

REPÚBLICA DE CABO VERDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO ESTRATÉGICO DE DESENVOLVIMENTO
DOS RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE
2005 – 2014

PRAIA, Maio 2005

i. Índice

ii. Lista das abreviaturas

iii. Prefácio

iv. Agradecimentos

Índice

SUMÁRIO EXECUTIVO	4
CAPÍTULO I : INTRODUÇÃO GERAL.....	9
1.1. INTRODUÇÃO	9
1.2. JUSTIFICAÇÃO.....	10
1.3. APRESENTAÇÃO DO PAÍS.....	12
1.4. OBJECTIVOS DO PLANO	13
1.3. MÉTODOS DE TRABALHO	14
CAPÍTULO II. PONTOS PRINCIPAIS DA ANÁLISE DE SITUAÇÃO	16
2.1 CARTA SANITÁRIA DE CABO VERDE.....	16
2.2 PROBLEMAS ACTUAIS DOS RHS	20
2.2. PROBLEMAS FUTURAS RHS	33
2.3. PLANO DE DESENVOLVIMENTO DAS INFRAESTRUTURAS SANITÁRIAS	40
CAPÍTULO III. PRINCIPAIS INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS	42
3.1 ESTRATÉGIAS DE PLANIFICAÇÃO DOS RHS	42
3.2. EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS RHS	59
3.3. PESQUISA E DESENVOLVIMENTO NO DOMÍNIO DOS RHS	62
CAPÍTULO IV. CUSTO E FINANCIAMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO RHS	63
4.1 CUSTO E FINANCIAMENTO.....	63
CAPÍTULO V. EXECUÇÃO DO PLANO	69
5.1. MODALIDADES DE EXECUÇÃO	69
5.2. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.....	69
5.3. ANÁLISE DAS FORÇAS, FRAQUEZAS, OPORTUNIDADES E AMEAÇAS «SWOT ».....	70
CONCLUSÃO	72
ANEXOS	75
REFERÊNCIAS.....	81

SUMÁRIO EXECUTIVO

O país decidiu elaborar um plano estratégico de desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde (RHS). Fê-lo encarando o referido plano como um dos eixos fundamentais da reforma do sistema de saúde, que simultaneamente pode condicionar e comprometer uma tal reforma. Subjacente a esta perspectiva está o princípio de que o sucesso da reforma do sistema de saúde depende, na proporção directa, das reformas que se venha a implementar no âmbito dos recursos humanos de saúde.

O plano promove equidade na distribuição dos RHS e acesso aos serviços de saúde, em especial, aos mais pobres, sempre levando em consideração a evolução de factores globais, de ordem socio-demográfica, económica e epidemiológica.

Uma equipa multi-disciplinar, integrando quadros do Ministério da Saúde, elementos dos escritórios da OMS em Cabo Verde e conselheiros desta organização, constituiu o núcleo central de trabalho que elaborou o documento de partida. Este documento serviu de base à análise feita durante um atelier organizado com vista à socialização das propostas, partilha de ideias e experiências e recolha de mais subsídios para a versão final do documento do Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde, para o período 2005 a 2014.

Os objectivos específicos do plano são:

1. Promover rotinas de gestão e planificação do pessoal de saúde, designadamente em relação às necessidades do Sistema Nacional de Saúde;
2. Contribuir para a formação e o aperfeiçoamento das diferentes categorias de pessoal necessárias, através da optimização de oportunidades dentro ou fora do país;
3. Reforçar a colaboração do sector público com as associações profissionais da saúde;
4. Promover uma distribuição racional do pessoal de saúde por todo o país;
5. Apoiar medidas visando a motivação e a estabilidade do quadro do pessoal de saúde.

Em rigor, a gestão dos RHS necessita de um documento de política, que permita orientar, coordenar e acompanhar o crescimento qualitativo e quantitativo dos recursos humanos e avaliar o seu impacto na melhoria da saúde. Em Cabo Verde, apesar dos instrumentos de gestão dos RHS e das medidas legislativas específicas relativas ao pessoal da saúde, com destaque para as carreiras médicas e de enfermagem, persistem lacunas a nível de incentivos que apoiem o recrutamento para determinados cargos e funções, nomeadamente nas delegacias de saúde e nos programas de saúde, e a manutenção de um tal quadro de forma sustentada e estabilizada.

O facto de Cabo Verde ser um arquipélago tem representado, para as autoridades sanitárias do país, um desafio importante no que tange à distribuição geográfica do pessoal do sector. De uma maneira geral, há fortes variações da densidade médica entre os municípios e uma concentração dos RHS nos da Praia e de São Vicente. Albergando, cada um destes dois municípios, um hospital de referência nacional, Praia e São Vicente agrupam cerca de 70% dos médicos e 60% dos enfermeiros.

Todos os níveis do sistema de saúde denotam um número insuficiente de profissionais. O rácio médico/enfermeiro é de 1 para 2, enquanto que na maior parte dos países esta proporção varia, frequentemente, de 1 médico para 5 enfermeiros ou, mesmo, de 1 para 10.

Em certas instituições, diversos serviços médicos dependem em grande parte, senão totalmente, de assistência técnica internacional. Esta forte dependência coloca o país à mercê das contingências do fluxo e da dimensão da ajuda internacional e constitui um factor de vulnerabilidade do SNS, cuja solução deve ser encarada na planificação e gestão estratégica dos RHS.

Para além destes problemas diagnosticados, antevê-se o surgimento de outros, que se prendem, nomeadamente com:

- Insuficiência de pessoal qualificado para tratar as doenças não-transmissíveis que, associadas à transição epidemiológica, deverão aumentar.
- Recrutamento, por vaga, dos médicos e enfermeiros, ao mesmo tempo que muitos partirão à reforma.
- Limitada capacidade de formação no país e à dependência do exterior para a formação dos médicos e outros técnicos superiores associada à duração da formação e à probabilidade da emigração entre os quadros enviados para a formação no estrangeiro.
- Novas exigências de pessoal decorrentes do reforço do hospital central de Praia, com mais 104 camas (maternidade e neo-natologia) ou seja, um aumento de 35%.
- Crescimento substancial do número de camas a nível dos centros de saúde (123 camas suplementares) e a criação de novos centros de saúde urbanos na Praia. O aumento de camas nos municípios periféricos necessita uma política de recrutamento activa e atractiva a fim de reforçar os recursos humanos.

Estima-se que em 2005 o rácio global dos profissionais de saúde por mil habitantes seja de 1,8, no entanto, a meta preconizada, para a prossecução dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio é de 2,5 por mil habitantes, valor considerado como o nível mínimo de força de trabalho.

A tendência observada nos últimos anos aponta para uma projecção do número de médicos, enfermeiros e de técnicos superiores e profissionais aponta para uma ligeira baixa do rácio de médicos, passando de 5.69 por 10.000 habitantes em 2005 a 5.26 por 10,000 habitantes em 2020. A evolução é mais favorável no que tange aos enfermeiros e aos outros técnicos.

A formação de enfermeiros ocorre por "gerações", de três em anos, na Praia e no Mindelo. Adoptada devido à reduzida capacidade de formação e de recursos, no geral, esta abordagem tem dado resultados positivos, com perto de 400 enfermeiros formados e distribuídos por todo o país. Coloca, contudo, problemas resultantes da fraca capacidade, sobretudo financeira, de absorção de um grande número de enfermeiros com essa frequência trienal, apesar do número de enfermeiros produzidos ser insuficiente face às necessidades.

A dificuldade na obtenção e compilação de dados sobre os RHS para a análise de situação feita a instâncias deste plano constituiu demonstração das sérias lacunas existentes no sistema de informação, sobretudo no que tange à situação dos recursos humanos ao nível do sector privado da saúde e no concernente à formação no exterior.

Para ultrapassar aspectos negativos da tendência actual e equilibrar, reforçando, o desenvolvimento dos RHS no período de 2005 a 2014, é crucial que Cabo Verde vise as seguintes intervenções estratégicas:

1. **Desenvolvimento do sector da saúde pública:** o recrudescimento de certas doenças transmissíveis nos últimos anos, a relativa estagnação da cobertura vacinal e a emergência das doenças não-transmissíveis sublinham a necessidade de reforçar a saúde pública, nomeadamente em matéria de promoção e prevenção.
2. **Reforço em pessoal de saúde a nível dos hospitais regionais, centros de saúde, postos sanitários e centros de saúde reprodutiva:** o reforço desse nível de instituições tem por objectivos melhorar a qualidade e a equidade no acesso aos cuidados, descongestionar os hospitais centrais, incrementar o diagnóstico e o tratamento precoces das doenças e diminuir as evacuações sanitárias inter-ilhas e ao estrangeiro.
3. **Reforço de especialidades médicas:** neste contexto há a considerar três objectivos, a saber:
 - Desenvolvimento de novas especialidades médicas – presentemente, devido à inexistência de certas especialidades médicas, um número importante de doentes tem, ainda, que ser evacuado para Portugal;
 - Substituição gradual de especialistas provenientes da assistência técnica internacional, assim como de especialistas nacionais que partirão para a

reforma nos próximos dez anos, por novos especialistas nacionais - devido à duração da formação dos médicos especialistas e ao pequeno número de especialistas nacionais, é importante antecipar e intensificar a formação dos especialistas.

