prevenção e tratamento precoce, ampliação da oferta de cuidados (cirurgias de catarata, controlo de glaucoma, próteses auditivas), acompanhamento e reabilitação dessas pessoas. (MS, 2014)

Os distúrbios mentais e do comportamento representam um desafio à capacidade de prestação de cuidados integrados de saúde. Destacam-se na velhice: a depressão, os processos demenciais e o alcoolismo. Este último constitui um factor de risco para várias doenças crónicas, mortes prematuras e incapacidades por acidentes de trânsito, agressões, violência doméstica,

absenteísmo, processos demenciais ou incapacidade para o trabalho, entre outros, que demandam soluções para o tratamento e a reabilitação das pessoas afectadas. Um plano estratégico específico foi desenhado para enfrentá-lo (Plano Estratégico Multisetorial de Combate aos Problemas Ligados ao Álcool, 2016).

O tabagismo constitui outro factor de risco importante, para muitas doenças crónicas, especialmente as doenças cardiovasculares, pulmonares e tumores. Por se tratar da primeira causa evitável de óbitos no mundo, deve-se investir na prevenção do consumo do tabaco, sobretudo entre os jovens (PRABHAT e PETO, 2014).

A saúde oral também se revela um problema importante de saúde pública, sobretudo pela alta prevalência de cáries, edentulismo, doenças periodontais, ou ainda por manifestações orais de doenças sistémicas e traumatismos maxilofaciais. (JÜRGENSEN e PETERSEN, 2013). Na velhice, distúrbios de deglutição podem ocasionar desnutrição, pneumonias e óbitos. (VAN DER MAAREL-WIERINK, et al., 2013)

Soma-se a isso a existência frequente de comorbidades entre os mais velhos – uma pessoa idosa pode ser a um só tempo hipertensa, diabética e deprimida, por exemplo. Todas essas condições contribuem para a tripla carga de doenças que pode afectar os idosos – doenças agudas, doenças crónicas e crónicas agudizadas – o que aumenta as demandas dos serviços de saúde, para um tipo de cuidado ao qual eles não estão habituados.

Portanto, o cuidado com uma população em processo de envelhecimento exige intervenções multidimensionais e multisetoriais coordenadas, que alcancem os serviços de saúde, as diferentes políticas, os ambientes e ofereça oportunidades de promoção da saúde e do envelhecimento saudável e de cuidados dignos a todos (GIACOMIN, 2016). Essas interseções e intervenções serão estabelecidas através de concertação entre os diferentes organismos governamentais e não governamentais, em cada contexto.

A OMS (2015) define envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional⁶, que permite o bem-estar em idade avançada. Portanto, não se trata de um limiar ou nível específico do funcionamento ou da saúde, mas de um processo dinâmico

⁶ Capacidade funcional são os atributos relacionados com a saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam aquilo que valorizam, a partir da interação entre os indivíduos e seus ambientes (OMS, 2015).

que sempre pode ser aperfeiçoado. A dimensão central no processo de envelhecimento é a funcionalidade, ou seja, a interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, etc.) e os fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais), da qual resulta a dependência/independência de cada um no autocuidado.

Isso significa que os sistemas de saúde devem estar centrados na pessoa e nas suas necessidades, conforme o nível funcional, de modo a que os indivíduos tenham acesso a cuidados preventivos, assistenciais e de reabilitação, que otimizem a sua capacidade funcional e a sua participação na sociedade. Nesse sentido, o envelhecimento ativo e a solidariedade intergeracional devem ser considerados elementos-chave da coesão social, contribuindo para uma maior qualidade de vida, à medida que as pessoas vão envelhecendo.

Quanto ao cuidado, é razoável supor o aumento das demandas por cuidados de longa duração, como consequência do processo de envelhecimento da população (DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016).

O cuidado é um fenómeno multidimensional:

- Existencial: é parte do ser, da condição de humanidade;
- Relacional: ocorre em relação a outro ser e é revelado na coexistência com outros indivíduos;
- Político: envolve ações e serviços que demandam decisões governamentais;
- Contextual: existem variações e intensidades diversas nas formas e expressões de cuidar, conforme o meio considerado (PINHEIRO e MATTOS, 2005).

Assim, o cuidado envolve o cuidar de si mesmo (autocuidado), o cuidar dos outros, a pessoa que cuida (cuidador) e a pessoa que é cuidada (neste caso, uma pessoa idosa).

Por sua vez, as famílias cabo-verdianas, de quem se espera que cuidem de seus membros frágeis, modificaram-se muito nos últimos anos, em razão de processos migratórios, mudanças no papel da mulher, urbanização, queda de fecundidade. Tais processos têm reflexos diretos na oferta de cuidados pelas famílias e interferem nos custos sociais do país.

2.2.3 Impacto económico do envelhecimento no Sistema de Saúde

A despesa de saúde engloba, em geral, todas as despesas em bens e serviços de cuidados de saúde, que promovam a restauração, melhorias e preservação da saúde *per capita*, durante um determinado período de tempo (INE – CNS, 2014) e assumem uma importância crescente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, especialmente num cenário de envelhecimento populacional (RODRIGUES, 2014).

Desde a década de 1990, com o envelhecimento da população nota-se uma correlação negativa com as despesas em cuidados de saúde, tendo em vista a proximidade da morte – os seis meses que a antecedem configuram-se na época, de maiores despesas com saúde, independentemente da idade. Assim, na velhice, essas despesas relacionam-se principalmente com a proximidade da morte e não com o próprio envelhecimento (PALANGKARAYA E YONG, 2009).

Por outro lado, um estudo realizado na União Europeia (EUROPEAN COMMISSION, 2012), salienta que o envelhecimento da população justifica preocupações aos políticos e aos mercados, os quais, por sua vez, dependem fortemente do comportamento das sociedades e das economias, face às mudanças demográficas.

Segundo Jiménez (2013), baseado nos indicadores de saúde, Cabo Verde encontra-se entre os três melhores países da África, com uma esperança média de vida superior e uma despesa *per capita* reduzida, na saúde em relação a outros países do continente.

O sistema de saúde cabo-verdiano evoluiu a partir de três modelos distintos: um sistema de saúde desorganizado e mal definido, que vigorou desde a era colonial até 1975; um sistema completamente estatal, com limitações na liberdade de escolha até 1991; e, finalmente, um sistema de saúde misto (com libertação do exercício privado da medicina), até os dias atuais (DELGADO, 2009).

Desde a promulgação da Constituição da República, o sistema de saúde cabo-verdiano vem progredindo, com ampliação e melhoria na oferta dos cuidados de saúde, com expansão das infraestruturas, equipamentos e formação de recursos humanos em todas as ilhas (FURTADO, 2008).

Somando-se a isso, o aprimoramento da prevenção e da assistência à saúde da população resultou em melhorias na taxa de mortalidade e ou redução de casos de doenças crónicas (MS, 2012).

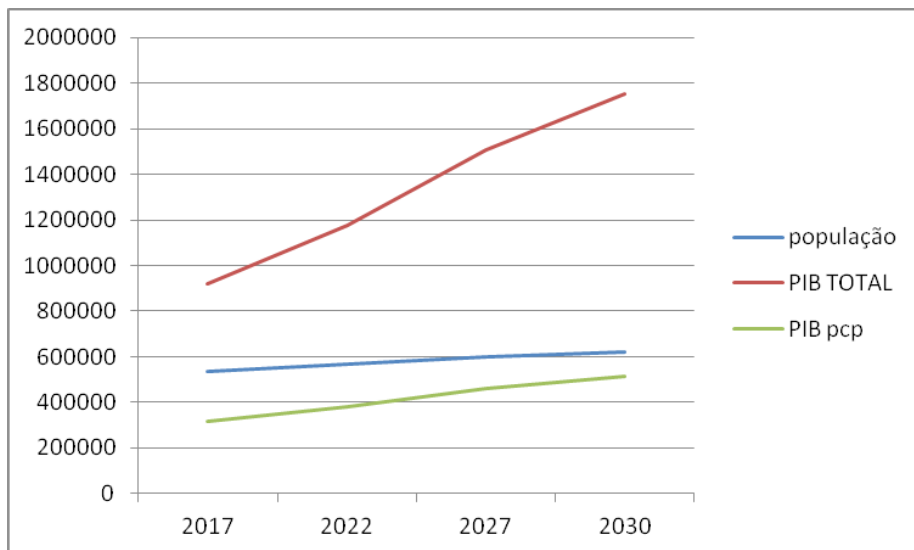
O SNS é administrado por duas instituições de carácter público, o Ministério da Saúde e o INPS; por seu carácter universal e tendencialmente gratuito, assemelha-se aos modelos de Estado de bem-estar social. Porém, ele ainda apresenta-se pouco descentralizado e necessita de investimentos na promoção da saúde e do envelhecimento ativo, como um eixo estratégico fundamental para o desenvolvimento socioeconómico do país (RODRIGUES, 2014).

Nesse sentido, para contribuir para o desenvolvimento nacional, harmonioso e equitativo do país, foi proposto o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016 (PNDS), atualmente em fase de avaliação.

Apesar dos esforços, os níveis de financiamento do SNS no país ainda não são suficientes para alcançar a meta de cobertura universal, o que demanda a ampliação da cobertura de seguro e reestruturar o funcionamento do sistema hospitalar, implementando mecanismos de pagamentos que permitam uma melhor alocação dos recursos (JIMÉNEZ, 2013). Além disso, o sistema é desafiado a dar assistência, de modo equitativo, integrado e integral, a uma franja considerável da população, sobretudo rural, que não possui condições para suportar minimamente os custos com a saúde. Desta feita, 75% do financiamento das despesas com cuidados de saúde, em Cabo Verde, são administrados pelas entidades públicas (RODRIGUES, 2014).

O envelhecimento da população cabo-verdiana também se traduz em futuras necessidades de financiamento para o sistema de saúde, com impacto sobre o crescimento e o desenvolvimento económico, entre outros indicadores. Quando se analisa o cenário demográfico puro, projeta-se uma evolução das despesas com cuidados de saúde, da ordem de 1,49% a mais, do PIB entre 2010 e 2030, como pode ser observado no Gráfico 9.

Gráfico 9. Cenário demográfico puro – despesas com cuidados de saúde em % do PIB 2010 – 2030



Fonte: Rodrigues (2014) com base em dados do IMF⁷ (2014) e do INE (2013).

Por sua vez, o projetado aumento em 50% da população idosa, no mesmo período, certamente afetará todo o sistema de cuidados de saúde em Cabo Verde e terá reflexos nas outras políticas do país.

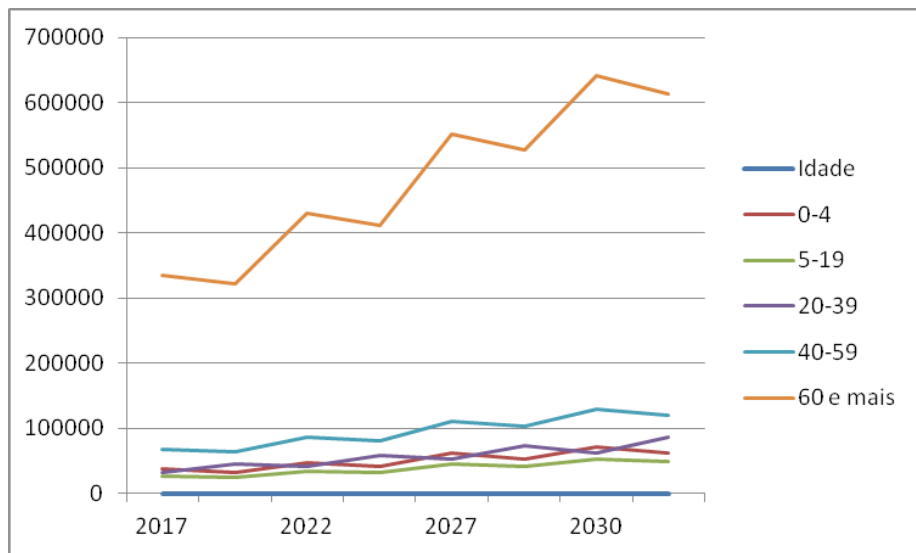
As condições socioeconómicas da atual população idosa, podem explicar o aumento das pressões sobre o financiamento público de cuidados de saúde no país, uma vez que provavelmente o financiamento das despesas de saúde pública continuará a ser maioritário, enquanto a despesa privada guardará um carácter complementar.

Para melhorar a participação das famílias cabo-verdianas, a longo prazo, o país deve investir em uma cultura de previdência social para enfrentar o trabalho informal, bem como zelar para que as instituições seguradoras cumpram as suas próprias condições de sustentabilidade económica, tendo em vista o crescimento da despesa em saúde *per capita*.

⁷ International Monetary Fund.

Quando se analisa a projeção de custos por faixa etária, observa-se a relevância do envelhecimento populacional (Gráfico 10).

Gráfico 10. Projeção de custos em saúde por faixa etária – Cabo Verde, 2017-2030.



Fonte: Baseado em Rodrigues (2014), a partir dos dados do INE.

Portanto, para o governo, os decisores políticos e a população cabo-verdiana, o controlo futuro das despesas com cuidados de saúde depende de melhorias no estado de saúde da população cabo-verdiana, no sentido de promover uma longevidade ativa e saudável, bem como de evitar internamentos hospitalares, por condições sensíveis à atenção primária (SAVER, 2014).

Isso significa reorientar os serviços e os cuidados nas comunidades para atuar em rede, otimizar os recursos existentes e promover hábitos saudáveis ao longo de todo o ciclo da vida. A garantia de uma longevidade ativa é condição *sine qua non* para manter e assegurar a sustentabilidade do sistema cabo-verdiano de saúde a longo prazo.

Contudo, a carência de dados distribuídos por faixa etária, representa uma limitação importante para a compreensão da real condição de saúde da população idosa cabo-verdiana e para a orçamentação das ações para este público.

Diante desse cenário desafiador, é urgente e necessária a criação de uma base de dados, que inclua as despesas com cuidados de saúde *per capita*, por sexo e faixa etária, de modo a facilitar a execução de mais trabalhos e ou relatórios que favoreçam a análise acerca da procura, da oferta e da qualidade dos cuidados com a saúde em Cabo Verde.

Há que se ter em consideração ainda, a forma como a população percebe o envelhecimento do ponto de vista cultural.