- Reforço das especialidades existentes: intervenção a efectivar-se, principalmente, nos hospitais centrais.
4. **Reforço da gestão e do sistema de informação dos RHS:** tal medida passa, como prioridades nesse domínio, pela criação e dotação de postos de responsável de RHS aos diferentes níveis da pirâmide sanitária, assim como pelo desenvolvimento de incentivos e a formação em gestão.
 5. **Definição dos eixos de desenvolvimento em termos de RHS para os hospitais centrais:** mais de metade dos médicos e dos enfermeiros trabalham nos dois estabelecimentos desse nível. Num contexto de ampliação do hospital de Praia, parece importante discutir o quadro de desenvolvimento dos hospitais centrais, com base nas orientações e no seu funcionamento actual.

As acções a desenvolver prioritariamente serão, designadamente:

1. Reforço da saúde pública e o desenvolvimento de formações de curta duração nesse domínio para médicos e gestores, nomeadamente das Delegacias de Saúde e dos Programas Nacionais de Saúde.
2. Formação dos médicos especialistas nas áreas clínicas prioritárias e em saúde pública, com a implicação de várias entidades nacionais e da cooperação internacional.
3. Estudo de viabilidade e o desenvolvimento da escola politécnica, visando a promoção anual dos estudantes de enfermagem e a formação de outros técnicos, nomeadamente de parteiras.
4. Incremento da formação contínua, com o aumento do número e a diversificação das formações propostas, por exemplo em gestão ou saúde pública, e realização de acções de formações, espaçadas mas regulares, e a criação de uma memória institucional dessas acções.
5. Formação especializada de cerca de 15 técnicos de saúde por ano até 2014, com uma duração média de 2 anos para a especialidade.

Ressalta-se a importância da criação de uma carreira de saúde pública, que seja atractiva e que incentive a formação nessa área e contribua para a retenção dos quadros, médicos e outros técnicos, em cargos relevantes para a melhoria do desempenho dos programas de saúde prioritários e custo/eficazes e do sistema nacional de saúde, de uma maneira geral.

A previsão anual das despesas de pessoal (salários e outras remunerações) e da formação indica um aumento destas despesas de 1,5 bilião ECV em 2005 para 2,1 biliões ECV em 2014. As despesas com os salários dos médicos passarão de 254 milhões ECV, em 2003, a 388 milhões ECV, em 2005 e 527 milhões, em 2014, ou seja, um aumento de mais de 100%, entre 2003 e 2014. Para os enfermeiros, as despesas de salários de um montante de 367 milhões ECV, em 2003, passarão a 500 milhões ECV, em 2005 e atingirão 797 milhões ECV em 2014, ou seja, também um aumento superior a 100%, entre 2003 e 2014.

CAPÍTULO I : INTRODUÇÃO GERAL

1.1. INTRODUÇÃO

A Constituição de Cabo Verde, país independente desde 1975, garante os serviços de saúde a todos os cidadãos. A descentralização, iniciada em 1991, adopta o município como núcleo das actividades, como forma de acelerar a cobertura do País por todos os serviços sociais. Conseguiu-se uma maior participação da população no desenvolvimento dos serviços sociais em geral, e da saúde em particular. Além dos dois hospitais nacionais de referência, foram instaladas as delegacias de saúde e outras estruturas.

No entanto, os recursos humanos indispensáveis ao bom funcionamento das diferentes estruturas não acompanharam essa evolução. Com efeito, constata-se uma insuficiência quantitativa e qualitativa do pessoal da Saúde em todos os níveis da pirâmide sanitária. Esta é marcada por desequilíbrios importantes na distribuição do pessoal quer pelas ilhas, quer no interior da mesma ilha ou entre as zonas urbanas e as zonas rurais. Na ausência de um plano de desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde (RHS) estes problemas tendem a agravar-se e, a prazo, a comprometer o acesso equitativo da população aos cuidados de saúde.

Compreensível, pois, que o País tenha estabelecido, como uma prioridade, a elaboração do plano estratégico de desenvolvimento dos RHS. O presente plano abrange o período de uma década, 2005 a 2014, e compõe-se de cinco capítulos :

- Introdução geral;
- Resumo dos principais pontos da análise da situação ;
- Principais intervenções estratégicas ;
- Financiamento do plano ;
- Modalidades de execução.

1.2. JUSTIFICAÇÃO

O Programa do Governo 2001-2005 e o Plano Nacional de Desenvolvimento 2002-2005 *adoptaram* uma reforma do Sistema Nacional de Saúde, com vista a assegurar entre outros, e de maneira durável, uma articulação racional entre as diferentes componentes e garantir a qualidade das prestações de cuidados, com acesso equitativo. A execução destas orientações políticas passa por um reforço das capacidades em matéria de gestão, conforme os seguintes pontos :

- Elaboração de instrumentos de apoio à planificação e à gestão dos Recursos Humanos de Saúde (RHS);
- Promoção da formação dos técnicos através da cooperação internacional e reorganização das estruturas locais de formação;
- Organização e dinamização dos programas de saúde pública ;
- Desenvolvimento de infra estruturas de saúde, com novas construções e reabilitação de estruturas existentes, com uma tónica particular nos municípios;
- Melhor gestão dos serviços de saúde e do sistema de referência e contra referência;
- Desenvolvimento dos instrumentos de gestão e de manutenção hospitalares;
- Busca de equilíbrio no financiamento da saúde, incluindo uma revisão dos custos;
- Reforço da colaboração intersectorial e a organização da sociedade civil, com vista a uma melhor mobilização social.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) registou progressos importantes. De facto, o orçamento destinado à Saúde pelo Estado conheceu um aumento constante, as estruturas de saúde têm vindo a expandir-se progressivamente, os serviços de saúde descentralizados foram organizados e os recursos humanos, aumentados em número e nas diversas categorias. Estas melhorias permitiram que se registasse níveis positivos em indicadores de saúde tais como os relativos à esperança de vida à nascença e às taxas de mortalidade geral, mortalidade infantil e mortalidade materna. Em parte este progresso se deveu a investimentos consideráveis no domínio dos recursos humanos,

nomeadamente na formação, na melhoria dos salários e noutras medidas de motivação e retenção do pessoal.

Vários problemas como a insuficiência de certas categorias de pessoal, a dependência não negligenciável de quadros da cooperação internacional, a própria tributária da disponibilidade de financiamentos exteriores, a inexistência de certas especialidades e as disparidades na distribuição do pessoal entre as regiões constituem uma ameaça à melhoria dos indicadores e, até, à manutenção das conquistas do SNS. A elaboração e implementação de um plano de desenvolvimento dos RHS com escolhas estratégicas claras contribuirá à solução desses problemas.

O plano de desenvolvimento dos recursos humanos da Saúde (RHS) constitui um elemento importante no quadro das reformas do sistema de Saúde, cuja evolução aquele deverá acompanhar e contribuir para facilitar a consecução dos objectivos do sistema, tal como se encontram definidos no Plano Nacional de Desenvolvimento e na Carta Sanitária. Estes documentos têm como objectivos, nomeadamente, melhorar os indicadores da saúde reprodutiva e da saúde da criança, reforçar a abordagem do controlo integrado das doenças transmissíveis, e desenvolver a luta contra as doenças não transmissíveis.

O Plano visa, também, promover a equidade na distribuição dos RHS e facilitar o acesso aos serviços da Saúde, em particular, dos mais carenciados. Terá, para tal, que ter em conta os pontos fortes e fracos identificados durante a análise da situação, a fim de poder propor novas orientações para o reforço da qualidade e da pertinência do trabalho do pessoal da Saúde. Finalmente, o Plano terá que considerar a previsão da evolução de factores globais, tais como a evolução socio-demográfica, a evolução económica e a transição epidemiológica de Cabo Verde.

O Plano estabelece uma distinção entre os objectivos de curto prazo (1-2 anos), médio prazo (3-5 anos) e longo prazo (6 anos e mais). No entanto, face à importância dos desafios actuais no domínio dos RHS em Cabo Verde, a tónica será posta, sobretudo, nos objectivos a atingir a curto e médio prazos. Dinâmico como compete a um plano desta natureza, ele é concebido de maneira a poder ser revisto regularmente e dele podem derivar planos operacionais anuais ou bi-anuais, o que aumenta a sua flexibilidade e exequibilidade.

1.3 APRESENTAÇÃO DO PAÍS

Situado entre o Atlântico Norte e Atlântico Sul, a cerca de 500 km a oeste de Dakar no Senegal, Cabo Verde é constituído por dez ilhas, sendo nove habitadas, e tem uma superfície de 4033 km². Ex-colónia portuguesa, ascendeu à Independência em 1975.