2.3 Questão cultural

Envelhecer em Cabo Verde como um pescador, um morador da zona rural, um servidor público ou uma vendedeira ambulante, são experiências muito diversas, que demandam respostas diferentes das políticas públicas. Em cada lugar, a experiência corporal de envelhecimento se transforma em uma experiência social, na qual a(s) perda(s) se materializa(m) na vida real e são reforçadas pela existência de barreiras físicas, económicas e culturais (CIF, 2004)⁸.

Assumindo-se cultura como um universo de símbolos e significados, que permite aos sujeitos de um grupo interpretarem as suas experiências e guiarem as suas ações (GEERTZ, 1989), os sinais que marcam o envelhecimento fazem também parte do universo cultural de uma coletividade, sendo apropriados e elaborados simbolicamente por todas as sociedades (MINAYO, 2002).

No contexto cabo-verdiano, a cultura local considera “natural” que:

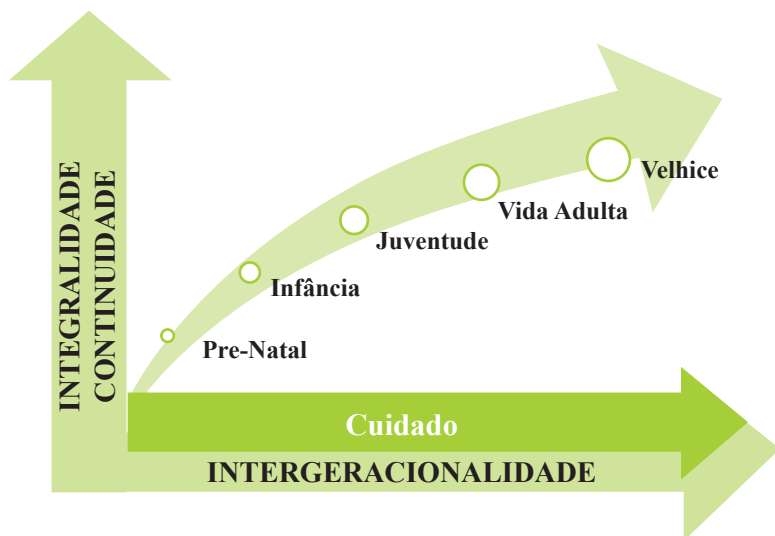
- O envelhecimento venha acompanhado de doenças e limitações;
- A pessoa idosa se sinta mais vulnerável do que as demais;
- O cuidado com o idoso frágil seja da responsabilidade prioritária e quase exclusiva da família.

⁸ CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf Acesso em 25 de março/2017.

Tal comportamento talvez explique certa lentidão na procura de cuidados em saúde, por idosos e familiares. A mesma lógica se repercute nos serviços, em que se nota uma certa passividade na oferta de cuidados a essa população.

Daí a importância crucial de compreender o envelhecimento como um processo contínuo e transversal que interessa a todas as políticas. Para que a pessoa seja adequadamente acompanhada e cuidada ao longo da vida é necessário agir de modo integral, continuado, intersetorial e intergeracional. A dimensão integradora do cuidado e a sua operacionalização, faz-se pela troca sistemática de informações entre os serviços e pelo respeito aos valores culturais (Figura 1).

Figura 1. Dimensão política do Cuidado.



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Embora os profissionais cabo-verdianos de saúde disponham de uma formação multicultural⁹ que favorece a troca de experiências e amplia a noção

⁹ Vários profissionais foram formados fora de Cabo Verde, em diferentes países da Europa, da Ásia, das Américas e África (DELGADO, TOLENTINO, FERRINHO, 2017).

de cuidado em saúde, na sua maioria, ressentem-se da falta de formação gerontológica.

Além disso, a realidade dos serviços contradiz a noção cultural de família como instituição provedora de cuidado, pois alguns idosos já vivenciam a insuficiência de cuidados, quer seja porque moram sozinhos, quer por não terem familiares próximos ou ainda porque os filhos e parentes precisam trabalhar e não têm como cuidar. Nos hospitais, seja por exaustão ou por falta de informação, observam-se alguns casos de abandono de idosos.

Assim, é preciso reconhecer que a família, a sociedade e o Estado, são responsáveis pelo amparo à pessoa idosa em caso de necessidade. Porém, não está estabelecido onde começa e onde termina a responsabilidade de cada um. A quem cabe definir tais papéis e como estes se sobrepõem ao longo do processo de envelhecimento e da necessidade de cuidados?

Na cultura local, guarda-se certa centralidade da pessoa idosa e a comunidade expressa solidariedade para com esse grupo etário, manifestada nas associações e ONG's e no voluntariado de profissionais, graduados e reformados.

Contudo, ao fim e ao cabo, a instituição que cuida é a família. Porém, é preciso ter em mente alguns conceitos:

- Não existe um tipo único e ideal de família, mas famílias com histórias e dinâmicas diferentes;
- As famílias são o espaço privilegiado do cuidado, mas também podem ser espaços de conflitos;
- De cada vez que um membro da família precisa de cuidados, a família inteira precisa de cuidados (DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016).

Além disso, as pessoas com maiores necessidades em saúde, em qualquer momento da vida também podem ser aquelas com menos recursos para superá-las. Por isso, é importante construir políticas para lidar com esses desafios, que são do interesse de todos (OMS, 2015). Na área da saúde, a tendência é caminhar na direção das práticas de cuidado que enfatizem o gerenciamento da saúde, mais do que o da doença e ocorram em redes de protecção integradas, formadas por um conjunto de serviços organizados,

capazes de prover um cuidado coordenado e contínuo à população sob a sua responsabilidade (DUARTE, BERZINS, GIACOMIN, 2016).

Portanto, se se pretende reduzir doenças e incapacidades na velhice, é necessário favorecer a saúde ao longo de toda a vida, por meio da oferta e garantia de cuidados sócio sanitários que apoiem as pessoas, as famílias, e possibilitem a sustentabilidade do sistema de saúde.

2.4 Oferta de serviços públicos sócio sanitários em Cabo Verde

2.4.1 Oferta de serviços públicos para a Saúde

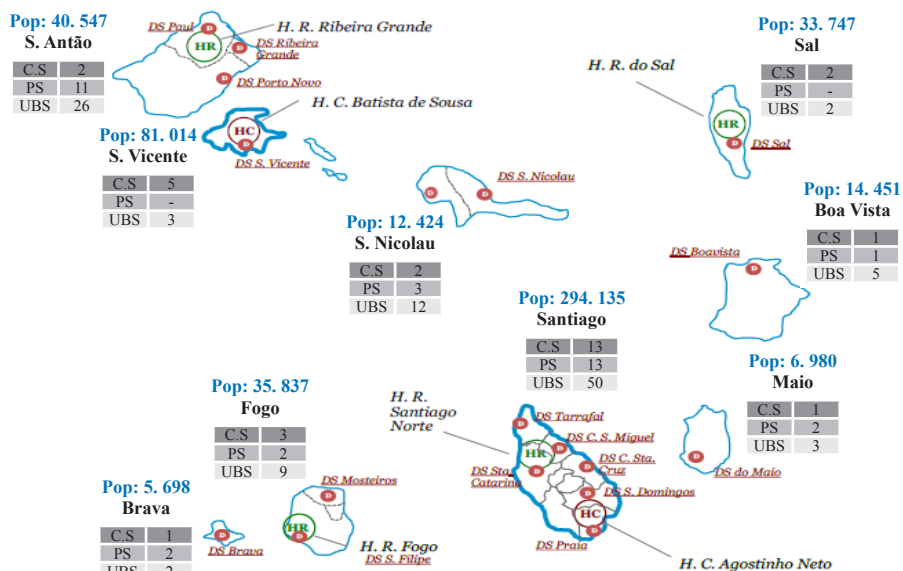
A dispersão e a pequena dimensão das ilhas representam uma dificuldade no planeamento, distribuição e no acesso aos cuidados de saúde pela população. A distribuição da população em todo o arquipélago é bastante desigual: as ilhas de Santiago e São Vicente concentram 75% da população.

Algumas ilhas (Santo Antão, São Nicolau, Maio, Fogo e Brava) não possuem comunicação diária com as ilhas principais e as ilhas de Santo Antão e Brava dispõem de comunicação apenas por via marítima. As ilhas de Santiago, São Vicente, Boa Vista e Sal dispõem de aeroporto internacional.

Quanto às estruturas de saúde, cinco Concelhos não dispõem de Delegacia de Saúde (São Salvador do Mundo, Ribeira Grande de Santiago, São Lourenço dos Órgãos - Santiago, Santa Catarina do Fogo e Tarrafal de São Nicolau).

As ilhas de Santiago e São Vicente concentram 50% dos serviços e 70% das vagas de internamento em hospitais. A média do número global de camas é de 2 por 1.000 habitantes – ainda inferior à média recomendada pela OMS de 2,7 leitos por 1.000 –, destacando-se a capacidade disponibilizada nas ilhas de São Nicolau e Maio, embora não disponham de unidades hospitalares (Figura 2).

Figura 2. Localização das infra-estruturas de saúde em Cabo Verde (2015)



Fonte: Ministério da Saúde – Relatório das Estruturas Centrais e Regionais

Fonte: Disponível em, Definição dos PCES (MS, 2016).

Outro ponto a ser destacado é a marcante desigualdade na distribuição de profissionais de saúde entre as ilhas e Concelhos.

Uma ampla pesquisa analisou a evolução da força de trabalho médica no país, de julho de 1975 a dezembro de 2014 (DELGADO, TOLENTINO, FERRINHO, 2017). Os dados secundários sobre 401 médicos, na sua maioria mulheres (54,4%) foram coletados junto ao Ministério da Saúde.

Cuba, Portugal, Brasil, a antiga URSS e Argélia foram os países que contribuíram para a formação da grande maioria dos médicos cabo-verdianos (94,3%). Todas as ilhas contribuíram para a formação dos 324 (80,8%) médicos nascidos no país. Do contingente de 272 médicos ativos em dezembro de 2014, 119 (43,6%) eram médicos de clínica geral e 153 (56,4%) especialistas de 31 especialidades diferentes (DELGADO, TOLENTINO, FERRINHO, 2017). Ressalte-se que nenhum era da área da geriatria.

Cerca de metade dos médicos (52%) atuava nos hospitais centrais, um terço (32%) na atenção primária, 14% na atenção secundária. E, embora a média nacional de médicos fosse de 5,25 por 10.000 habitantes¹⁰, a realidade diferiu significativamente entre as ilhas.

Ainda assim, os índices cabo-verdianos, embora superiores à média africana, são muito inferiores quando comparados à média global dos países, respectivamente de 14,1 médicos e 29 enfermeiros por 10.000 habitantes. A Ilha de São Vicente apresenta a maior cobertura de médicos (12 por 10.000 habitantes) e enfermeiros (19,1 por 10.000 habitantes).

Essa distribuição irregular, pode ser parcialmente explicada por migrações internas de São Nicolau e Brava, onde a população vem crescendo a um ritmo muito pequeno ou decrescente, para as ilhas mais turísticas do Sal, Boa Vista e Santiago (com a capital do país) que atraíram pessoas em busca de melhores empregos.

As disparidades são ainda mais significativas quando se consideram as diferentes especialidades médicas, o que reforça a necessidade de levar em consideração fatores geográficos, como parte dos critérios de seleção de futuros estudantes de medicina (DELGADO, TOLENTINO, FERRINHO, 2017).

O documento elaborado para fundamentar os Pacotes Essenciais dos Cuidados de Saúde (PCES, 2016) confirma a distribuição muito heterogênea dos demais profissionais de saúde, conforme apresentado no Quadro 1.

¹⁰ Esses dados divergem dos dados da OMS, segundo os quais Cabo Verde tem uma média de 7,6 médicos por 10.000 habitantes e um índice de enfermeiros de 12,3 por 10.000 habitantes.

Quadro 1. Distribuição dos profissionais de saúde, segundo as ilhas, Cabo Verde (2016)

Ilha	Infra-estruturas	Farmacêuticos	Fisioterapeutas	Nutricionistas	Psicólogos	Assistentes Sociais	Técnico de Laboratório	Técnico de Radiologia
Santo Antão	D.S. Paul	1	-	-	1	-	-	-
	D.S. Porto Novo	2	-	1	1	-	1	-
	D.S. Ribeira Grande	-	-	-	-	-	-	-
São Vicente	D.S. São Vicente	5	-	1	5	2	4	-
São Nicolau	D.S. Ribeira Brava	1	-	-	-	-	1	-
	D.S. Tarrafal S. Nicolau	n.d						
Sal	D.S. Sal	1	-	1	2	-	2	1
Boa Vista	D.S. Boa Vista	3	-	-	-	-	1	-
Maio	D.S. Maio	1	-	-	-	-	1	-
Santiago	D.S. Calheta	n.d						
	D.S. Praia	8	4	3	2	-	5	-
	D.S. Santa Catarina	1	-	-	2	-	2	1
	D.S. Santa Cruz	3	-	-	1	1	-	1
	D.S. São Domingos	1	-	-	-	-	1	-
	D.S. Tarrafal	2	-	-	-	-	1	-
Fogo	D.S. Mosteiros	1	-	-	-	-	-	1
	D.S. São Filipe	2	-	3	1	-	5	4
Brava	D.S. Brava	1	-	-	-	-	1	-
Hospitais Regionais	H.R. Ribeira Grande	1	-	5	1	-	3	3
	H.R. Sal	nd						
	H.R. Santiago Norte	3	1	1	-	-	4	-
	H.R. Fogo	nd						
Hospitais Centrais	Hospital Baptista de Sousa	1	7	2	4	2	14	10
	Hospital Agostinho Neto	8	5	2	8	5	21	8

Fonte: Adaptado da Definição dos PCES (MS, 2016).

Outra explicação para essa distribuição seria a concentração de instalações de cuidados de saúde (particularmente instalações de nível secundário e terciário) em apenas algumas ilhas,¹¹ principalmente aquelas que dispõem de hospital. Nas demais, os equipamentos disponibilizados resumem-se ao aparelho de raio X, ao eletrocardiógrafo e ao ecógrafo. Equipamentos de tomografia computadorizada e de ressonância magnética são pouco ofertados (média de 2 por milhão de habitantes) (PCES, 2016).

Nas ilhas que não dispõem de hospital ou naquelas com hospitais regionais, as evacuações para assistência fazem-se para as ilhas de São Vicente e Santiago. O processo de evacuação é da competência do SNS, sendo o processo logístico da responsabilidade do próprio SNS ou do INPS, para os beneficiários do sistema (PCES, 2016).

2.4.2 Oferta de equipamentos sociais e valências para pessoa idosa

De acordo com a Carta Social de Cabo Verde (2010), em todo o país, os equipamentos sociais e as valências¹² para idosos destinam-se a pessoas maiores de 65 anos. Para o público idoso, havia quatro Centros de Convívio, seis lares e 12 Centros de dia para idosos.

Em 2010, existiam 16 equipamentos sociais e 22 valências, sendo que os concelhos de São Vicente (4), São Filipe (4), Praia (4) e Ribeira Grande de Santo Antão (3) são os que apresentavam maior número de valências para idosos¹³. As ilhas do Sal, Boa Vista e Maio ainda não dispõem de nenhuma valência para idosos.

¹¹ Daí a opção por garantir um pacote mínimo de cuidados em cada ilha, independentemente do tamanho da população. Essa organização prevalece sobre as tentativas de seguir economias de escala racionais, o que explicaria certas concentrações de recursos observadas em ilhas pouco populosas, como Brava, por exemplo.

¹² Segundo o mesmo relatório: *“Equipamento Social é toda a estrutura física onde se desenvolvem uma ou mais respostas sociais ou estão instalados serviços de enquadramento às respostas de natureza residencial, ambulatória ou mista, que se destinam a diferentes grupos-alvo/utentes. De modo geral, os equipamentos sociais visam a protecção e integração sociais de determinados grupos alvo (crianças, jovens, idosos...) (...)*

Uma resposta social é um serviço ou actividade, ou acção prestada que concorre para os objectivos da valência. Possui um carácter permanente e específico, dirigido a determinado grupo alvo.

Valência é uma resposta social desenvolvida dentro ou a partir de um equipamento social. Uma valência pode compreender um conjunto de serviços ou actividades, organizados com carácter permanente e estruturado. Numa valência pode haver vários serviços, por exemplo, médico, desportivo, lazer, psicossocial, pedagógico”. (Carta Social, 2010)

¹³ Eles estão distribuídos em Ribeira Grande (1), Paúl (1), Porto Novo (2), São Vicente (4), Tarrafal de São Nicolau (1), Praia (3), São Filipe (3) e Brava (1)

Enquanto equipamento social não foi encontrado nenhum serviço de apoio domiciliário.

Quanto aos centros de convívio para idosos, os quatro existentes estão situados em Porto Novo e São Filipe, Paúl¹⁴ e São Vicente. Embora com capacidade para 130 utentes, eles encontram-se subutilizados (74%). (Carta Social, 2010)

Em Cabo Verde, existem oito estruturas nomeadas como lares de idosos. Porém, de facto, realizam internamento de idosos em apenas três unidades, todas na ilha de São Vicente. Os lares existentes em Paúl, Tarrafal de São Nicolau e São Filipe do Fogo são estruturas que funcionam como Centros de Dia (Carta Social, 2010). Na ilha de Santiago há um lar de idosos de carácter privado, que não foi contabilizado neste censo.

No momento do recenseamento dos equipamentos e serviços sociais, foram registados seis centros de dia, sendo três na Praia, um no Porto Novo, um em São Filipe e um na Brava. Desses equipamentos, três pertencem a ONG's, dois ao serviço de administração pública e um a uma associação mutualista.

2.5 Atenção à Saúde da Pessoa Idosa em Cabo Verde

A ideia frequente e equivocada de que cuidar da saúde das pessoas idosas restringe-se a controlar as doenças crónicas precisa ser superada, pois na pessoa idosa, a saúde é o resultado da interação entre saúde física, saúde mental, independência funcional, independência financeira, integração social e integração familiar (RAMOS, 2003). E, na velhice, a dimensão funcional assume papel preponderante.

Dito de outra forma, o fornecimento de medicamentos, a disponibilização de serviços ou a simples ampliação da cobertura são condições necessárias, porém insuficientes para assegurar um cuidado de excelência na velhice.

Além disso, o cuidado em saúde não se materializa sem o apoio de ações coletivas, comunitárias, nas quais a solidariedade e o reconhecimento recíproco se colocam como afirmação da vida e isso inclui o dever dos

¹⁴ O Centro de Paúl, actualmente, apenas fornece alimentação, mas não realiza atividades de convívio.

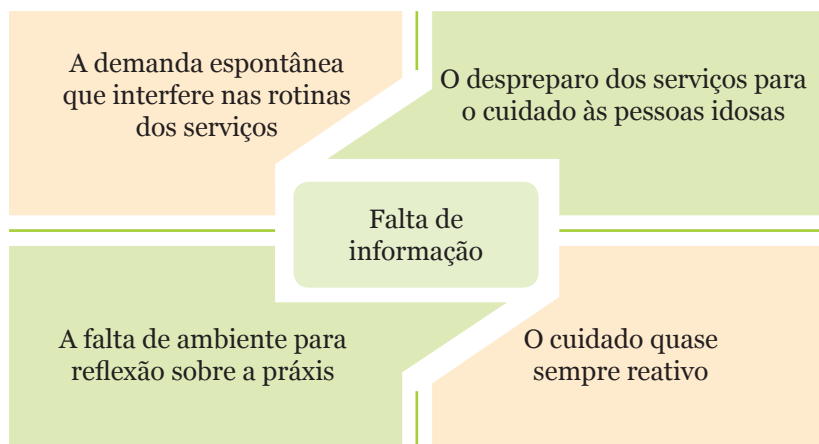
próprios profissionais de saúde em cuidar efetiva e afetivamente do outro. Essa atuação coletiva da comunidade e dos profissionais no sistema de saúde, inclusive no planeamento e no controlo social das ações, favorece a ampliação da cobertura e a otimização dos recursos humanos e materiais.

Infelizmente, muitas vezes, os idosos somente são reconhecidos, quando já apresentam doenças crónicas ou, estão funcionalmente limitados ou acamados. Contudo, ao reconhecer a pessoa idosa quando e porque precisa de cuidados, a atuação do sistema de saúde e protecção social quase sempre se mostra tardia, onerosa e pouco eficiente. Por isso, pretende-se evitar e, sempre que possível, antecipar-se aos problemas. Para tanto, há que se criar e incorporar novas práticas ao serviço, que garantirão a excelência do cuidado, conforme os valores e a realidade local.

Logo, os problemas que mais repercutem no cuidado à população idosa precisam ser conhecidos e abordados de modo longitudinal e integral, em cada contexto. Ao cuidar de uma pessoa idosa dependente, entra-se em contato com a díade do cuidado: a pessoa que cuida e a pessoa que é cuidada. O familiar ou responsável que cuida de uma pessoa idosa, deve ser reconhecido e orientado pela equipa de saúde, no cuidado prestado à pessoa idosa mas também no cuidado de si.

No âmbito da saúde cabo-verdiana, para que haja excelência no cuidado ao longo da vida, é necessário o comprometimento das equipas e da gestão dos serviços, para enfrentar os principais nós críticos identificados no território, ou seja, os pontos para enfrentar o problema (RIVERA e ARTMANN, 2014) (Figura 3):

Figura 3. Nós críticos na atenção às pessoas idosas.



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Assim, assoberbados por demandas “urgentes” e descoordenadas, de pessoas de todas as idades, nem a perspectiva da promoção de um envelhecimento ativo, nem a garantia de cuidados aos idosos frágeis e apoio adequado às suas famílias, fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde.

Usualmente, o serviço de saúde somente atua quando provocado – padrão reativo de cuidado – ao invés de realizar a busca ativa no território e se antecipar à demanda – padrão proativo de cuidado. Para incluir esta prática, pressupõe-se que toda a equipa de saúde deva ser multidisciplinar e estar apta a acompanhar a população sob sua responsabilidade, de modo a oferecer e assegurar ações preventivas, assistenciais e de reabilitação para problemas de caráter funcional, orgânico ou social.

Especificamente no que se refere à gestão administrativo-financeira e aos recursos humanos, propedêuticos e terapêuticos disponíveis, observa-se um ciclo vicioso em que as dificuldades do processo de cuidado retroalimentam as fragilidades do sistema (Figura 4).

Figura 4. Fragilidades do SNS relacionadas com a gestão administrativa-financeira e aos recursos humanos.



Fonte: Elaborado pela autora (PNDS, 2007, 2012).

Além disso, se as condições de saúde da população refletem o desenvolvimento da sociedade, os problemas de ordem social são particularmente importantes, pois o ambiente sociocultural pode tanto prevenir quanto predispor ou mesmo causar enfermidades (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, muitas das demandas aos serviços de saúde estão associadas a questões sociais para as quais eles não têm respostas. Por sua vez, os equipamentos sociais não atuam de forma integrada com os serviços de saúde.

Assim, o contexto sociocultural modula e interfere no sistema de saúde e na maneira como as pessoas reconhecem e lidam com questões relativas à saúde, inclusive o envelhecimento e o cuidado.

2.6 Elementos que facilitam e dificultam o cuidado à população idosa

Foram levantados, junto aos profissionais do Núcleo de Apoio Técnico (NAT) do Programa do Idoso, os principais pontos que facilitam e dificultam o cuidado à população idosa (Quadro 2).

Quadro 2. Fatores negativos e positivos relacionados ao cuidado da pessoa idosa

FATORES	POSITIVOS	NEGATIVOS
Internos	Cultura que valoriza o velho na família Existência de parceiros engajados	Cultura que torna a pessoa idosa ainda mais vulnerável na sociedade Parceiros atuam de modo descoordenado
Formação e Educação Permanente	Formação profissional multicultural Cooperação internacional Telemedicina	Falta de formação gerontológica e de atuação em equipa Insuficiência de médicos de família Distribuição desigual e concentrada nos grandes centros e hospitais Profissionais de reabilitação em número insuficiente Ênfase no profissional médico; Falta de replicação dos conteúdos para as equipas e de aplicação na prática Subutilização dos recursos
Promoção da Saúde e do Envelhecimento Ativo	População maioritariamente jovem Existência de espaços de promoção (academias a céu aberto) Tema transversal a várias políticas Interesse de toda sociedade	Ritmo acelerado de envelhecimento Baixa frequência de idosos Atuação desarticulada das políticas e dos parceiros Compreensão quase sempre limitada à prática de atividade física As famílias e políticas decidem pelos idosos ao invés de decidir com eles os assuntos tratados Padrão alimentar restritivo (baixa oferta proteica, excesso de carboidratos, dificuldades de acesso à água e ao saneamento básico) Alcoolismo

FATORES	POSITIVOS	NEGATIVOS	
Intergeracionalidade	Diferentes instituições governamentais e não governamentais promovem atividades intergeracionais (igrejas, hospitais, escolas, Cruz Vermelha, voluntariado, entre outros)	Atuação desarticulada sobre o mesmo público	
	Festividades no calendário (Carnaval, Dia Mundial do Idoso, Dia Mundial da Saúde, festas populares, religiosas e nacionais)	Dificuldade de acesso em razão de preconceito (Exemplo: Participar do carnaval pode ser visto como um comportamento inadequado para pessoa Idosa)	
	Famílias alargadas em que avós participam da criação dos netos	Baixo nível de escolaridade dos idosos	
	Redes sociais promovem aproximação de pessoas e famílias	Baixa adesão da pessoa idosa por falta de acesso à evolução tecnológica	
	Reforma antecipada e aceite por ambas as partes	Perda de profissionais experientes e menor sensibilidade das gerações mais jovens	
	Cuidado e Relações Sociais	Lares de Idosos	Estigma e condições sanitárias precárias
Existência de Centros de dia		Subutilização por estigma de idosos e familiares	
Apoio à atuação de ONG (fornecimento de cestas básicas e alimentos, refeições)		Falta de definição de público e território, de cobrança por resultados e contrapartidas	
Visita Domiciliária		Realização assistemática e não coordenada; dificuldades de transporte sanitário	
Legislação protetiva		Falta de divulgação aos idosos de seus direitos	
Prevenção da mendicidade		Burocracia, limite de pensões inferior à demanda e exigência de atestado de pobreza	
Assistência a medicamentos		Acesso insuficiente por limitação de renda e ou de cobertura do SNS (medicamentos não incluídos, irregularidade no fornecimento)	

FATORES	POSITIVOS	NEGATIVOS	
Sistema Nacional de Saúde	Descentralização	Referência e contra-referência ausentes ou inadequadas	
	Expansão de cobertura	Ausência de avaliação funcional; Falta de inclusão da reabilitação; Reforço à atuação médico-centrada	
	Livre escolha	Dificuldade de vinculação ao profissional e à equipa	
	Legislação específica	Falta de padronização de procedimentos, custos, fluxos	
	Diferentes estruturas atuam sobre a mesma população	Barreiras de comunicação intersectorial, intergeracional, interinstitucional	
	Sistema pensado ainda de forma hierárquica	Falta do papel ordenador da Atenção primária, reforço à visão hospitalocêntrica e médico-centrada	
	Resposta cotidiana à demanda espontânea	Sobrecarga dos serviços e das urgências	
	Promoção da saúde	Ainda limitada à atividade física	
	Imunização	Restrita à população infantil e gestante	
	Responsabilização da família pelo cuidado em retribuição à contribuição da pessoa idosa à sociedade cabo-verdiana	Idoso negligenciado e infantilizado Sentimento de “tristeza envergonhada” por uma velhice pobre Negligência de cuidado ao cuidador Sofrimento da equipa, da família e da pessoa idosa cuidada Inexistência de dados sobre a população idosa frágil Falta de apoio à família e ao paciente em Cuidados Paliativos	
	Externos	Ampliação da consciencialização dos organismos internacionais para a questão do envelhecimento acelerado da população de países em desenvolvimento.	Crises financeiras; Entendimento da saúde africana ainda restrita apenas à Saúde materno-infantil, a doenças transmissíveis (especialmente, HIV/Aids), a desnutrição, sem considerar o envelhecimento da população e a emergência de condições crónicas e ligadas à urbanização.

Esses elementos permitem compreender que nos processos de trabalho dos serviços de saúde, não havia a compreensão do envelhecimento como processo natural e dinâmico e o cuidado com a terminalidade é muito incipiente.