Em 2000, a população foi estimada em 434.625 habitantes, sendo 210.234 homens e 224.392 mulheres. Com uma forte concentração no meio urbano (53,7%) e uma densidade de 111 habitantes por km², a sua taxa de crescimento demográfico foi estimada em 2,4% ao ano no período de 1990 a 2000. A ilha de Santiago é a mais povoada, concentrando cerca de 54% da população. Praia, a capital, conta com uma população de 106.348 habitantes, ou seja, cerca de um quarto da população do País. O número de emigrantes cabo-verdianos ultrapassa a população residente, resultando de uma emigração que data de há mais de um século e continua até aos nossos dias, agora a um ritmo menor.

A população cabo-verdiana encontra-se em transição demográfica. O índice sintético de fecundidade (ISF) passou de 7,1 filhos por mulher (em 1979-80) para 4 filhos por mulher (em 2000); a taxa bruta de mortalidade está em redução, de 11 óbitos por mil habitantes durante a década 1960 passou para 10 por mil durante a década 1970, para 8 por mil na década 1980 e para 5,6 óbitos por mil em 2000. Paralelamente, a mortalidade infantil baixou de 49 por mil em 1992/1995 para 32,5 por mil no período 1996-2000. É igualmente favorável a evolução da esperança de vida à nascença, que aumentou de 56,3 anos em 1970, para 68,4 em 1990 e 71 anos em 2000.

A proporção da população com menos de 15 anos reduziu-se ligeiramente, passando de 47,2% em 1970 para 42,3% em 2000. Pelo contrário, a proporção da população com idade entre 15 e 30 anos aumentou, passando de 21,1% em 1970 para 33% em 2000. O peso relativo das pessoas com idade entre os 30 e 59 anos tem-se estabilizado, em particular pouco depois da queda observada em 1980, em consequência de movimentos migratórios. O grupo etário com mais de 70 anos aumentou, passando de 3,3% em 1970 para 4,2% em 2000.

A economia cabo-verdiana é uma das raras da região sub-sahariana que conheceu um crescimento significativo no decurso da década de 1990, com uma taxa média em termos reais de 6,1% ao ano e de 5% entre 2001 e 2003. O PIB real por habitante passou de 902 US dólares, em 1990, para 1420 US dólares em 2002.

O indicador de desenvolvimento humano (IDH) passou de 0,587 em 1990 para 0,631 em 1995 e 0,670 em 2002. Apesar destes avanços em matéria de desenvolvimento humano, Cabo Verde continua sendo um país vulnerável, tanto pela fraqueza e instabilidade da sua pluviometria como pela dependência da ajuda pública ao desenvolvimento (APD), das importações de combustíveis e de produtos alimentares. A ajuda pública ao desenvolvimento, que em 2001 era de 13,5% do PIB, representou 24,1% e 23,3% do PIB, respectivamente em 1998 e em 1999, e muito mais durante a década de 1990. A esta forte dependência da ajuda pública ao desenvolvimento juntam-se as transferências provenientes da emigração, que representam pouco mais de 10% do PIB, nestes últimos anos.

No entanto, Cabo Verde pode ser considerado como um dos países menos endividados da África sub-sahariana com uma dívida externa de 331 milhões de dólares em 2001 representando 61% do PIB e um serviço da dívida em percentagem das exportações de 13% ao longo do mesmo ano. Embora a dívida externa seja pouco pesada relativamente a outros países africanos, poderia revelar-se pouco sustentável no caso de abrandamento da actividade económica e do recurso excessivo a créditos não concessionais.

Cabo Verde está na fase da sua graduação dos PMA e em 2008 entrará para o grupo dos países de rendimento médio. Nessa nova categoria as ...

1.4. OBJECTIVOS DO PLANO

1.4.1. Objectivo geral

O objectivo geral do Plano é contribuir para o desenvolvimento harmonioso do SNS, tendo em vista a produção e disponibilização de trabalhadores da Saúde em quantidade e qualidade suficientes, para prestarem cuidados que respondam às necessidades da população.

1.4.2. Objectivos específicos

Os objectivos específicos do plano são :

- Promover a planificação do pessoal da saúde, de acordo com as necessidades do Serviço Nacional de Saúde ;
- Promover a produção das diferentes categorias de pessoal requeridas, pela utilização das oportunidades, tanto no interior como no exterior do País ;

- Reforçar a colaboração com as associações profissionais da Saúde
- Assegurar uma distribuição racional do pessoal de Saúde através do País
- Assegurar a motivação e a retenção do pessoal da Saúde

Estes objectivos visam, especialmente, melhorar a qualidade dos cuidados, aumentar a eficácia do sistema de Saúde, permitir a diminuição do número de evacuações, e desenvolver instrumentos que facilitem o seguimento e a avaliação das reformas ao nível dos RHS. A realização destes objectivos permitirá ter um sistema de Saúde que responda melhor às necessidades e às aspirações da população, sobretudo, a mais carenciada.

1.3. MÉTODOS DE TRABALHO

Com o apoio técnico da sede da OMS e do Escritório Regional, um grupo nacional de trabalho constituído por responsáveis do Ministério da Saúde e quadros da Representação da OMS participaram no processo. Com a finalidade de ter uma visão global e uma boa compreensão da problemática dos recursos humanos da Saúde em Cabo Verde, o grupo de trabalho teve também discussões com os principais parceiros da Saúde em Cabo Verde.

Os dados foram recolhidos através de entrevistas aprofundadas com os responsáveis, ao nível central do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, as direcções dos Hospitais Centrais da Praia e de São Vicente, os delegados de saúde, uma representação da Ordem dos Médicos, os representantes das instituições de formação em saúde, visitas de terreno e consulta de documentos existentes. Além disso, para completar os dados sobre o pessoal da saúde e a formação contínua foi aplicado um questionário a todos os delegados de saúde. Entre os numerosos documentos consultados, convém realçar a importância dos seguintes :

- Plano Nacional de Desenvolvimento 2002-2005
- Carta Sanitária de Cabo Verde
- Estudo sobre o financiamento dos serviços de Saúde
- Análise da situação dos recursos humanos da Saúde

Os cenários que definem o número e as categorias do pessoal da Saúde baseiam-se nas necessidades expressas pelas diferentes estruturas em todos os níveis e a evolução

esperada do SNS, bem assim a evolução dos perfis epidemiológico e demográfico. Os recursos financeiros necessários para a implementação do Plano foram calculados tomando como base salarial o ano de 2003, corrigida por um ajustamento de 1,5% por ano para a inflação, a estimativa de custos da formação ao nível local e no exterior do país. Foram, igualmente, tomadas em consideração as novas medidas de motivação para certas categorias de pessoal da saúde tais como os especialistas de Saúde Pública e os quadros que trabalham em zonas *rurais* ou pouco atractivas.

O Plano Estratégico de Desenvolvimento dos RHS foi elaborado a partir de Junho 2004 e foi validado em Março de 2005, obedecendo as seguintes etapas :

- Análise da situação dos RHS;
- Elaboração de uma versão preliminar;
- Difusão da versão preliminar aos parceiros do desenvolvimento,
- Recolha e integração das contribuições dos parceiros;
- Adopção do plano por ocasião de um atelier de consenso.

CAPÍTULO II. PONTOS PRINCIPAIS DA ANÁLISE DE SITUAÇÃO

2.1 CARTA SANITÁRIA DE CABO VERDE

A Carta Sanitária de Cabo Verde foi elaborada em 1999. Foi, assim, definida a Região/Distrito Sanitário enquanto a nova unidade funcional da organização, abarcando Delegacias de Saúde próximas ou confinadas a uma ilha, no fluxo entre níveis diferentes de prestação de cuidados, tendo no topo da pirâmide um Hospital Regional.

Foi proposta a constituição dos distritos sanitários seguintes:

- Distrito Sanitário de Santo Antão: inclui os concelhos da Ribeira Grande, Paul e Porto Novo (parte). Com sede no Hospital Regional da Ribeira Grande.
- Distrito Sanitário do Fogo e Brava: inclui os concelhos de S. Filipe, Mosteiros e Brava (parte). Com sede no Hospital Regional de S. Filipe.
- Distrito Sanitário de Santiago Norte: inclui os concelhos de Santa Catarina, Tarrafal, Calheta e Santa Cruz (parte). Com sede no Hospital Regional de Santa Catarina.
- Distrito Sanitário de Santiago Sul: inclui os concelhos da Praia, S. Domingos e Santa Cruz e serve de referência privilegiada ao Maio e a parte dos concelhos da Brava, Sal e Boavista. Com sede no Hospital Central da Praia.
- Distrito Sanitário de Mindelo: inclui o concelho de S. Vicente, e serve de referência privilegiada ao concelho de S. Nicolau e parte dos concelhos de Porto Novo, Sal e Boavista. Com sede no Hospital Central do Mindelo.