E, embora a pessoa idosa seja assistida no âmbito da saúde, quando reconhecida pela presença de uma ou mais doenças crônicas, o SNS não dispõe de recolha sistematizada de dados que possibilite a análise da morbidade e da mortalidade dessa população. Não existe um olhar diferenciado no cuidado para a parcela idosa.

Essa invisibilidade da pessoa idosa repercute-se em todos os níveis de atenção e compromete a excelência do cuidado.

Assim, cabe propor alternativas para intervir e melhorar a realidade local, tendo em vista a perspectiva de envelhecimento acelerado, em condições de desigualdade social e de género.

3. PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL PARA O ENVELHECIMENTO ATIVO E SAÚDE DO IDOSO (2017-2021)

O PENEASI 2017-2021 integra a Política Nacional de Saúde, está em consonância com as orientações estratégicas do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2016 e resulta do esforço coletivo para delinear um conjunto de atividades, voltadas a perseguir a visão de futuro sobre as condições de saúde que se pretende na velhice cabo-verdiana.

O plano acontece em momento oportuno, tendo em vista que Cabo Verde se encontra em franca transição epidemiológica e demográfica e foi reconhecido como país de desenvolvimento médio.

Este Plano servirá como um instrumento para a garantia dos Direitos Humanos e sociais e como um importante marco legal para orientar a população e as diferentes políticas, na conquista de um envelhecimento ativo e de cuidados dignos na velhice em Cabo Verde.

3.1 Missão

Garantir ao cidadão cabo-verdiano, a excelência na gestão do cuidado em saúde, ao longo do ciclo da vida.

3.2 Visão

Ser reconhecida como a nação africana que oferece as melhores condições de vida e saúde na velhice a seus cidadãos, com índices de desenvolvimento humano em níveis semelhantes aos dos países mais desenvolvidos, valendo-se de soluções económicas, criativas e efetivas, adaptadas ao contexto cabo-verdiano.

3.3 Valores

- Equidade: a qualidade da assistência deve variar conforme a condição de saúde e vulnerabilidade social, de modo a priorizar a assistência a quem mais precisa;
- Respeito à cultura: reforçar a centralidade do velho na família e a solidariedade da comunidade;
- Integralidade máxima possível: em todo o ciclo da vida – desde a paternidade responsável até os cuidados paliativos¹⁵ dignos. O parâmetro que definirá a priorização dos programas e ações será o carácter mais coletivo e social;
- Continuidade dos cuidados durante todo o ciclo de vida, por meio de intervenções de promoção da saúde, de prevenção, de controlo, reabilitação e gestão das condições estabelecidas de saúde.

3.4 Objetivo Geral

Visando definir estratégias e políticas prioritárias para os próximos cinco anos, o PENEASI 2017-2021 tem como objetivo geral:

- Garantir ao cidadão Cabo-Verdiano a excelência na gestão do cuidado em saúde, ao longo de todo o ciclo da sua vida.

3.5 Objetivos específicos

- Promover a excelência na cobertura do sistema de saúde, no que se refere ao processo de envelhecimento e aos cuidados específicos com a velhice;
- Qualificar o atendimento à saúde da população Cabo-Verdiana, em todas as etapas da vida, desde o pré-natal até a velhice;

¹⁵ Segundo a definição da OMS, revista em 2002, Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual.

- Contribuir para a criação de condições, visando a sustentabilidade do sistema de segurança social, considerando as perspetivas de envelhecimento da população no país e em cada ilha do arquipélago.

3.6 Princípios Orientadores

São princípios orientadores deste Plano:

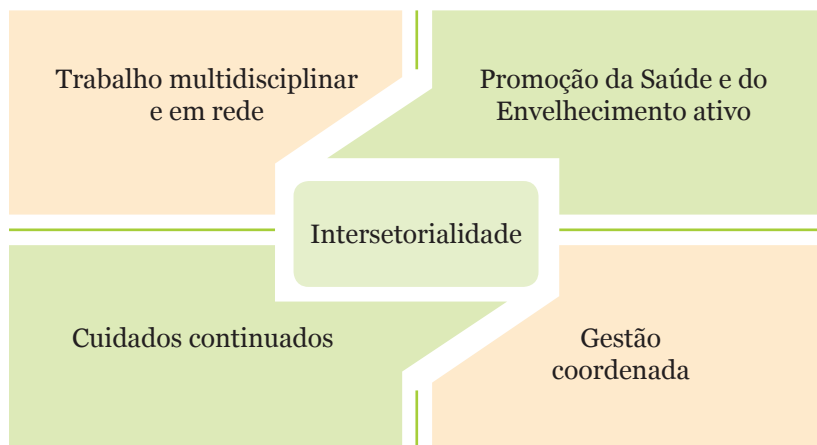
- A velhice é heterogénea e deve ser compreendida na perspetiva do ciclo de vida;
- A saúde e o envelhecimento dignos, são direitos fundamentais de todo o cidadão;
- A educação e o desejável convívio intergeracional promovem ambientes favoráveis ao envelhecimento saudável e ao cuidado;
- A dimensão funcional da saúde serve de referência para orientar o cuidado ao longo da vida;
- O cuidado de longa duração é o quarto pilar da seguridade social – além da saúde, da assistência social e da previdência social;
- O acesso aos serviços de saúde de qualidade deve acontecer de modo universal e equitativo;
- A descentralização na prestação dos cuidados, nos diferentes níveis de atenção da saúde, deve assegurar a longitudinalidade, a territorialidade e a máxima integralidade do cuidado, com ênfase no papel ordenador da Atenção Primária;
- A utilização racional dos recursos em saúde, baseada em evidências científicas, deve-se dar com transparência, eficiência e eficácia;
- A parceria e a complementaridade entre os diferentes sectores com reflexo nos determinantes da saúde, devem concorrer para o desenvolvimento do país e para se enfrentar as fragilidades dos idosos, das famílias, das comunidades e dos prestadores de serviços no cuidado à velhice;
- O acesso aos serviços de saúde de qualidade deve acontecer de modo universal, atempada e equitativa;

- A execução de estratégias que visam promover a melhoria sistemática da qualidade dos cuidados prestados aos idosos e avaliação regular das mesmas;
- A promoção de formações científicas, tendo em vista a valorização contínua dos profissionais e colaboradores que prestam cuidados de saúde aos idosos.

3.7 Estratégias Operacionais

Tomando por base o cenário analisado, o PENEASI 2017-2021, intervirá em cinco áreas prioritárias (Figura 5):

Figura 5. Áreas prioritárias para o PENEASI 2017-2021.



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Para cada área prioritária serão traçados objetivos que expressam o que deve ser feito, as situações a serem alteradas pela implementação de estratégias e ações coordenadas no território, na perspetiva da intersectorialidade.

Área prioritária 1 – Trabalho multidisciplinar e em rede

Construir um sistema de atenção à Saúde, que possibilite o alcance de um nível ótimo de saúde, distribuído de forma equitativa, com adequada proteção dos riscos para todos os cidadãos e que promova o acolhimento humanizado e a oferta de serviços eficientes, efetivos e de qualidade, organizado em uma rede de serviços.

Por trabalho em rede entende-se um contínuo de atenção, organizado por uma rede poliárquica (todos os serviços estão no mesmo nível), orientado para a atenção a condições crônicas e agudas, voltado para uma população. Nesse tipo de trabalho, o cidadão é agente de sua saúde e proativo; o cuidado é integral, realizado por equipa multiprofissional e capaz de planejar a demanda (MENDES, 2015).

São objectivos específicos:

- Melhorar a atenção à população senescente e idosa, nos serviços;
- Melhorar as condições de acesso e seguimento aos cuidados de saúde.

Área prioritária 2 – Promoção da Saúde e do Envelhecimento Ativo

Investir na promoção da saúde, ao longo de todo o ciclo da vida, é condição *sine qua non* para a sustentabilidade do sistema de saúde. Nesse sentido, enfatizam-se a prática de hábitos saudáveis, bem como o estímulo à autonomia, à independência funcional e à participação social das pessoas idosas.

Tem como objetivos específicos:

- Assegurar as condições físicas, humanas, técnicas para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo;
- Fortalecer a prevenção das doenças na velhice, de modo a proporcionar o máximo das capacidades físicas, mentais e sociais, com vista à promoção da qualidade de vida, da autonomia e da plena inclusão participativa da pessoa idosa em todos os aspetos da vida.

Área prioritária 3 – Cuidados continuados ao longo do ciclo da vida

Um sistema de cuidados continuados, baseia-se no reconhecimento do cuidado como um pilar da segurança social. Portanto, exige o compromisso e a participação do governo no seu planeamento, financiamento, monitorização e coordenação. Ele deve estar baseado numa gestão de qualidade, com foco na otimização da capacidade funcional dos utentes e na sua inserção social. Também exige a responsabilidade do cidadão em seu autocuidado, ao longo da vida, e o estímulo à solidariedade social e ao voluntariado.

Pretende-se o controlo e a prevenção das doenças crónicas, por meio do acompanhamento na atenção primária; a realização do rastreio sistemático de cancro, de acordo com as melhores evidências científicas; a organização de um sistema de referência e contra-referência entre os serviços; a Gestão e programação da alta hospitalar ¹⁶ e a desospitalização precoce e segura¹⁷; os cuidados paliativos¹⁸; o apoio domiciliário e o reconhecimento do cuidador familiar como parte da equipa de cuidados. Além disso, os idosos são mais suscetíveis ao descondicionamento muscular e ao risco de quedas e de confusão mental durante os internamentos. Muitos deles, após um período acamado durante o internamento, passam a ser dependentes nas atividades de vida diária. Daí, o interesse de oferecer cuidados de reabilitação durante os internamentos e no período pós-alta.

¹⁶ O serviço hospitalar deve alertar o serviço de cuidados primários, para planear o retorno do utente para o seu domicílio

¹⁷ O hospital consegue antecipar a alta desde que o sistema de saúde garanta um cuidado domiciliário adequado.

¹⁸ São princípios do cuidado paliativo: a afirmação da vida e o enfrentamento da morte como evento natural; a aceitação da evolução natural da doença, não acelerando nem retardando a morte e repudiando as futilidades diagnóstica e terapêutica; a garantia de qualidade de vida; o controle da dor e de outros sintomas desenvolvidos com a progressão da doença; a integração dos aspectos clínicos com os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, que possam influenciar a percepção e o controle dos sintomas; estímulo à independência do paciente, permitindo-lhe viver de maneira ativa até a sua morte; o respeito à autonomia do doente com ações que levem à sua valorização como pessoa; o reconhecimento e aceitação, em cada doente, dos seus próprios valores e prioridades; a consideração de que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e crescimento pessoal; o favorecimento de uma morte digna, com o mínimo estresse possível, no local de escolha do paciente; a prevenção de problemas durante o luto; a base na diferenciação e na interdisciplinaridade. A prestação dessa forma de cuidado, pressupõe a compreensão e a aceitação desses princípios por parte do doente e de sua família.

Esta estratégia tem por objetivos:

- Institucionalizar parcerias sistemáticas entre os serviços sociais e de saúde e a comunidade, ancoradas nos valores da cultura local;
- Apoiar a família na sua função de cuidar, sem destituir a pessoa idosa de sua autonomia, nem isentar o Estado do seu compromisso em garantir o cuidado aos seus cidadãos.

Área prioritária 4 – Gestão coordenada

O fortalecimento da capacidade institucional e de gestão, para implementar o PENEASI 2017-2021 em todos os níveis, tem como objetivos:

- Tratar de modo institucional a implementação, a coordenação e a monitorização dos programas voltados para o envelhecimento da população, em todos os níveis de coordenação nacional (central e local);
- Harmonizar os instrumentos de planeamento e a pactuação de indicadores, com vista ao fortalecimento do PENEASI.

Área prioritária 5 – O envelhecimento na perspectiva da Intersetorialidade

A fragmentação das políticas sociais reduz as possibilidades de se enfrentar de forma eficaz os problemas complexos, como a pobreza e as desigualdades sociais, os quais exigem a ação coordenada entre diferentes setores.

O PENEASI 2017-2021, prevê a atuação intersetorial junto a todos os programas conduzidos pelo MSSS, as políticas de Educação, Desporto, Cultura, Direitos Humanos, Trabalho, Assistência Social (CNPS), entre outras, na perspectiva de oferecer as melhores oportunidades ao cidadão cabo-verdiano, ao longo de toda a sua vida.

Assume-se a intersetorialidade como uma ação que integra diferentes políticas sociais, com o propósito de superar e/ou solucionar problemas complexos e multifacetados que atingem a população. Para tanto faz-se

necessário construir uma nova concepção de gestão das políticas públicas, envolvendo o planeamento, a execução e o controlo social na prestação dos serviços.

Cabo Verde experimenta o início do processo de descentralização de políticas sociais - uma estratégia para tornar o Estado mais ágil e eficaz, por favorecer o acesso a serviços adequadamente dimensionados para cada realidade.

No âmbito da Administração Pública, trata-se de um processo de transferência de poder dos níveis centrais para os periféricos. Nesse sentido, a perspectiva da Intersetorialidade passa a ganhar espaço nos cenários central e local, e cada município se torna o cenário privilegiado de sua aplicação prática.

A Intersetorialidade associa-se aos processos de descentralização, às demandas da população de um dado território e à discussão acerca da gestão dos Concelhos. A descentralização aproxima os serviços de quem os utiliza e a intersetorialidade integra as políticas públicas responsáveis por esses serviços.

Portanto, para que a Intersetorialidade se consolide, é necessário incentivar o diálogo entre os setores, mediante políticas com desenhos institucionais intersetoriais. A construção de políticas públicas e sociais com essa concepção ainda é recente, mas o tema envelhecimento é de tal modo transversal que é impossível tratá-lo sem que seja sob uma perspectiva intersetorial.

São objetivos desta área:

- Fortalecer os vínculos entre a pessoa idosa e os serviços locais sociais e de saúde;
- Sensibilizar e mobilizar a sociedade civil para assumir, ao nível da família, da comunidade e do país em geral, a responsabilidade de contribuir para melhorar a qualidade de vida na velhice.

Na esfera da protecção social e da segurança social, também ensejam-se ações dirigidas ao aperfeiçoamento da práxis, por meio da educação permanente e do aprimoramento da gestão.

3.8 Quadro Lógico das Ações Estratégicas para o PENEASI

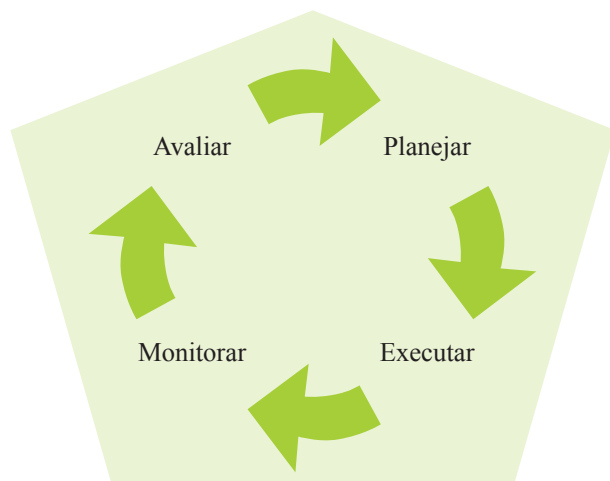
Para se atingir a visão de futuro foram definidos objetivos específicos, pautados na missão, orientados pelos valores do PENEASI 2017-2021 e consolidados em um quadro lógico.

Cada objectivo estratégico e seu(s) respectivo(s) indicador(es) deve orientar a implementação de ações, a monitorização e a análise crítica dos resultados obtidos, bem como auxiliar na construção de parcerias e no processo de tomada de decisão pela gestão.

Em cada nível de execução, visando viabilizar a melhoria contínua dos processos organizacionais, é importante conhecer, medir e analisar os resultados obtidos e desejados de cada um dos objectivos, buscando sempre alcançar um cuidado de excelência.

Em se tratando de um Plano Estratégico, é crucial o seu contínuo aprimoramento. Para tanto, os objectivos, prioridades e metas devem ser acompanhados em um ciclo contínuo de seguimento, avaliação e melhoria da sua implementação, conforme esquematizado na Figura 6.

Figura 6. Ciclo de Aprimoramento Contínuo do Planejamento Estratégico.



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

Quadro 3. Quadro Lógico das Ações Estratégicas do PENEASI 2017-2021

ÁREA PRIORITÁRIA 1 - TRABALHO MULTIDISCIPLINAR E EM REDE										
Objetivo específico 1: Melhorar a atenção à população senescente e idosa nos serviços.										
Objetivo específico 2: Melhorar as condições de acesso e seguimento, aos cuidados de saúde										
Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável (is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Atuação em rede	Mapeamento dos recursos institucionais existentes em cada território (CS, USB, Hospitais, Serviços de reabilitação, Centros de dia, Lares, ...)	Rede mapeada	X	X	X	X	X	DS/MSSS	INE INPS CNPS OMS MFIS CM	1.500.000\$
	Inclusão da vertente social nas equipas multidisciplinares existentes nos Centros de Saúde, para o atendimento, seguimento e avaliação das pessoas idosas	Número de equipas formadas em consonância com o PEDRHS	X	X	X	X	X	DNS/MSSS	CM MFIS	Previsto no PEDRHS
Trabalho multidisciplinar	Criação de equipas fixas (médico, enfermeiro, assistente social)	Número de equipas formadas	X	X	X			DNS/MSSS		Inclusão no orçamento da Saúde a partir de 2019
	Criação de equipas de apoio (psicólogo, nutricionista, odontologista, especialistas médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais)	Número de equipas formadas	X	X	X			DNS/MSSS		Inclusão no orçamento da Saúde a partir de 2019

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável (is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Trabalho multidisciplinar (Cont.)	Inclusão da vertente social nas equipas multidisciplinares existentes nos hospitais	Número de equipas formadas em consonância com o PEDRHS	X	X	X	X	X	CM MFIS	Previsto no PEDRHS	
	Inclusão da vertente social nas equipas multidisciplinares existentes nas instituições para pessoas idosas (centros de dia, lares)	Número de assistentes sociais (1 assistente para cada 25 idosos)		X	X	X	X	ONG MFIS	Inclusão no orçamento de cada Concelho	
Avaliação funcional	Definição dos instrumentos adequados à população idosa cabo-verdiana	Instrumento definido	X	X				OMS, Universidades, OOAS INSP ONG CM	2.000.000\$	
	Definição dos Centros de Saúde pilotos	5 (cinco) CS definidos (áreas propostas: uma por região sanitária, São Vicente, Praia)	X	X				OMS Universidades OOAS, INSP, ONG, CM	1000.000\$	
	Avaliação das experiências-piloto	Experiências avaliadas			X			OMS	600.000\$	

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável (is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Avaliação funcional (Cont.)	Avaliação sistemática da dimensão funcional da saúde nas equipas de cuidado, em todos os níveis de atenção	Avaliação instituída				X	X	DNS/MSSS Grupo de Implementação local	OMS	600.000\$
	Construção de uma linha de cuidados para a pessoa idosa, na rede de serviços de saúde	Linha de cuidados construída				X	X	Grupo Técnico do PENEASI; DNS/MSSS	Programas do MS CM MFIS INSP ONG OMSS Mídias	1.500.000\$
	Identificação dos serviços de reabilitação existentes	Serviços identificados	X					MSSS OMS	ONG'S	0.00
	Descentralização de serviços de reabilitação	Serviços descentralizados			X	X	X	MSSS OMS	OMS, ONG's, INPS CM	Inclusão no OGE
	Criação de uma rede de serviços de Reabilitação	Rede criada					X	MSSS OMS	OMS, CM ONG's INPS	Inclusão no OGE

ÁREA PRIORITÁRIA 2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO ENVELHECIMENTO ATIVO										
Objetivo específico 1: Assegurar as condições físicas, humanas, técnicas para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo.										
Objetivo específico 2: Fortalecer a prevenção das doenças na velhice, de modo a proporcionar o máximo das capacidades físicas, mentais e sociais, com vista à promoção da qualidade de vida, da autonomia e da plena inclusão participativa da pessoa idosa em todos os aspectos da vida.										
Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Promoção da saúde	Reforço ao cumprimento rigoroso do calendário vacinal das crianças	Índice de cobertura vacinal determinado pelo PAV	X	X	X	X	X	PAV/MSSS	Mídia OMS, UNICEF, CM, ME, INSP	Previsto no PAV
	Reforço da Promoção da Saúde Escolar	Número de sessões de sensibilização nas escolas por profissionais capacitados	X	X	X	X	X	MSSS ME	FICASE MFIS UNICEF OMS INSP	Previsto no orçamento da Saúde Escolar
Promoção da saúde	Instituição de equipas de Saúde Oral específicas nas DS	Número de equipas técnicas da saúde oral em actividade nas DS		X	X	X	X	DNS / MSSS	ME, FICASE ONG, OMS Comunidades	Em consonância com o Plano Estratégico da Saúde Oral

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução das metas					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Promoção do envelhecimento ativo	Reforço das ações relativas ao combate dos problemas ligados ao álcool, tabaco e outras drogas	Indicadores da CCAD	X	X	X	X	X	PR CCAD MSSS	NAT Granja de São Filipe ONG's (Tenda El Shadai)	Em consonância com o orçamento do CCAD
	Promoção de hábitos alimentares saudáveis	Indicador do Programa Nacional Nutrição	X	X	X	X	X	MSSS (PNN, NAT, INSP)	OMS MEFIS UNICEF CM ONG'S INE	Em consonância com o PNAE
	Medida da utilização ótima dos espaços <i>fitness</i>	Pesquisa de frequência da utilização do espaço <i>fitness</i> realizada	X	X	X	X	X	MD, MSSS	Universidades NAT/ PDNT/ PNN/ INSP, OOAS MD	1000.000\$
	Reforço à utilização dos parques <i>fitness</i> por pessoas idosas	Ampliar em 50% o nível medido no Inquérito local		X	X	X	X	MD, MSSS	Universidades NAT/ PDNT/ PNN/ INSP, OOAS MD	1.000.000\$

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução das metas					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Promoção do envelhecimento ativo (Cont.)	Reforço à utilização dos Centros de dia por pessoas idosas independentes	Número de pessoas idosas independentes que frequentam os Centros de dia	X	X	X	X	X	ONG's CM	MFIS NAT	Incluir no orçamento do Concelho
	Informação e sensibilização das pessoas idosas e cuidadores para o Envelhecimento Ativo	Número de ações realizadas	X	X	X	X	DS MSSS INSP	NAT, INSP ONG's, ME MFIS, MD CM, Mídias	500.000\$	
	Reforço na prevenção da depressão e de outros transtornos mentais	Indicador existente no programa de Saúde Mental	X	X	X	X	Estruturas de Saúde / MSSS Programa de Saúde Mental	NAT, OMS, CM, ME, MD, INSP ONG's (a Ponte, Acanpar),	Previsto no orçamento da Saúde Mental	
Controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis	Avaliação da fragilidade entre idosos	Utilização de instrumentos de avaliação do síndrome de fragilidade nos serviços		X	X	X	Estruturas de saúde/ MSSS	Centro dia e lares, ONG, CM	0.00	

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução das metas					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis (Cont.)	Prevenção da fragilidade entre idosos	Inclusão de programas coletivos de prevenção da fragilidade nos CS		X	X	X	X	Estruturas de Saúde / MSSS	Centro dia e lares, ONG, CM	300.000\$
	Avaliação da incapacidade entre idosos, em todos os serviços	Utilização de instrumentos de avaliação funcional nos serviços		X	X	X	X	MSSS, CM ONGS, MAA MEF	Centro dia e lares, ONG, CM	0.00
	Prevenção da incapacidade entre idosos, em todos os serviços	Inclusão de programas coletivos de prevenção da incapacidade nos CS			X	X	X	MSSS, CM ONGS, MAA MEF	Centro dia e lares, ONG, CM	0.00
	Reabilitação da incapacidade entre idosos, em todos os serviços	Serviços de reabilitação descentralizados criados			X	X	X	MSSS OMS	OMS, ONG's INPS, CM, SENORF	Inclusão prevista na Área Prioritária 1
	Reforço do controlo e monitoramento das doenças transmissíveis	Indicadores existentes no respetivo programa	X	X	X	X	X	MSSS DS	OMS, CCSIDA, CM, ME	Previsto nos respectivos programas

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução das metas					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis (Cont.)	Criação de Comissões de Controlo de Infecções Hospitalares, para o monitoramento de infeções associadas aos cuidados em saúde (IACS)	Número de CCIH criadas	X	X	X	X	X	MSSS, Hospitais centrais e regionais	OMS	Previsto no orçamento dos HC
	Prevenção de internamentos por condições sensíveis à atenção básica	Número de internamentos sobre total pessoas com determinada condição	X	X	X	X	X	MSSS	CM, Centros de dia, Comunidade	Incluída nas atividades de supervisão
	Abordagem em grupo de pacientes com condições crónicas semelhantes	Número de estruturas de Saúde e sociais que realizam esta abordagem	X	X	X	X	X	Estruturas de Saúde, MSSS	NAT ONGS CM MFIS	Incluída nas atividades de supervisão
	Criação de comissão interministerial sobre mecanismos para a isenção da taxa moderadora para idosos	Comissão criada	X					PR, MSSS INPS, DGF, MFIS, Hospitais, Estruturas de Saúde	ONG, OMS, CNS	50.000\$

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução das metas					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis (Cont.)	Reforço no controlo das DNT (Hipertensão, diabetes, cancro) nas estruturas de saúde e sociais	Indicadores existentes nos respetivos programas	X	X	X	X		MSSS, estruturas de Saúde, respetivos programas	NAT PNN INSP	Orçamento previsto nos respetivos programas
Ambiente	Estímulo à criação e à adesão de todos os Centros de Saúde e todos os Hospitais Centrais e Regionais, à Iniciativa Ambientes Amigos do Idoso	Número de estruturas aderidas à Iniciativa Ambientes Amigos do Idoso		X	X	X	X	NAT, Estruturas de Saúde, MSSS	OMS, OOAS, ONG, CM, MFIS, Comunidade	2.000.0000\$

ÁREA PRIORITÁRIA 3 – CUIDADOS CONTINUADOS AO LONGO DO CICLO DA VIDA										
Objetivo específico 1: Institucionalizar parcerias sistemáticas entre os serviços sociais e de saúde e a comunidade, ancoradas nos valores da cultura local;										
Objetivo específico 2: Apoiar a família na sua função de cuidar, sem destituir a pessoa idosa da sua autonomia, nem isentar o Estado do seu compromisso no cuidado aos cidadãos.										
Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução das metas					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Parceria sistemática	Identificação dos locais de convivência coletiva (lares, centros de dia)	Porcentagem de locais mapeados	X	X	X	X	X	MSSS CM MFIS	ONG	0,00
	Criação de Centros de Cuidados Continuados	Número de Centros criados		X	X	X	X	MSSS, CM, ONG'S Concelhos	Ministérios Congéneres, OMS, OOAS, Associações de emigrados	500.000\$
	Transformação dos Centros de Dia em Centros de Cuidado para a comunidade	Número de centros revitalizados			X	X	X	MSSS, CM ONG'S Concelhos	Ministérios Congéneres, OMS, OOAS, Associações de emigrados	Previsto no Orçamento do MFIS e PNC
	Reconhecimento da demanda de produtos e equipamentos para o cuidado dos acamados	Demanda reconhecida	X	X	X	X	X	Estruturas de Saúde, MSSS, ONG'S	CM, ONG, Concelho, Comunidades	500.00000\$
Domínio de	Ações -	Indicador de	Cronograma de execução das metas					Responsável(is)	Parceiros	Orçamento

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução das metas					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Parceria sistemática (Cont.)	Criação de uma Comissão no MS para definição dos insumos que serão fornecidos aos acamados	Comissão criada	X					NAT, DGF, INPS, DGPOC	0.00	
	Fornecimento de produtos e equipamentos de finidos pela Comissão para o cuidado dos acamados	Insumos fornecidos	X	X	X	X	X	NAT, DGF, MSSS, INPS	2.000.000\$	
Apoio à família	Qualificação da equipa de saúde para a realização de visita domiciliária	Número de equipas qualificadas	X	X	X	X	X	MSSS, MFIS		
	Ampliação do número de agentes comunitários/sanitários e lideranças locais de saúde	Número de agentes e lideranças existentes nas estruturas	X	X	X	X	X	CM, MSSS	Orçamento previsto no PEDRHS	