A região/distrito sanitário supõe a hierarquização da rede de Saúde e o funcionamento de um sistema de referência e de contra referência dos usuários. A hierarquização é feita em três níveis:

- O nível primário, de contexto municipal, assegura a prestação dos cuidados promocionais, preventivos e curativos sob a responsabilidade da Delegacia de Saúde, enquanto administração de Saúde municipal. A prestação dos cuidados é garantida pelos Centros de Saúde (com ou sem unidade de internamento) e suas extensões – Postos de Saúde e Unidades Sanitárias de Base.

- O nível secundário, de contexto regional, é assegurado pelos hospitais regionais e pelos hospitais centrais (nas suas valências de hospital regional) à população da sua área de cobertura. Este nível está ainda pouco diferenciado, pois os hospitais regionais estão insuficientemente dotados de recursos necessários, nomeadamente, os humanos.
- O nível terciário, de referência nacional, assegura a prestação de cuidados mais diferenciados, e está a cargo dos hospitais centrais de S. Vicente e Praia.

Os centros de PMI/PF de S. Filipe, Assomada e R.^a Grande serão transformados em centros de referência regional de saúde reprodutiva que se completariam com os dois centros de referência central de saúde reprodutiva, localizados na Praia e Mindelo.

A implementação da região sanitária enfrenta, essencialmente, dois grupos de problemas:

- "Insuficiências na organização e no funcionamento, resultantes sobretudo da inadequação dos recursos - humanos, materiais e financeiros";
- "Lacunas na cobertura resultantes da implantação e da distribuição dos edifícios sem respeitar, por vezes, critérios de cobertura ».

Foram estabelecidos os seguintes critérios de cobertura :

- Hospitais Centrais (nível terciário): aproximadamente 2 camas/1.000 habitantes.

Actualmente o ratio cama/habitantes é de 1,68 camas por 1000 habitantes para a área de captação do Hospital de S. Vicente e 0.93 camas para 1000 habitantes para a área de captação do Hospital da Praia.

- Hospitais Regionais (nível secundário): 1.5 camas por 1.000 habitantes.

O ratio cama/habitantes é de 1.33 camas por 1000 habitantes para a área de captação do Hospital da Ribeira Grande, 0.79 camas para 1000 habitantes para a área de captação do Hospital de Santa Catarina e 1.24 camas por 1000 habitantes para área de captação do Hospital de São Filipe.

- Centros de Saúde (nível primário): 0.7 a 1 cama por 1.000 habitantes.

O ratio cama/ habitantes apresenta uma grande variação entre os concelhos, sendo de 0.47 camas por 1000 habitantes em São Miguel a 3.25 camas por 1000 habitantes em São Nicolau.

A carta sanitária constitui a referência em termos de projecção da rede das infra-estruturas, bem assim, a planificação dos recursos humanos.

Quadro 1: ESTRUTURAS PÚBLICAS DE SAÚDE POR ILHA E CONCELHO, EM 2003 E PROJECCÃO 2010

		HOSPITAL CENTRAL				HOSPITAL REGIONAL				CENTRO DE SAÚDE				CENTRO S.R.		POSTO SANIT.		U.S.B.	
		2003		2010		2003		2010		2003		2010		2003	2010	2003	2010	2003	2010
ILHA – CONCELHO	POP.	Nº	CAMAS	Nº	CAMAS	Nº	CAMAS	Nº	CAMAS	Nº	CAMAS	Nº	CAMAS	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	
ILHA SANTO ANTÃO	48165																		
– PAÚL	(8580)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12	1	12	0	0	2	2	4	2
– PORTO NOVO	(17743)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	24	1	24	0	0	3	4	15	6
– RIBEIRA GRANDE	(21842)	0	0	0	0	1	64	1	64	0	0	0	0	1	1	3	4	9	10
ILHA S. VICENTE	71575	1	260	1	260	0	0	0	0	3	0	3	0	1	1	0	0	3	3
ILHA S. NICOLAU	13531	0	0	0	0	0	0	0	0	2	44	2	44	0	0	2	2	10	8
ILHA SAL	16525	0	0	0	0	0	0	0	0	1	26	1	40	0	0	2	1	2	2
ILHA BOAVISTA	4792	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12	1	22	0	0	1	1	5	4
ILHA MAIO	7232	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12	1	22	0	0	2	1	2	5
ILHA SANTIAGO	254804																		
– PRAIA	(116629)	1	296	1	400	0	0	0	0	4	0	5	0	1	1	1	1	11	8
– S. CATARINA	(53008)	0	0	0	0	1	71	1	71	1	6	1	0	1	1	1	1	9	11
– S. CRUZ	(35017)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	31	2	0	0	0	2	1	8	9
– S. DOMINGOS	(13696)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9	1	24	0	0	0	0	9	8
– S. MIGUEL	(16883)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	8	1	28	0	0	0	1	7	4
– TARRAFAL	(19571)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	38	1	38	0	0	0	2	5	4
ILHA FOGO	37892																		
– MOSTEIROS	(9671)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	22	0	0	0	0	4	4
– S. FILIPE	(28221)	0	0	0	0	1	54	1	54	0	0	0	0	1	0	3	3	7	7
ILHA BRAVA	6652	0	0	0	0	0	0	0	0	1	18	1	18	0	0	2	1	2	2
CABO VERDE	460968	2	556	2	660	3	189	3	189	21	246	23	294	5	4	24	25	112	97

Fonte:Ministério da Saúde, GEPC e INE, projecção censo 2000

2.2 PROBLEMTICAS ACTUAIS DOS RHS

No quadro do plano de desenvolvimento dos RHS, é importante abordar as problemáticas ligadas ao pessoal da Saúde, não só os problemas imediatos, mas também numa abordagem que privilegie a sua antecipação e previsão. Nessa matéria, a análise da situação permitiu identificar diferentes problemas dos quais se apresentam como principais os seguintes :

- Ausência de um documento de política para os RHS, que sintetiza e integra as diferentes medidas nessa matéria;
- Distribuição geográfica dos RHS;
- Repartição entre os cuidados curativos e preventivos;
- Dotação insuficiente em RHS;
- Inadequação entre o perfil requerido pelo posto e a formação do profissional;
- Formação do pessoal que dispensa os cuidados;
- Migração;
- Evacuação;
- Complementaridade do sector privado;
- Cooperantes;
- Sistema de informação sobre os RHS;

2.1.1. Ausência de um documento de política dos RHS

Uma política dos RHS constitui um conjunto de directizes para o desenvolvimento e a gestão dos RHS que visam a prossecução dos objectivos do SNS, nomeadamente a melhoria da saúde da população, a qualidade e a equidade dos cuidados (OMS). A existência dessa política permite orientar, coordenar e avaliar o efeito dos recursos humanos na saúde da população.

Apesar da existência de instrumentos de gestão dos RHS e de medidas legislativas específicas relativas ao pessoal da saúde, em rigor, não existe um documento de política dos RHS em Cabo Verde. Esta situação repercute-se na gestão dos RHS e está na origem de inúmeros problemas no funcionamento dos serviços e no grau da satisfação dos recursos humanos. A não dotação de um posto de responsável dos

RHS, tanto a nível do Ministério da Saúde (o posto de director do serviço dos recursos humanos foi criado em 1994, mas não foi provido até à data) como a nível dos hospitais centrais pode ser, dessa situação, causa e efeito. Há, decididamente, uma falta grande de pessoas formadas em gestão ao nível das delegacias de saúde. O sistema de recrutamento, de afectação, de retenção e de gestão dos RHS enfrenta dificuldades que serão minoradas com uma planificação e administração mais eficazes.

2.1.2. Distribuição geográfica do pessoal da Saúde

É importante atingir, na medida do possível, uma distribuição dos RHS tão equitativa quanto possível para o acesso aos cuidados. O facto de Cabo Verde ser um arquipélago e a diferença na distribuição populacional entre as ilhas, entre outros factores, representa um desafio importante para as autoridades sanitárias do País, a repartição geográfica do pessoal da Saúde. As 5 ilhas do Barlavento representam 33% da população enquanto que as 4 ilhas de Sotavento detêm 67%. Os concelhos da Praia e de São Vicente são os mais populosos com, respectivamente 15,5% e 25,5% dos habitantes do país (Quadro 1).

2.1.2.1. Disparidades regionais

Existem, de modo geral, fortes variações da densidade médica, como nos mostram as duas figuras seguintes. Verifica-se um desequilíbrio na distribuição dos RHS, com uma forte concentração em dois municípios, Praia e São Vicente. Estes dois municípios detêm cerca de 74% dos médicos e 53% dos enfermeiros, embora representem, respectivamente, 25,6% e 15,5% da população. Entretanto, nesses municípios encontram-se os dois hospitais centrais, de referência nacional com especialidades médicas do nível terciário de cobertura nacional. Acrescenta-se, ainda, a situação da insuficiente diferenciação dos hospitais regionais e da capacitação dos centros de saúde, resultando na afluência directa dos doentes aos hospitais centrais. Em 1996, o Plano Director de Saúde Urbana da Praia estimava que cerca de 70% dos cuidados prestados pelo hospital central eram do nível primário. (rácios médico e enfermeiro em relação à população da área de captação destes hospitais serão calculados para completar esta análise).