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução das metas					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECY)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Apoio à família (Cont.)	Capacitação dos agentes comunitários/ sanitários para a atenção à saúde da pessoa em situação de dependência e de cuidados paliativos	Número de agentes capacitados nas estruturas		X	X	X	X	MSSS, MFIS	ONG, OMS, CM, ME	1.500.000\$
	Capacitação dos cuidadores informais para o cuidado	Número de estruturas de saúde com turmas de cuidadores capacitados		X	X	X	X	MSSS	ONG, OMS, CM, ME	1.500.000\$

ÁREA PRIORITÁRIA 4 – GESTÃO COORDENADA										
Objetivo específico 1: Tratar de modo institucional a implementação, a coordenação e o monitoramento dos programas voltados para o envelhecimento da população, em todos os níveis de coordenação - nacional e local.										
Objetivo específico 2: Harmonizar os instrumentos de planeamento e a pactuação de indicadores com vistas ao fortalecimento do PENEASI.										
Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Planeamento	Realização de inquéritos populacionais sobre a saúde da pessoa idosa	Número de inquéritos realizados		X			X	INE	INSP, OMS	6.000.000\$
	Definição do Grupo Gestor de Implementação coordenada e aprimorada deste PENEASI 2017-2021 em nível Central e Nacional	Reuniões trimestrais de concertação realizadas (número de relatórios) Número de instituições que aderiram ao grupo	X	X	X	X	X	NAT, MSSS	DPOG, ME, INPS, MFIS, MD,	2.000.000\$
			X					NAT, MSSS	DPOG, ME, INPS, MD, MFIS	0,00

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Planeamento (Cont.)	Definição do grupo gestor intersectorial do PENEASI 2017-2021 em nível nacional	Grupo nacional criado	X					NAT, MSSS	DPOG, ME, INPS, MFIS, MD,	1.500.000\$
		Criação de um Grupo Político de apoio ao PENEASI		X				PR, MSSS, A.N.	DPOG, ME, INPS, MFIS, MD	150.000\$
	Reforço da ação intersectorial do Grupo Gestor (dinamização e operacionalização)	Definição de mecanismos equitativos e sustentáveis para financiar os cuidados	X	X	X	X	X	MSSS	DPOG, INPS, MFIS, DGF	0.00
		Percentagem de projetos aprovados e implementados		X	X	X	X	NAT, MSSS	DPOG, ME, INPS, MFIS, MD	0.00
	Percentagem de Orçamento mobilizado fora do orçamento do Plano		X	X	X	X		NAT, MSSS	ONG, CM OOAS, OMS, Ministérios congêneres, Associação de Emigrados	0.00

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Planeamento (Cont.)	Definição do Grupo Gestor Intersetorial do PENEASI 2017-2021 em nível nacional	Número de parcerias estabelecidas		X	X	X	X	NAT, MSSS	ONG, OOAS, OMS, CM, Ministérios congêneres, Associação de Emigrados ICIEG	1.500.000\$
				X	X	X	X	NAT MSSS	ONG, OOAS OMS, CM, Ministérios congêneres, Associação de Emigrados, ICIEG	0.00
Monitorização	Implementação de Grupos de Implementação nas DS	Número de Grupos locais implementados		X	X	X	X	NAT, MSSS	CM, ONG, OMS	0.00
				X	X	X	X	NAT, DS MSSS	NOSI, ONG, OMS, Hospitais	Inclusão no OGE

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Monitorização (Cont.)	Sistematização de dados sobre a saúde da pessoa idosa nos diversos níveis de atenção	Número de serviços com instrumentos de recolha, registo e análise padronizados		X	X	X	X	NAT, DS MSSS	NOSI, ONG, OMS	Inclusão no OGE
		Número de técnicos capacitados		X	X	X	X	NAT, DS MSSS	NOSI, ONG, OMS	Inclusão no OGE
		Número de serviços que beneficiaram do reforço de competências em matéria de recolha, registo e análise de dados		X	X	X	X	NAT, DS MSSS	NOSI, ONG, OMS	Inclusão no OGE
		Número de instituições que enviaram os dados de acordo com as recomendações		X	X	X	X	NAT, DS MSSS	NOSI, ONG, OMS	Inclusão no OGE
Seguimento do Plano	Avaliação e aprimoramento	Número de visitas descentralizadas realizadas		X	X	X	X	NAT, DS MSSS	ONG, OMS	1.600.000\$
		Estudo do impacto da implementação		X			X	NAT, DS, MSSS	ONG, OMS	Inclusão no OGE
		Conferência com utentes, Familiares, Gestores,...	X	X	X	X	X	NAT, DNS MSSS	DS	800.000\$
		Comemoração do Dia Internacional do Idoso	X	X	X	X	X	NAT DNS MSSS	OMS OOAS UNFPA ONG'S OUTROS PARCEIROS	1.500.0000\$

ÁREA PRIORITÁRIA 5 – O ENVELHECIMENTO NA PERSPETIVA DA INTERSETORIALIDADE										
Objetivo específico 1: Fortalecer os vínculos entre a pessoa idosa e os serviços locais, sociais e de saúde;										
Objetivo específico 2: Sensibilizar e mobilizar a sociedade civil para assumir, a nível da família, da comunidade e do país em geral, a responsabilidade de contribuir para melhorar a qualidade de vida na velhice.										
Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Fortalecimento de vínculos	Criação de uma comissão interministerial para discutir e propor estímulos para fixação dos profissionais de saúde (resoluitividade, ambiente de trabalho, lideranças, reconhecimento, qualificação, oportunidades)	Comissão criada	X	X	X	X	X	MSSS, MEFIS, MF, INPS, DPOG	Sindicatos, CM, ONG, Comunidade de, Sociedade civil organizada	150.000\$
	Estímulos definidos	Estímulos implementados					X	MSSS		0.00
Sensibilização da sociedade civil e Parlamentares	Realização de um debate público anual na Assembleia Nacional e nas Câmaras Municipais sobre o tema ou nas Assembleias Municipais	Números de atividades realizadas	X	X	X	X	X	CM, Concelho, A.N., DS	Sindicatos, CM, ONG, Comunidade de, Sociedade civil organizada	500.000\$

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Sensibilização da sociedade civil e Parlamentares	Comissão criada	X					A.N., ONG, NAT		0.00	
	Inclusão da Saúde da Pessoa Idosa na Comissão Parlamentar de Saúde			X	X	X	A.N., ONG, NAT		0.00	
	Inclusão do tema na Comissão Parlamentar que trata da Protecção Social			X	X	X	A.N., ONG, NAT	Sindicatos, CM, ONG, Comunidade de,	0.00	
	Inclusão do tema entre as leis prioritárias a serem promulgadas		X	X	X	X	A.N., MSSS	Sociedade civil organizada	0.00	
	Propostas de leis para favorecer o envelhecimento ativo									
	Proposição de uma política de cuidados de longa duração				X	X	PR, MSSS, MFIS		0.00	
Propostas de leis que apoiem acordos de trabalho flexíveis e licença para cuidar de familiares idosos			X				MT, AN	0.00		

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Direitos Humanos	Identificação de casos de discriminação etária	Número de casos identificados		X				MEFIS CDH	NAT, ONG, ICIEG	0.00
	Combate a todas as formas de discriminação etária	Realização de Campanhas		X	X	X	X	MEFIS CDH	NAT, ONG, ICIEG	0.00
Habituação	Construção de políticas de habitação considerando a perspectiva de acessibilidade e do envelhecimento	Número de habitações novas com as condições de acessibilidade		X				MAHOT	ONG	0.00
Administração Pública	Instituição de programas de preparação para a reforma, nos serviços públicos e privados	Número de instituições com programas de preparação para reforma					X	MF		0.00
	Definição de protocolos e formulários padrão a serem utilizados pelos parceiros	Protocolos definidos e implementados					X	MSSS	OMS	500.000\$
Trabalho	Realização de campanhas de sensibilização no combate à desigualdade de género no trabalho	Campanhas realizadas		X	X	X	X	Mídia ICIEG	MSSS, MFIS, MT, ME	0.00

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Proteção Social	Qualificação dos serviços públicos e privados para atuação no âmbito das famílias com necessidades especiais	Número de instituições com programas para esse público		X				MEFIS		0.00
	Capacitação gerontológica anual de 32 horas com turma de 30 profissionais que atuam no território	Número de capacitações realizadas	X	X	X	X	X	MSSS ME		500.000\$
	Criação de um sistema de proteção social de base territorial	Taxa de cobertura de idosos com proteção social		X	X	X	X	CM, MFIS	MSSS	Previsto no PNC, CNPS
Previdência Social	Medida do trabalho informal	Dados estatísticos nacionais (IMC)		X				INE	INPS, MT	0.00
	Redução progressiva do trabalho informal	Dados estatísticos nacionais (IMC)		X	X	X	X	MSSS	INPS, MFIS, Sindicatos	0.00

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Previdência Social (Cont.)	Realização de campanhas de fomento à adesão e contribuição regular previdenciária (consencialização da população)	Campanhas realizadas	X	X	X	X	X	Mídia INPS	MSSS, MFIS, Sindicatos	0.00
	Inclusão do tema do envelhecimento nos currículos escolares, em todas as áreas do ensino básico à universidade (graduação e pós graduação)	Temas incluídos	X	X	X	X	X	MEFIS		0.00
Educação	Estímulo à realização de pesquisas sobre o tema do envelhecimento	Número de pesquisas na área	X	X	X	X	X	MEFIS MSSS INSP	ONG's, OMS, Universidades	2.000.000\$
	Inclusão de competências gerontológicas nos currículos básicos de saúde	Identificação dessas competências nos planos curriculares	X	X	X	X	X	MEFIS	Universidades	0.00
	Especialização de profissionais de saúde em Geriatria e Gerontologia	Número de profissionais com formação	X			X		MSSS	MEFIS Universidades	10.000.000\$

Domínio de intervenção	Ações - Atividades	Indicador de progresso	Cronograma de execução					Responsável(is) pela execução	Parceiros	Orçamento (ECV)
			2017	2018	2019	2020	2021			
Desporto	Otimização da utilização dos espaços públicos (parques <i>fitness</i> , avenidas para caminhadas) para a prática de desporto pelas pessoas senescentes e envelhecidas	Número de espaços otimizados	X	X	X	X	X	MD- Programa Nacional de Atividade Física (MexiMexe)	NAT ME	Inclusão no orçamento do MD, MSSS
	Disponibilização de monitores para as pessoas idosas utilizarem com segurança os parques <i>fitness</i>	Número de monitores disponíveis	X	X	X	X	MD, Universidades	NAT ME ONG	Inclusão no orçamento do MD, MSSS	
	Criação de painéis informativos / programas informativos (TV, rádio)	Número de painéis criados	X	X	X	X	MD, Universidades	NAT ME ONG	Inclusão no orçamento do MD, MSSS	
	Realização de torneios de veteranos (uril, danças, canto, bатуque, futebol, volei, basquete, ringue...)	Número de torneios realizados	X	X	X	X	MD, Universidades	MC ONG	Inclusão no orçamento do MD	

3.9 Metas

As metas expressam um compromisso para alcançar objetivos. Ao estabelecê-las, devem ser considerados: os desempenhos anteriores (série histórica) e a sua factibilidade, levando-se em conta a disponibilidade dos recursos necessários, as condicionantes políticas e econômicas e a capacidade organizacional dos territórios. Portanto, cada Concelho deverá trabalhar as suas metas considerando a análise da situação local.

Para cada meta é necessária a pactuação das responsabilidades dos setores envolvidos e o comprometimento de cada um no alcance da meta em questão. As responsabilidades serão pactuadas e descritas com base em cálculo específico de cada meta, quando couber.

No Quadro 4 estão apresentadas as metas pactuadas no PENEASI 2017-2021.

Quadro 4. Metas pactuadas – PENEASI 2017-2021

Domínio	Ações - Atividades	Metas				
		2017	2018	2019	2020	2021
Atuação em rede	Mapeamento dos recursos institucionais existentes em cada território	50%	100%	Atualização dos dados		
Trabalho multidisciplinar	Inclusão da vertente social nas equipas multidisciplinares dos Centros de Saúde	25%	50%	75%	85%	95%
	Criação de equipas fixas (médico, enfermeiro, assistente social)			15%	15%	20%
	Criação de equipas multidisciplinares de apoio			15%	15%	20%
	Inclusão da vertente social nas equipas multidisciplinares dos hospitais	25%	50%	75%	85%	95%
	Inclusão da vertente social nas equipas multidisciplinares nas instituições (centros de dia, lares)		25%	50%	75%	100%
Avaliação da dimensão funcional da saúde	Definição dos instrumentos adequados para a avaliação funcional da população idosa		60%	40%		
	Avaliação sistemática da dimensão funcional da saúde nas equipas de cuidado da Atenção Primária	5 CS piloto (um por região sanitária, São Vicente e Praia)		60%	50%	50%
	Avaliação das experiências-piloto			80%	100%	
Avaliação da dimensão funcional da saúde	Avaliação sistemática da dimensão funcional da saúde nas equipas de cuidado, em todos os níveis de atenção				25%	50%
	Construção de uma linha de cuidados para a pessoa idosa na rede de serviços de saúde				25%	50%
	Identificação dos serviços de reabilitação existentes	100%				
	Descentralização de serviços de reabilitação			10%	30%	50%
	Criação de uma rede de serviços de Reabilitação					50%

Promoção da saúde	Reforço ao cumprimento rigoroso do calendário vacinal das crianças	X	X	X	X	X
	Reforço da Promoção da Saúde Escolar	10%	20%	40%	60%	80%
	Instituição de equipas de Saúde Oral específicas nas DS		10%	20%	30%	50%
Promoção do envelhecimento ativo	Reforço do combate ao álcool, tabaco e outras drogas	10%	20%	30%	40%	50%
	Promoção de hábitos alimentares saudáveis	10%	20%	30%	40%	50%
	Medida da utilização ótima dos espaços <i>fitness</i>		X			X
Promoção do envelhecimento ativo	Reforço à utilização dos parques <i>fitness</i> por pessoas idosas			+30%	+30%	80%
	Reforço à utilização dos Centros de dia por pessoas idosas independentes	+10%	+20%	+30%	+30%	80%
	Informação e sensibilização das pessoas idosas e cuidadores para Envelhecimento Ativo	Pelo menos 2 feiras de saúde/ Conce-lho/ ano	Ao menos 2 feiras de saúde / Conce-lho/ ano	Pelo menos 2 feiras de saúde / Conce-lho/ ano	Pelo menos 2 feiras de saúde / Conce-lho/ ano	Pelo menos 2 feiras de saúde/ Conce-lho/ ano
	Reforço na prevenção da depressão e de outros transtornos mentais	10%	20%	30%	40%	60%
Controlo de Doenças Transmissíveis e Não transmissíveis	Avaliação da fragilidade entre idosos		10%	30%	50%	75%
	Avaliação da incapacidade entre idosos em todos os serviços		10%	30%	50%	75%
	Prevenção da incapacidade entre idosos em todos os serviços			10%	30%	50%

Controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis	Reabilitação da incapacidade entre idosos em todos os serviços			10%	30%	50%
	Reforço do controlo e monitorizações das doenças transmissíveis	20%	40%	60%	80%	100%
	Reforço no controlo das DNT nas estruturas de saúde e sociais	20%	30%	40%	60%	70%
	Criação de CCIH		25%	50%	75%	100%
	Prevenção de internamentos por condições sensíveis à Atenção Básica		-20%	-20%	-20%	-20%
	Abordagem em grupo de utentes com condições crónicas semelhantes		+20%	+20%	+20%	+20%
	Comissão Interministerial para isenção da taxa moderadora		100%			
	Reforço no Controlo das DNT	+20%	+20%	+20%	+20%	+20%
	Estímulo à criação e Adesão de todos os CS e todos os HC e HR, à		20%	30%	40%	50%
	Iniciativa Ambientes Amigos do Idoso					
Controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis (Cont.)	Identificação dos locais de convivência coletiva		90%	92%	95%	100%
Parcerias sistemáticas	Criação de Centros de Cuidados Continuados (CCC)			10%	20%	30% Conce- lhos com CCC
	Transformação dos Centros de Dia em Centros de Cuidado para a comunidade			20%	40%	60%
	Reconhecimento da demanda de produtos e equipamentos para cuidado dos acamados		15%	25%	50%	60%
	Criação de uma Comissão no MS para definição dos insumos para acamados		100%			
	Fornecimento de produtos e equipamentos definidos para o cuidado dos acamados		20%	40%	60%	80%

Apoio à família	Qualificação das equipas de saúde para a visita domiciliária		25%	50%	75%	100%
	Ampliação do número de agentes de saúde nos CS e USB		20%	30%	40%	60%
	Capacitação de cuidadores informais para o cuidado		+25%	+50%	+75%	+90%
Apoio à família (Cont.)	Capacitação de agentes de saúde na atenção a dependentes e em cuidados paliativos		20%	30%	50%	75%
Planeamento	Grupo Gestor Intersetorial (GGI) do PENEASI 2017-2021 em nível nacional		100%			
	Reuniões trimestrais do GGI do PENEASI e respectivos relatórios		2	4	4	4
	Proporção de instituições que aderiram ao GGI		60%	100%		
	Criação do Grupo Político de apoio ao PENEASI		100%			
	Definição de mecanismos equitativos e sustentáveis para financiar os cuidados			100%		
	Porcentagem de projectos aprovados e implementados		25%	50%	75%	100%
	Porcentagem de Orçamento mobilizado fora do orçamento do PENEASI		+30%	+30%	+30%	+30%
	Parcerias estabelecidas		+30%	+30%	+30%	+30%
	Protocolos assinados		+30%	+30%	+30%	+30%
Planeamento (Cont.)	Grupos de Implementação Local nas DS		25%	50%	75%	100%
Monitorização	Sistematização de dados sobre a saúde da pessoa idosa		+25%	+25%	25%	25%
	Serviços com instrumentos padronizados		+15%	+15%	+25%	+25%
	Técnicos capacitados		+15%	+15%	+25%	+25%
	Serviços com reforço de competências de dados		+25%	50%	70%	75%
	Instituições aderentes			25%	50%	75%

Seguimento	Visitas realizadas		+25%	+50%	75%	100%
	Estudo do impacto da implementação do Plano					
Fortalecimento de vínculos	Criação de comissão interministerial sobre fixação profissionais de saúde		100%			
	Estímulos definidos			25%	50%	75%
Direitos Humanos	Identificação de casos de discriminação etária		100%			
	Campanhas de combate a todas as formas de discriminação etária		01	01	01	01
Habitação	Construção de políticas de habitação considerando a perspectiva de acessibilidade		100%			
Administração Pública	Instituição de programas de preparação para a reforma nos serviços públicos e privados					30%
	Definição de protocolos e formulários padrão a serem utilizados pelos parceiros					30%
Trabalho	Campanhas de sensibilização no combate à desigualdade de género no trabalho		2	2	2	2
Sensibilização da sociedade civil e Parlamentares	Realização de um debate público anual na A.N. e nas C.M. sobre o tema		01 + 10	01 + 10	01 + 15	01 + 22
	Criação de Comissão parlamentar específica sobre o envelhecimento		25%	50%	75%	100%
	Inclusão do tema envelhecimento ativo entre as leis prioritárias a serem promulgadas		10%	10%		60%
	Proposição de uma política de cuidados de longa duração					100%
	Legislação trabalhista de licença para cuidar de familiares idosos		20%	50%	60%	80%
Sensibilização da sociedade civil (Cont.)	Inclusão da Saúde da Pessoa Idosa na Comissão Parlamentar de Saúde		100%	100%	100%	100%
	Inclusão do envelhecimento na Comissão Parlamentar que trata da proteção social		100%	100%	100%	100%

Protecção Social	Qualificação dos serviços públicos e privados para atuação no âmbito das famílias com necessidades especiais		40%	60%	80%	90%
	Capacitação gerontológica anual de 32 horas com turma de 30 profissionais que atuam no território	1 ao ano	1 ao ano	1 ao ano	1 ao ano	1 ao ano
	Criação de um sistema de protecção social de base territorial		20%	40%	60%	80%
	Medida do trabalho informal		50%	100%		
	Redução progressiva do trabalho informal e fomento à adesão		-5%	-10%	-15%	-20%
	Fomento à adesão e contribuição regular previdenciária (consciencialização da população)		1 campanha / ano	1 campanha / ano	1 campanha / ano	1 campanha/ ano
Trabalho	Campanhas de sensibilização no combate à desigualdade de género no trabalho		1 campanha / ano	1 campanha / ano	1 campanha / ano	1 campanha/ ano
Educação	Inclusão do tema do envelhecimento nos curricula escolares		20%	40%	75%	100%
	Pesquisas sobre o envelhecimento		+20%	+20%	+20%	+20%
	Inclusão de competências geriátricas e gerontológicas nos currículos básicos de saúde		+20%	+20%	+20%	+20%
	Profissionais de saúde especializados em Geriatria e Gerontologia		+ 5 profissionais		+ 5 profissionais	
Desporto	Otimização da utilização dos espaços públicos para a prática de desporto pelas pessoas senescentes e envelhecidas		20%	40%	75%	100%
	Disponibilização de monitores para os parques fitness		20%	40%	75%	100%
	Criação de painéis / programas informativos (TV, rádio)		20%	40%	75%	100%
	Realização de torneios de veteranos		+20%	+20%	+20%	+20%

3.10 Orçamento geral do PENEASI 2017-2021

O financiamento do PENEASI deve ser garantido por meio de:

- Rubricas específicas no orçamento nacional;
- Integração do PENEASI nos demais planos em curso;
- Parcerias sistemáticas com ONG's;
- Parcerias internacionais.

Quadro 5. Orçamento indicativo do PENEASI por ano

ÁREAS PRIORITÁRIAS	2017	2018	2019	2020	2021
ÁREA 1	4 500 000	4 500 000	2 100 000	4 200 000	3 600 000
ÁREA 2	500 000	3 550 000	3 800 000	3 800 000	4 800 000
ÁREA 3	-	6 000 000	6 000 000	6 000 000	6 000 000
ÁREA 4	11 950 000	11 800 000	5 800 000	5 800 000	11 800 000
ÁREA 5	1 000 000	13 650 000	3 650 000	13 650 000	4 000 000
TOTAL	17 950 000	39 500 000	21 350 000	33 450 000	30 200 000
TOTAL GERAL	142 450 000				

3.11 Monitorização e Avaliação

Serão definidos um Grupo de Gestão Intersectorial (GGI), com função de referência técnica a nível nacional e vinculado ao NAT, Grupos de Implementação a nível local (GIL), e um Grupo Político de Apoio do plano (GPA) (Figura 7).

Figura 7. Execução e Monitorização do PENEASI 2017-2021.



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

O perfil dos componentes do **Grupo Político de Apoio (GPA)** ao Plano é de:

- Trabalhadores e gestores em Saúde, Assistência Social e demais políticas de interesse (Educação, Trabalho, Desporto, Previdência Social, Cultura, Habitação);
- Prestadores de serviço em saúde e em assistência social;
- Representantes do Poder Legislativo, nos respectivos níveis de governo;
- ONG's e voluntários;
- Utentes.

São atribuições do GPA:

- Validar o PENEASI e suas versões aprimoradas;
- Construir uma metodologia de avaliação e aprimoramento do PENEASI 2017-2021, na forma de conferências: locais, insulares e nacional, de modo a garantir a participação da sociedade civil e a transparência na gestão;
- Deliberar sobre a execução orçamental, através do Orçamento Geral do Estado (OGE), conforme a priorização definida nas Conferências;

- Pautar questões relativas ao envelhecimento e ao cuidado do idoso no Conselho Nacional de Saúde, nas Comissões Municipais de Saúde, assim como em outras instâncias, no âmbito central, tendo em conta os mecanismos institucionais já existentes no país.

O Grupo de Gestão Intersectorial (GGI) será composto por técnicos ligados ao:

- Ministério da Saúde e Segurança Social;
- Núcleo de Apoio Técnico da Saúde do Idoso (NAT);
- Vigilância em saúde (epidemiologia, inspeção sanitária);
- Orçamento com atribuição de incluir as ações estratégicas no plano de governo;
- INPS para regular os custos dos serviços e prestadores;
- Sistema de informação para sistematizar a recolha de informações, de indicadores, bem como a padronização dos processos e formulários;
- Ministério da Família e Inclusão Social;
- Integrar o Plano Nacional de Cuidados no PENEASI 2017-2021;
- CNPS para monitorizar as pessoas que devem beneficiar de pensões sociais.

São atribuições do GGI:

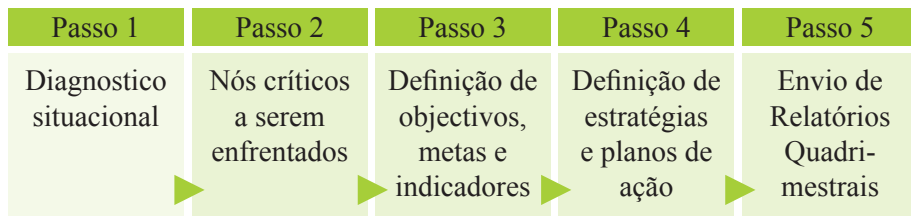
- Aprimorar a versão inicial do Plano;
- Definir os locais que servirão como piloto da versão inicial do plano;
- Estabelecer um cronograma para os projetos piloto;
- Aprimorar a versão testada e validá-la em diferentes momentos políticos;
- Construir projetos a serem sugeridos ao Poder Legislativo para respaldar juridicamente as ações do Estado;
- Gerir o PENEASI 2017-2021, utilizando uma metodologia de qualidade e melhoria contínua.

Quanto ao **Grupo de Implementação Local (GIL)**, cabe a ele promover a interface entre os Grupos Técnico e Político com a rede de cuidados e de promoção da saúde e do envelhecimento ativo. Seus componentes serão trabalhadores e gestores capacitados na metodologia de qualidade com melhoria contínua, com poder decisório no seu âmbito de atuação e com capacidade de articulação e convencimento.

O **Grupo de Implementação Local**, como coordenador do PENEASI a nível local, deve munir de informações os Grupos técnico e político sobre as facilidades e dificuldades na operacionalização do plano, bem como as práticas exitosas e inovações a serem replicadas.

Em cada cenário, o GIL deverá mobilizar a sociedade civil, os parceiros e as estruturas governamentais para participarem ativamente do PENEASI (Figura 8).

Figura 8. Passo a passo da Implementação local do PENEASI.



Fonte: Elaborado pela autora (2017)

É importante assegurar momentos para escutar as contribuições da população e dos parceiros sobre a execução do plano. Também é função do GIL cobrar sistematicamente dos executores, as informações necessárias acerca dos indicadores pactuados que deverão ser apurados e avaliados periodicamente.

Os resultados obtidos comporão os Relatórios Quadrimestrais de Monitorização, a serem enviados ao GGI.

Esses dados serão consolidados, analisados e apresentados no Relatório Anual de Gestão do PENEASI 2017-2021, até 30 de março do ano subsequente

ao da execução financeira, e divulgados em um Seminário Nacional de Avaliação do PENEASI, para os devidos ajustes e aprimoramentos.

Portanto, a implementação do PENEASI requer uma estreita articulação entre diferentes setores e actores e, por isso mesmo, reconhece a necessidade de fortalecimento das estruturas institucionais em todos os níveis de atenção à saúde, na esfera central e local.

Para cumprir com os seus propósitos de contribuir para o envelhecimento ativo e para um cuidado digno, são propostas medidas, com o objetivo de fortalecer a coordenação para a execução das intervenções, a mobilização de recursos, a defesa (*advocacy*) interna e externa e ainda, a cooperação multisetorial e intersetorial.

De entre estas medidas, destacam-se:

- Estabelecer Coordenadores Locais, responsáveis pela promoção, implementação, seguimento e avaliação do PENEASI nas diferentes ilhas, cuja atuação deverá responder às prioridades definidas pelo GGI;
- Estabelecer Pontos Focais de Saúde do Idoso, responsáveis por promover e apoiar as atividades do PENEASI em seus setores de atuação;
- Participar efectivamente nas diferentes estruturas de coordenação de políticas locais - Comissões de Saúde e Sociais, nas Câmaras Municipais (Comissão Municipal de Saúde).