Figura 1 : Distribuição dos médicos por municípios, Junho 2004

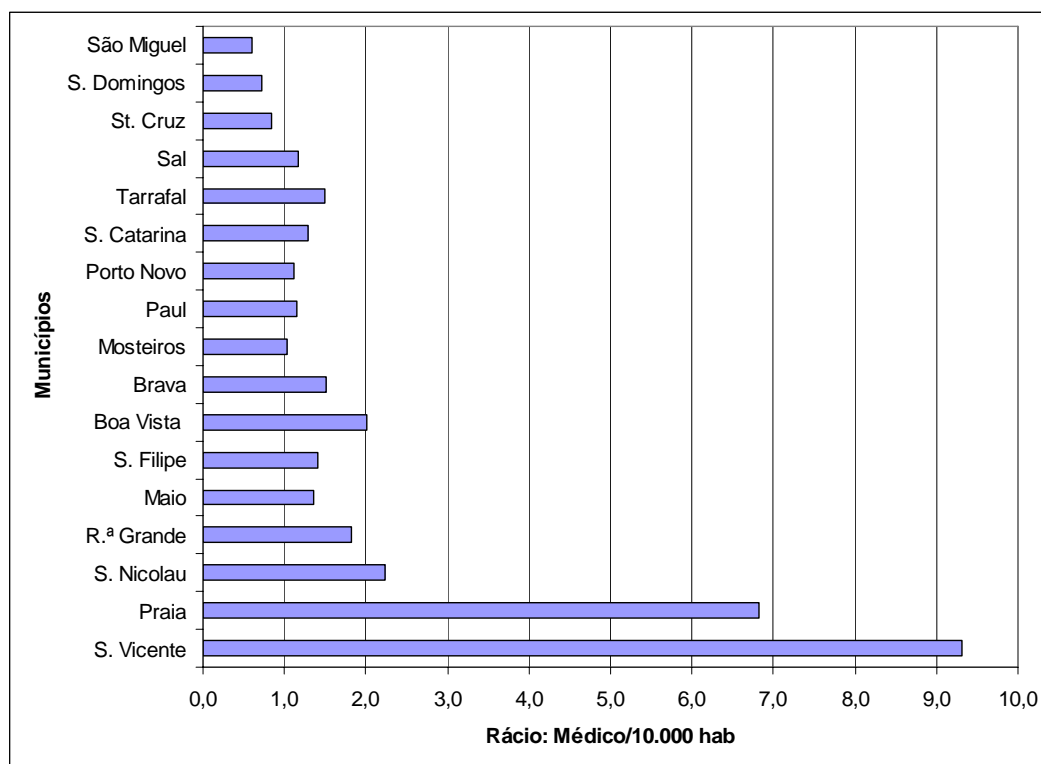
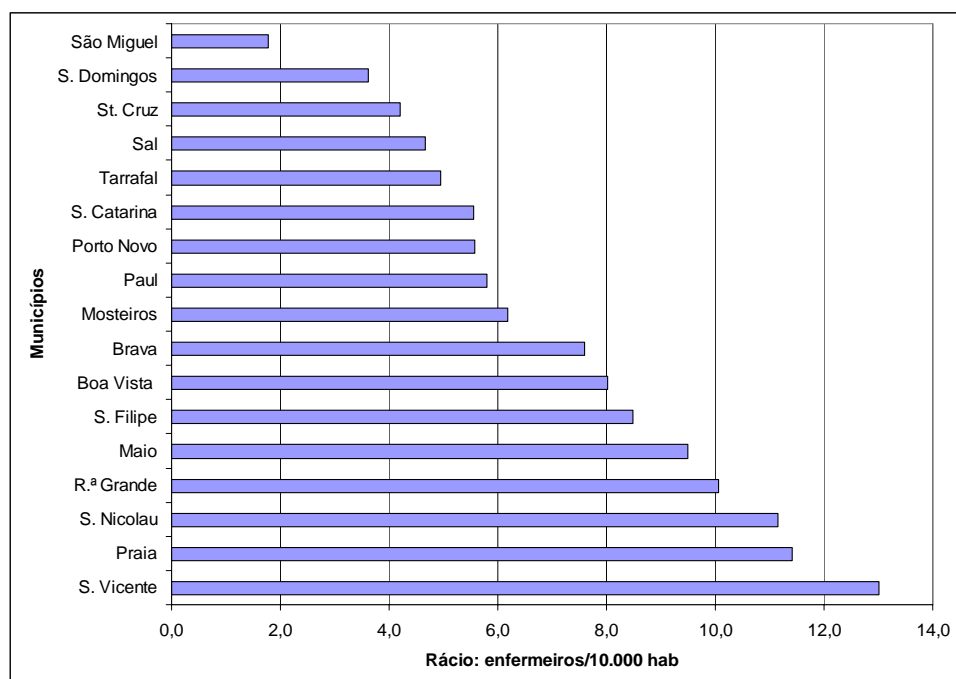


Figura 2 : Distribuição dos enfermeiros por municípios, Junho 2004



2.1.3. Problemática cuidados curativos e cuidados preventivos

A existência de apenas 5 especialistas em Saúde Pública no Ministério da Saúde e a fraca atracção por esta área de formação e as funções correspondentes, nomeadamente nas delegacias de saúde e nos serviços centrais do Ministério, constituem constrangimentos maiores ao desenvolvimento equilibrado do SNS e do reforço dos programas de saúde pública e de luta contra as doenças. Sublinhe-se que a inexistência de uma carreira de saúde pública e o facto das carreiras médicas e de enfermagem valorizarem os cuidados curativos em detrimento dos cuidados preventivos agravam a situação. Constituem agravantes importantes os níveis salariais pouco atractivos e a incompatibilidade de acumulação de funções no público e privado a que essas funções estão condicionadas.

Figura 3: Distribuição dos médicos entre hospitais nacionais – outras instituições, Junho 2004

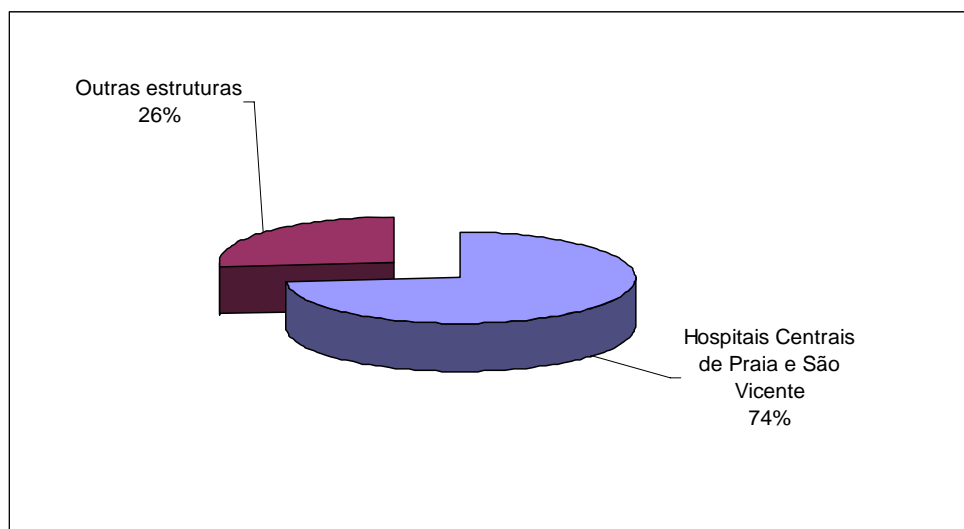
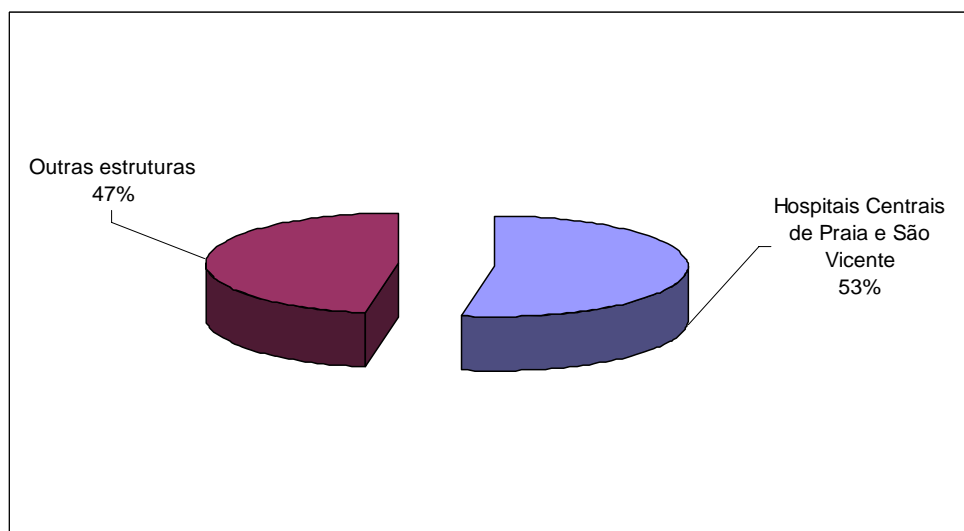


Figura 4: Distribuição dos enfermeiros entre hospitais nacionais -outras instituições, Junho 2004



2.1.4. Dotação insuficiente em RHS

De modo geral, verifica-se um número insuficiente de profissionais em todos os níveis do sistema de saúde, traduzindo-se numa fraca capacidade de resposta do Sistema de Saúde traduzindo-se na sobrecarga de trabalho para o pessoal e nas listas de espera para os pacientes. Além disso, a falta de pessoal ao nível das delegacias de saúde leva

à transferência dos pacientes para os hospitais centrais contribuindo para sobrecarregar ainda mais estes últimos, obrigando-os a prestar cuidados que podiam ser realizados ao nível das delegacias.

Constata-se de maneira geral, um número insuficiente de enfermeiros em relação ao número de médicos. Com efeito, o ratio médico – enfermeiro é de 1 médico para 2 enfermeiros, enquanto que na maior parte dos países, este ratio varia muitas vezes de 1 para 5 a 1 para 10.

O número dos outros técnicos da saúde, dos quais cerca de 50 técnicos superiores e 100 técnicos adjuntos e profissionais, é igualmente insuficiente. A carência desses profissionais, nomeadamente, das áreas de diagnóstico e terapêutica, constitui uma problemática com graves consequências ao nível do funcionamento do sistema de saúde ou na incapacidade parcial ou total de utilizar as infra estruturas e os equipamentos médicos disponíveis.

O rácio a nível nacional dos técnicos superiores por 10.000 habitantes é de 1,2 e o dos técnicos adjuntos e profissionais é de 2,2. A maioria dos técnicos, sobretudo os do nível superior se concentram na Praia e em São Vicente. A sua distribuição por categoria profissional encontra-se ilustrada nas 2 figuras a seguir:

Figura 5 : Técnicos superiores por categoria, Junho 2004

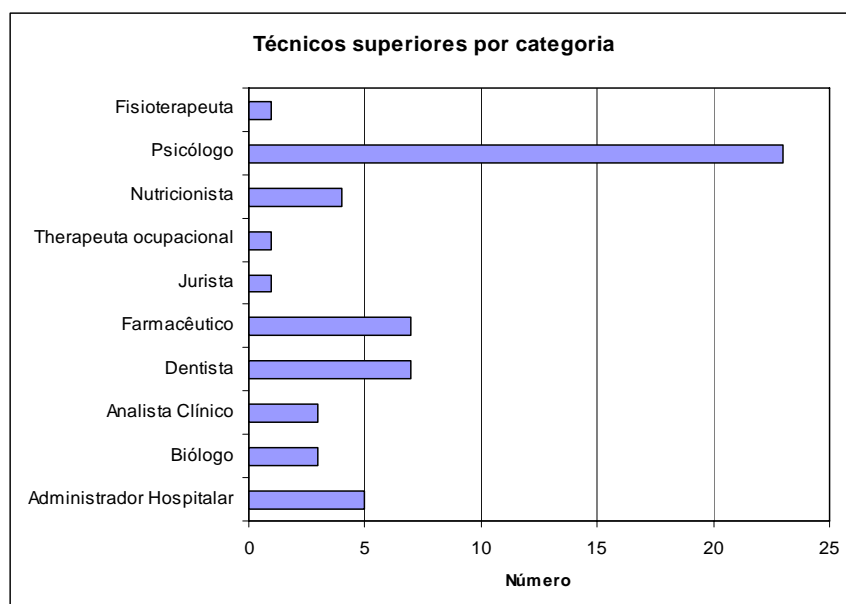
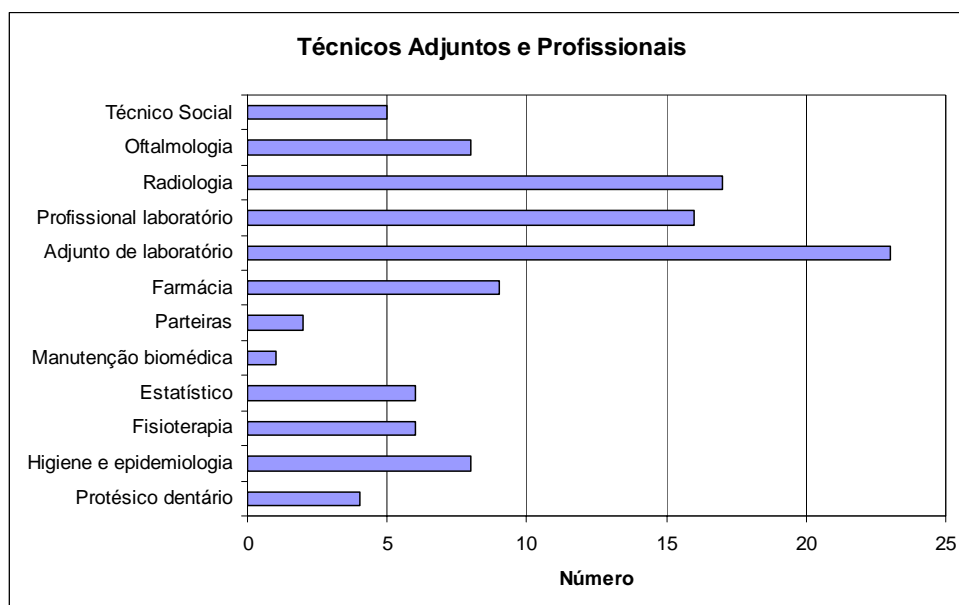


Figura 6 : Técnicos adjuntos e profissionais por categoria, Junho 2004



2.1.5. Formação do pessoal da saúde e a sua regulação

A formação profissional na área da saúde tem sido organizada por iniciativa do Ministério da Saúde. A partir dos anos setenta foram abertos vários cursos e sempre com a criação dos mesmos através de um diploma legal. Assim foram realizados os seguintes cursos:

Cursos de equiparação de auxiliares de enfermagem a enfermeiros gerais - Decreto-Lei n.º 23/79 (B.O. n.º 14 de 07/04/79).

Curso de técnicos auxiliares de laboratório - Decreto n.º 100/81 (B.O. n.º 36 de 05/09/81).

Curso de Técnicos de Controle de Qualidade de Medicamentos - Decreto n.º 26/83 (B.O. n.º 16 de 16/04/83).

Curso de Atendentes de Saúde - Decreto n.º 127/88 (4º Supl. BO n.º 53 de 31/12/88).

Curso de Técnicos Auxiliares de Laboratório - Decreto n.º 128/88 (4º Supl. BO n.º 53 de 31/12/88).

Curso de Técnicos Auxiliares de Radiologia - Decreto n.º 129/88 (4º Supl. BO n.º 53 de 31/12/88).

Curso de Técnicos Auxiliares de Farmácia - Decreto n.º 134/88 (4º Supl. B.O. n.º 53 de 31/12/88).

Curso de Assistentes de Enfermagem, com a categoria de técnico profissional de 2º nível - Decreto-Lei n.º 84/94 (4º Supl. B.O. n.º 42 de 29/12/94).

Curso de Administradores das Delegacias de Saúde - Decreto-Lei n.º 08/96 (B.O. n.º 04 de 26/02/96).

Curso Profissional de Técnicos de Laboratório - Decreto-Lei n.º 34/97 (B.O. n.º 21 de 02/06/97).

A partir de 1977 os cursos de enfermagem na Praia e Mindelo funcionaram, de forma mais sistemática, com duração de 3 anos, tendo sido formados 236 enfermeiros gerais na Praia e 245 em S.Vicente. Esta particularidade de formar enfermeiros por « geração », em que a escola forma um grupo de enfermeiros durante três anos e durante este período, nenhum outro grupo será formado foi adoptada por causa da capacidade reduzida de formação e de recursos. Este modelo poderá, no futuro, colocar o problema da capacidade de absorção pelo Sistema de Saúde de um grande número de enfermeiros de 3 em 3 anos.

Os ajudantes de farmácia constituem outro grupo de profissionais de que se fez vários cursos e, a partir de 1988, foram formados um total de 72 na Praia e 32 em São Vicente.

O ensino superior em Cabo Verde, embora remonta aos finais dos anos setenta, com a criação de algumas instituições públicas, nomeadamente nas áreas da educação, não teve reflexo directo no sector da saúde. Recentemente, com a implantação da Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, em 2001, uma instituição privada, alguns cursos com da área da saúde vêm sendo ministrados, como são: Ciências Farmacêuticas, Fisioterapia, Enfermagem, Psicologia, com os níveis de licenciatura e de bacharelato.