De forma articulada e em cumprimento às atribuições comuns e específicas, os esforços multisetoriais permitirão a criação de um ambiente favorável ao envelhecimento digno, e actuarão no sentido de viabilizar o alcance do propósito deste PENEASI.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar a velhice da população é pensar o passado, o presente e o futuro da nação. O passado não podemos mudar, mas o presente e o futuro podem ser sensíveis aos nossos anseios. Utentes, familiares, parceiros e profissionais devem ser informados e estimulados a participarem do PENEASI. O seguimento e avaliação do PENEASI dependerão substancialmente do envolvimento desses interessados, mas também da coleta e envio das informações dos serviços de saúde e sociais.

O sistema de seguimento e avaliação a ser definido e operacionalizado deve levar em consideração o envelhecimento, na perspectiva do ciclo da vida. Assim, planos estratégicos, como o da Erradicação da Pobreza, o de Alimentação e Nutrição, o da Educação, do Cuidado, de entre outros, são de absoluto interesse e devem ser apoiados.

Os principais determinantes do envelhecimento saudável devem orientar a tomada de decisões e implementação de políticas públicas. Isso representa agir para:

- A valorização da velhice, das tradições culturais e a promoção do convívio intergeracional;
- A ampliação das formas de suporte social;
- O estímulo a hábitos saudáveis;
- O enfrentamento da desigualdade de gêneros;
- A erradicação da pobreza;
- O acesso à água tratada e saneamento básico;
- A ampliação das oportunidades de educação ao longo de toda a vida;
- A garantia de boas condições de trabalho e reforma;
- A promoção de uma cultura de previdência;
- A oferta de uma política de cuidados continuados.

A implementação do PENEASI somente será possível com a descentralização das ações e a implicação de todos os atores a nível regional/

local. As Delegacias de Saúde, a Câmara Municipal, a Assistência Social e os parceiros locais têm papel preponderante nesse processo.

A estratégia de avaliação dos programas deve ser estabelecida de acordo com a implementação dos mesmos, e a indicação de prioridades face ao orçamento disponível, em cada nível governamental.

Além da avaliação de questões relativas ao impacto de políticas extra-setoriais sobre o envelhecimento, buscar-se-á verificar a repercussão deste Plano na saúde e na melhoria da qualidade de vida da população e, portanto, da concretização do direito humano a uma velhice digna neste contexto, dentro de uma visão sistêmica e intersetorial.

5. RECOMENDAÇÕES

Garantir uma longevidade ativa é condição *sine qua non* para assegurar a sustentabilidade do sistema cabo-verdiano de saúde a longo prazo. Oferecer um cuidado digno e de excelência é parte da missão do SNS.

Nesse sentido, recomenda-se:

1. Reordenar os serviços de saúde numa rede poliárquica de cuidados continuados, integrados e articulados entre o SNS e os demais sectores e políticas sociais, aumentando a capacidade e a resolutividade da Atenção Primária, de modo a:
 - a. Conter situações agudas;
 - b. Prevenir (re)admissões e internamentos hospitalares;
 - c. Planear altas em conjunto;
 - d. Apoiar o regresso do utente ao domicílio;
 - e. Promover a autonomia e a funcionalidade das pessoas idosas;
 - f. Apoiar e orientar as famílias no cuidado às pessoas frágeis;
 - g. Reconhecer as necessidades da população;
 - h. Organizar o atendimento da demanda espontânea;
 - i. Evitar internamentos por condições sensíveis à Atenção Primária.

2. Realizar um diagnóstico da condição socio-sanitária da população cabo-verdiana, idosa e não-idosa, visando:
 - a. Instituir um sistema de informação informatizado, integrado ao longo de todo o processo de cuidado e acessível a todos os interessados;
 - b. Superar a carência de dados desagregados de morbilidade e de mortalidade por faixa etária, o que permitirá conhecer a real condição de saúde da população e a orçamentação de acções específicas para cada público;
 - c. Criar uma base de dados sobre as despesas com cuidados de saúde *per capita*, definidos por sexo e faixa etária, por condição de

- saúde, local de atendimento, procedimento(s) efetuado(s), o que viabilizará a análise acerca da procura, da oferta e da qualidade dos cuidados ofertados;
- d. Incluir informações sobre a saúde da população idosa e sobre a prática de hábitos saudáveis nos inquéritos multiobjectivos contínuos;
 - e. Estimular a produção científica específica relativa ao processo de envelhecimento em Cabo Verde.
3. Integrar e harmonizar as práticas nos serviços de saúde, a nível nacional, por meio de:
- a. Criação de uma Comissão de Controle da Infecção Hospitalar em todos os hospitais;
 - b. Regulamentação dos requisitos e normas, em termos de instalações e recursos humanos, entre outros, para a abertura e funcionamento de equipamentos e serviços sociossanitários, com exigência de alvará sanitário, com inspeção periódica aos equipamentos e serviços públicos e privados;
 - c. Contratualização e auditoria dos serviços privados de saúde, estabelecendo formas e critérios de pagamento que privilegiem a qualidade e a eficiência;
 - d. Definição de protocolos de cuidado com estabelecimento de fluxos e competências, padronização de mecanismos de referência e contra-referência, fornecimentos de insumos para o cuidado a pessoas dependentes, ampliação do calendário vacinal para inclusão de adultos e idosos;
 - e. Oferta de serviços de reabilitação de diferentes níveis de complexidade;
 - f. Inclusão da vertente social em toda a rede de cuidados em saúde;
 - g. Superação do défice de enfermeiros e de profissionais de reabilitação na rede de saúde;
 - h. Inclusão de competências em Geriatria e Gerontologia entre as oportunidades de formação oferecidas aos profissionais de saúde;
 - i. Oferta de formação em gestão de serviços para os profissionais de saúde e técnicos sociais.

4. Integrar o PENEASI em todos os planos estratégicos, na área das políticas sociais e de saúde.
5. Mapear os recursos disponíveis no território para:
 - a. Otimizar os equipamentos e serviços comunitários existentes (centros sociais/ centros multiuso/ centros de dia);
 - b. Orientar a alocação de recursos financeiros de forma equitativa e eficiente;
 - c. Distribuir os recursos humanos com base na necessidade da população, criando estímulos para a fixação de profissionais em áreas remotas e desassistidas, garantindo formação contínua e planos de carreira;
 - d. Estabelecer parcerias sistemáticas que favoreçam a assistência e o cuidado;
 - e. Revitalizar os lares e Centros de dia para idosos.
6. Criar fóruns intersectoriais para discussão de casos, aperfeiçoamento da práxis e educação permanente dos profissionais.
7. Instituir uma política de cuidados de longa duração, que envolva as políticas sociais e de saúde, em conjunto com outros setores que venham a complementá-los como, por exemplo, habitação, previdência e educação, de modo a:
 - a. Garantir recursos financeiros por meio de um marco regulatório bem definido e específico para esse fim;
 - b. Incluir nessa política: os lares, centros de dia, centros de convívio; cuidado domiciliar; leitos de cuidados prolongados e outros serviços que atendam às “novas” demandas, trabalhando de forma complementar e integrada;
 - c. Capacitar os cuidadores familiares.
8. Propor estratégias de atenção à saúde para a população senescente e envelhecida de Cabo Verde, valorizando a cultura de solidariedade familiar e intergeracional e de reconhecimento da pessoa idosa.

9. Estimular práticas intergeracionais ao longo de todo o ciclo da vida, por meio de:
 - a. Abertura das escolas para aproveitar experiências dos idosos;
 - b. Calendário cultural;
 - c. Práticas desportivas e de lazer;
 - d. Experiências artísticas e literárias;
 - e. Realização de atividades coletivas no âmbito da Saúde e da Assistência Social.

10. Realizar avaliação retrospectiva do impacto entre a primeira recolha de dados sobre a condição de saúde dos idosos e a segunda recolha, conforme a periodicidade definida pelo Grupo Gestor Intersectorial.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, Alexandre Oliveira, CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. (Org.). (2016). “Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões.” Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>
- CABO VERDE (2010). Lei Constitucional n.º 2/V/99 de 13 de Julho
- CABO VERDE(2016) Decreto-Lei n.º 53/2016
- CABO VERDE (2016) Decreto-Lei n.º 54/2016 que estabelece a estrutura, a organização e as normas de funcionamento do Ministério da Família e Inclusão Social;
- CABO VERDE (2016) Decreto-Lei n.º 54/2016 que estabelece a estrutura, a organização e as normas de funcionamento do Ministério da Educação
- CABO VERDE (2013) Lei n.º 38/VIII/2013
- CABO VERDE (2015) Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PEDRHS 2015-2020);
- CABO VERDE (2015) Plano Estratégico Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN 2015-2020);
- CABO VERDE (2016) Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) (2012-2016).
- CABO VERDE(2007) Documentos de Estratégia de Crescimento e Redução da Pobreza, I, II e III
- CABO VERDE (2001) Lei n.º 131/V/2001
- CABO VERDE (2016) O Programa de Governo e moção de confiança para o ano 2016-2021 (2016)
- CABO VERDE (2016) O Programa do Governo da IX Legislatura
- CABO VERDE (2016) Plano de Cuidados Essenciais em Saúde
- CABO VERDE (2013) – Carta Social de Cabo Verde – 2010 . Ministério da Juventude, Emprego e Desenvolvimento dos Recursos Humanos.
- CABO VERDE (2016). Definição dos PCES e revisão da tabela de cuidados em vigor. Definição e Modelo de funcionamento dos PCES (Fase 1)
- CABO VERDE, Carta de Política Nacional para a Terceira Idade (Resolução n.º 49/2011);
- CAMARANO, A.A., KANSO, S. FERNANDES, D. Brasil envelhece antes e pós-PNI. In: Alcântara, A. D. O. O., Camarano, A. A. O., & Giacomin, K. C. O. (2016). Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. p. 63-103 Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>
- CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

- CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. (2010). Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADs. **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido**, p. 93-122.
- DELGADO, A. P. (2009), Políticas de saúde em Cabo Verde na década de 1980-1990 - Experiência de construção de um sistema nacional de saúde (Vol. 2). Praia - Cabo Verde.
- DELGADO, A. P., A. C. TOLENTINO, AND P. FERRINHO. “The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975.” *Human resources for health* 15.1 (2017): 5.
- DUARTE, Y. A. O.; BERZINS, M. A. V. S.; GIACOMIN, K. C. Política nacional do idoso: as lacunas da lei e a questão dos cuidadores. In: ALCÂNTARA, A. D. O. O.,
- CAMARANO, A. A. O., & GIACOMIN, K. C. O. (2016). Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. p. 457-478
- EUROPEAN COMMISSION. (2012), “The 2012 Ageing report: Economic burdgetary projections for the 27 member states (2010 - 2060) “. UE: *European Economy*.
- FURTADO, C. (2008), Governação do sistema de saúde em Cabo Verde. Cabo Verde: Organização Mundial Saúde – INE - CV.
- GEERTZ, Clifford. (2002), *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.
- IMF. (2014), Relatório para países e indivíduos selecionados. Obtido em 29 de Abril de 2014, de International Monetary Fund: http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2014/01/weodata/weorept.aspx?pr.x=53&pr.=6&sy=2012&ey=2019&sc1&ssd=1&sort=country&ds=.&br=1&c =624&s=NGDP_RPCH%2CNGDP&grp=0&a.
- GIACOMIN, K. C. Considerações finais. In: ALCÂNTARA, Alexandre Oliveira, CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. (Org.). (2016). “Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões.” Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>
- INE – CNS (2014), Contas nacionais da saúde 2010-2011. Cabo Verde: Instituto Nacional de Estatística.
- PRABHAT, J.; PETO, R.. “Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco.” *New England Journal of Medicine* 370.1 (2014): 60-68.
- JIMÉNEZ, J. P. (2013), Estratégia de financiamento do setor saúde cabo-verdiano. Genebra: Bureau Internacional do Trabalho, Departamento de Segurança Social, Programa Estratégias e Técnicas Contra Exclusão Social e a Pobreza.
- JÜRGENSEN, N., AND P. E. PETERSEN. “Promoting oral health of children through schools—Results from a WHO global survey 2012.” *Community Dent Health* 30.4 (2013): 204-18.

- MENDES, Eugênio V. Vilaça A Construção Social da Atenção Primária à Saúde/ Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
- MINAYO Maria Cecília Souza, COIMBRA Júnior Carlos Eduardo, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. (Coleção Antropologia & Saúde).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE da República de Cabo Verde 2014. Relatório Estatístico 2014.
- OECD. (2012), Health at a Glance: Europe 2012. Disponível em: Health at a Glance: Europe: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.
- PALANGKARAYA, A., e YONG, J. (2009), “Population ageing and its implications on aggregate health care demand: empirical evidence from 22 OECD countries”, *International Journal of Health Care Finance and Economics*: pp. 9 (4), 391-402.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: fronteiras da integralidade. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Plano Estratégico Multisetorial de Combate aos Problemas Ligados ao Álcool, 2016.
- RODRIGUES, Armandina Santos. Projeções de Longo Prazo das Despesas com Cuidados de Saúde em Cabo Verde, de 2010 a 2030. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto; 2014.
- SAVER, Barry G., et al. “The central role of comorbidity in predicting ambulatory care sensitive hospitalizations.” *The European Journal of Public Health* 24.1 (2014): 66-72.
- STARFIELD Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
- URIBE RIVERA, Francisco Javier; ARTMANN, Elizabeth. (2003) Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta. Fiocruz. p. 17-35.
- VAN DER MAAREL-WIERINK, CLAAR D., et al. “Oral health care and aspiration pneumonia in frail older people: a systematic literature review.” *Gerodontology* 30.1 (2013): 3-9
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Ageing: A Policy Framework. Geneva: World Health Organization; 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION Social determinants of health; key concepts. 2016.
- http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/. Accessed 12 Mar 2017.
- World Bank, 2014. Disponível em: http://siteresources.worldbank.org/INTCAPEVERDE/Resources/Cape_Verde_country_report_Web-PORTUGUESE.pdf

- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009 - Guide to identifying the economic consequences of disease and injury. Geneva: WHO. 2009; 136 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012 - Organização Mundial da Saúde. World health statistics 2012. 45p. Disponível em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. “Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.” (2015).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organização Mundial da Saúde. Preventing chronic diseases: a vital investments. Geneva; 2005. 182 p