Assim, o grosso do pessoal técnico superior da saúde é formado no estrangeiro e, no que se refere aos médicos, a formação é feita exclusivamente no exterior. O governo atribui aos candidatos bolsas de estudos ou, apenas vagas, para as universidades nos países com os quais possui acordos de cooperação no domínio da formação de quadros.

Dados parciais sobre o fluxo de médicos formados, de 1999 a 2004, apontam para um total de 144 todos bolseiros. Alguns desses médicos continuaram os estudos de especialização, no exterior.

Gradualmente, vem-se efectuando esforços no sentido de formação de especialista nacionais, de modo a, reforçar as capacidades próprias para a prestação dos cuidados de saúde às populações. Foi criada a Comissão de Formação, pelo Despacho n.º 29/88, do Ministro da Saúde, revisto em 1991 (B.O. n.º 40 de 05/10/91) – com competências na planificação formação inicial, especializada e permanente e na selecção de candidatos à formação e bolsas de estudos no exterior.

Tem havido experiências de formação especializada de longa duração, com parte a decorrer no exterior e parte num dos hospitais nacionais, com a supervisão de especialistas em serviço e coordenação de um docente indicado pela Universidade responsável pela formação.

Igualmente, é de se referir à iniciativa de especialização de médicos em ginecologia e obstetrícia, que decorreu totalmente em Cabo Verde, com docentes enviados pela Universidade responsável (Curso de Pós-Graduação em Ginecologia e Obstetrícia - Decreto-Lei n.º 37/95).

Com relação à formação local, têm sido apontadas as seguintes vantagens:

- Contribuir para a fixação dos quadros no país, pois que, numa estadia mais curta no exterior há menos probabilidades de se criar relações de trabalho no país de acolhimento ou outras condições de integração;
- Reforçar a organização dos serviços beneficiários, pois que um ambiente académico concorre para melhorar as normas e os instrumentos de trabalho;
- Evitar o efeito perverso da dispensa de pessoal por longos períodos para formação, no ritmo e na qualidade dos cuidados prestados.

Na procura das vias e meios para incrementar a formação especializada, o Ministério da Saúde defronta-se com diversas dificuldades que inibem a sua iniciativa, entre elas um quadro técnico limitado, que à partida reduz o número de candidatos, a carência de estabelecimentos de formação no país e limitados recursos financeiros. Acrescem as dificuldades relacionadas com disponibilidade de vagas, bem assim o risco de não retorno e a probabilidade de não adaptação do candidato no país de acolhimento.

A formação contínua tem sido uma realidade mas enfrenta dificuldades, tais como, falta de planificação, não seguimento do seu impacto, frequência insuficiente dos cursos e a rotação frequente do pessoal da saúde.

Um inquérito rápido aos Delegados de Saúde revelou que, de uma maneira geral, os profissionais das Delegacias de Saúde participaram pelo menos em três acções de

formação nos dois últimos anos, no País ou no exterior. Os domínios mais citados foram, nomeadamente, vigilância integrada das doenças, diagnóstico de tuberculose, paludismo e lepra, reanimação dos recém-nascidos, vacinação/erradicação da poliomielite, aconselhamento e teste voluntário do VIH/SIDA e IST, saúde da reprodução, manutenção biomédica, radiologia, aleitamento materno, saúde mental, diagnóstico de doenças tropicais e acupunctura.

Os Hospitais Centrais da Praia e de São Vicente realizam acções de formação com um carácter mais permanente e sistemático, tais como as sessões clínicas semanais e jornadas de saúde. Cursos de formação inicial e especializada desenvolvem-se progressivamente. Os profissionais dos hospitais com formações organizadas pelos serviços centrais e no exterior. Os mais citados são ressuscitação do recém-nascido, ressuscitação cardio-vascular, diabetes, curso de esterilização do material, diagnóstico e tratamento do VIH/SIDA, aconselhamento e teste voluntário do VIH/SIDA, curso de anatomia patológica, obstetrícia, oftalmologia, aleitamento materno, imagiologia médica, cirurgia/ortopedia, oncologia e cuidados de enfermagem.

A análise de situação mostrou que apesar do leque de formação proposto (1) há domínios ainda não suficientemente cobertos (2), há longos períodos durante os quais nenhuma formação é proposta (3) as formações não são repetidas e, sobretudo, (4) há uma insuficiente coordenação, planificação, seguimento e avaliação das acções.

Cria no Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais a Comissão de Exercício Profissional na Saúde Decreto-Lei n.º 178/90 (2º Supl. B.O. n.º 52 de 29/12/90).

2.1.6. Emigração

Esta problemática coloca-se sobretudo em relação aos médicos e, em certa medida, com os outros técnicos que fazem a formação académica no exterior. De facto, em consequência da inexistência de uma Universidade em Cabo Verde, os cabo-verdianos têm de partir para o estrangeiro para fazerem uma faculdade e se especializarem. A Universidade Jean Piaget abriu-se recentemente, na Cidade da Praia, oferecendo cursos na área da saúde, nomeadamente, em enfermagem, fisioterapia, farmácia, fisioterapia, psicologia.

Embora, não se tenha dados sobre a emigração dos quadros de saúde, sabe-se, que ela acontece, sobretudo, durante a formação inicial e que são raros os casos de emigração dos profissionais, uma vez regressados ao país.

2.1.7 Evacuações

As evacuações sanitárias constituem um recurso fundamental nos cuidados de saúde em Cabo Verde. Com efeito, a lei dá a possibilidade de transferência de doentes, tanto entre as ilhas, como para o exterior do País quando, constrangimentos decorrentes da falta de recursos técnicos, humanos, materiais e meios de diagnóstico e de tratamento põem em perigo a vida e a integridade do doente. Esta situação agrava-se pela distribuição do arquipélago em dez ilhas, relativamente dispersas e pelo facto de as necessidades de cuidados mais complexos serem difíceis de oferecer num país com menos de 500.000 habitantes.

O número de evacuações aumentou muito nos últimos anos, apesar de se verificar, actualmente uma certa estabilização na sequência de um grande esforço de controlo e de melhoria da capacidade de resposta dos serviços.

Em 2001, 2002 e 2003, foram transferidos 209, 253 e 181 doentes, respectivamente, para o exterior. As evacuações inter-ilhas foram, em 2001, 1.876 e, em 2003, 1.907.

Os motivos da evacuação inter-ilhas e para o estrangeiro são diferentes. No primeiro caso, trata-se de consultas de especialidades e cirurgias de urgência, inexistentes nalgumas ilhas. No segundo, a maior parte diz respeito a casos do foro oncológico, doenças cardio-vasculares e assistência a hemodialisados.

Causas de evacuação (em %), 2002

	Inter-ilhas	Estrangeiro
Oftalmologia	12%	4%
Ginecologia	11%	
Cirurgia	11%	
Ortopedia	9%	
ORL	7%	
Odontologia	7%	
Oncologia		34%
Cardio-vasculares	7%	20%
Sistema nervoso		9%
Traumatologia		8%
Renais		8%

Urologia	4%	2%
----------	----	----

Em 2003, as despesas do Ministério da Saúde com as evacuações atingiram 134.903.962 Escudos CV, sendo que 69% destinaram-se a doentes pobres e 31% a funcionários públicos. Esta soma representou 5,43% do seu orçamento de funcionamento. O INPS gastou também cerca de 130 milhões de ECV com evacuações de doentes, o que representa mais de 10% das despesas do ramo saúde. O preço unitário das evacuações no estrangeiro é muito elevado, varia entre 0,5 e 1,5 milhões ECV.

O peso da transição epidemiológica verifica-se claramente no recurso aos cuidados no estrangeiro. Tal situação justifica os investimentos crescentes nos dois hospitais centrais, de referência nacional e o desenvolvimento da assistência no país, exigindo um elevado nível técnico dos equipamentos e recursos humanos, e sobretudo um patamar razoável de actividade que assegure a qualidade dos cuidados e a amortização dos custos fixos. O papel da prevenção, através de actividades de promoção da saúde e de estilos de vida sãos, necessita de uma abordagem estratégica e integrada nos programas e serviços de Saúde.

A pressão é cada vez maior no sentido de procurar soluções locais para a situação das evacuações sanitárias. O protocolo do acordo relativo às evacuações impõe limites quanto ao número de doentes por ano e estabelece certas restrições para algumas patologias, nomeadamente, do foro renal e da medicina de reabilitação.

2.1.8 Complementaridade do sector privado

O sector privado de saúde teve o seu suporte legal com a publicação da Lei de Bases da Saúde 62/III/89, que reconhece o exercício da actividade privada e cooperativa nos diversos domínios da prestação dos cuidados. A regulamentação permite aos profissionais dos serviços públicos, em certas circunstâncias, acumular a actividade nos serviços privados.

Desde essa altura, o sector privado desenvolveu-se, essencialmente na Praia e Mindelo. A nível nacional, contam-se cerca de 50 gabinetes de consultas médicas e de estomatologia, laboratórios de análises clínicas e gabinetes de fisioterapia.

A quase totalidade dos profissionais no sector privado encontra-se em regime de acumulação, o que poderá interferir no bom desempenho dos serviços públicos,

apelando para um acompanhamento sistemático desta situação e, se for o caso, para uma consequente revisão da regulamentação do sector privado no sentido de uma maior complementaridade entre os sectores e que seja a mais benéfica para a saúde das populações.

2.1.9. Cooperantes

Há uma forte dependência em relação aos cooperantes no domínio das especialidades médicas. Se a nível os cooperantes menos de 20 por cento dos efectivos, para algumas especialidades representam 100 por cento dos efectivos. Veja-se o exemplo do Hospital Central da Praia ilustrada na figura 8.

Figura 7: Comparação da percentagem dos médicos cooperantes e nacionais, Junho 2004

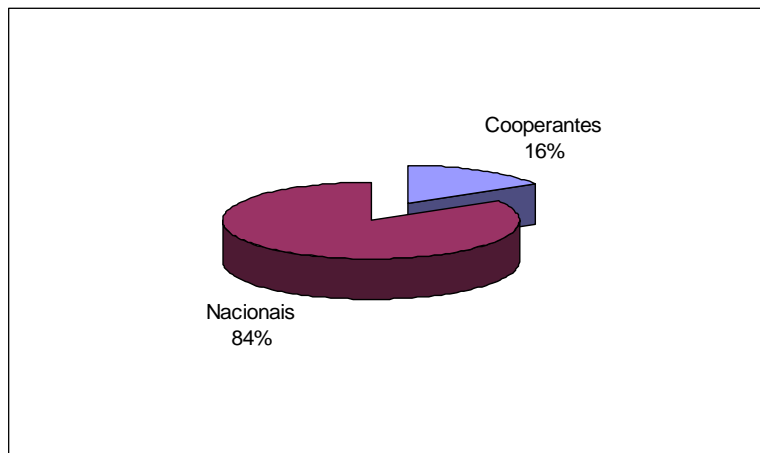
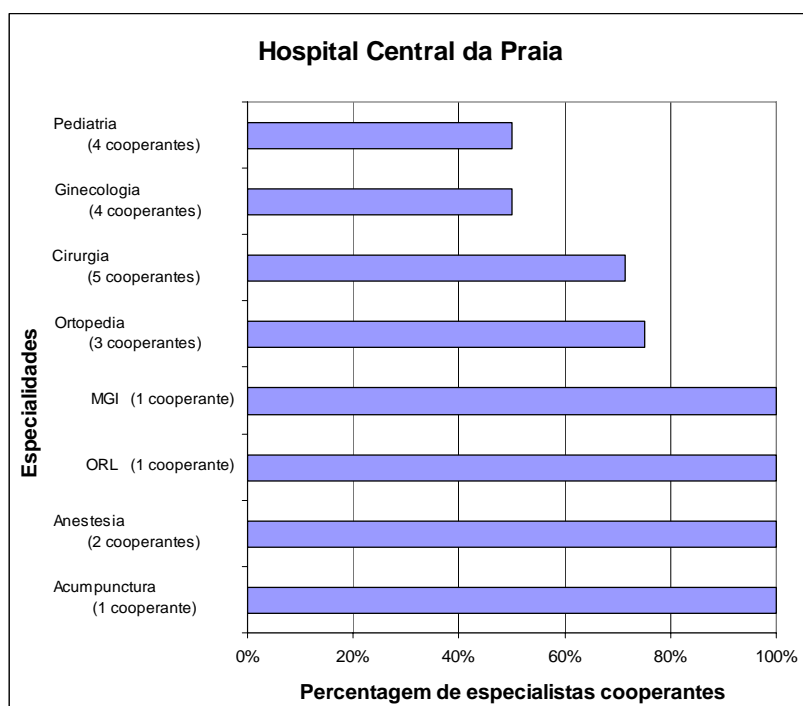


Figura 8: Cooperantes afectos ao hospital central da Praia, Junho 2004



2.1.10 Sistema de informação sobre os RHS

A análise da situação revelou a dificuldade em obter e reunir dados sobre os RHS, sobretudo ao nível da formação. Existe a necessidade de um sistema de informação que permita calcular rapidamente o número de estudantes de nas áreas da saúde que anualmente partem para o estrangeiro, o número e tipo de formações contínuas propostas, nem o número de pessoas que recebem essas formações.

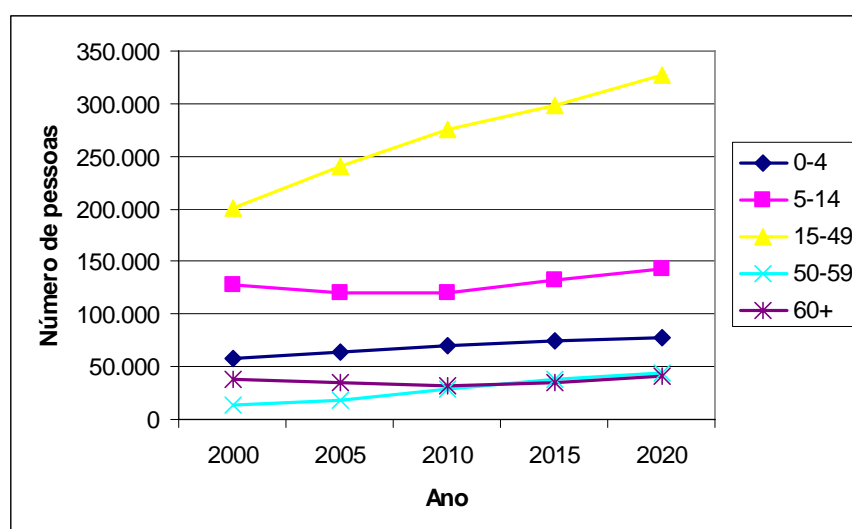
2.2. PROBLEMÁTICAS FUTURAS RHS

Na base de diferentes projecções, apresentamos aqui, as problemáticas futuras RHS em Cabo Verde. É certo que todas as questões abordadas no capítulo precedente vão persistir no futuro, se nenhuma acção for empreendida no sentido de o evitar. No entanto, a concentração deverá ser maior nas questões cuja importância vai aumentar de maneira significativa ao longo dos próximos anos. Resultam, principalmente, da evolução demográfica da população, da transição do seu perfil epidemiológico, assim como da evolução demográfica dos RHS e do plano de desenvolvimento das infra estruturas sanitárias.

2.2.1 Evolução demográfica e epidemiológica

- Aumento da população
- Forte crescimento da faixa etária dos 15-49 e dos 50-69
- País de transição epidemiológica : desenvolvimento de doenças não transmissíveis
- Ausência de estrutura e de pessoal qualificado para cuidar das doenças não transmissíveis.

Figura 9 : Evolução demográfica da população, par faixa etária



Perfil epidemiológico

Cabo Verde registou progressos importantes nos principais indicadores de saúde e o País encontra-se em vias de atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio com relação à redução da mortalidade infantil e da mortalidade materna.

A taxa de mortalidade nas crianças com menos de 5 anos passou de 56‰ (1988-1993) para 39‰ (2000) com um pico de 67‰ em 1995 e de 64‰ em 1997, anos em que ocorreram as epidemias de cólera e de sarampo, respectivamente.

A taxa de mortalidade infantil foi estimada em 32,5‰ (2000), enquanto que durante o período (1988-1993) era de 42‰. Representa mais de 80% de mortes nas crianças de menos de 5 anos, sendo que metade se verifica no período neo-natal (antes de 27 dias de vida) e 30% durante os 7 primeiros dias de vida. Disparidades regionais importantes assinalam-se em matéria de mortalidade infantil. Em 2003, por exemplo, os municípios da Praia e S. Domingos registaram taxas próximas de 52‰ contra uma média nacional de 33,4‰.

As principais causas da mortalidade infantil são as afecções peri-natais, as infecções intestinais e parasitárias, e as infecções respiratórias. Diversos factores estão identificados como determinantes desta situação, nomeadamente o acesso à água potável, a cobertura em saneamento básico, as condições precárias de habitação e a situação nutricional, mas também factores intrínsecos ao sistema de saúde, entre outros. A baixa da cobertura vacinal contra o (inferior a 80%) concorreu certamente, para a ocorrência da epidemia do sarampo em 1997/98 e da poliomielite em 2000.

O estado nutricional das crianças com menos de 5 anos, em 2002, revelou uma nítida melhoria em comparação com 1994: o índice de insuficiência ponderal (malnutrição global) foi de 6% (em 1994, 14%). O atraso no crescimento (malnutrição crónica) atingiu 15%, o que representa um nível de prevalência inferior ao limiar de alerta (20%, segundo a OMS). No entanto, a emaciação (malnutrição aguda) apresentou uma subida: foi de 7%, sendo 4% moderada (1994: 1%) e 3% severa (1994: 5%). A prevalência de anemia é importante: estimada em 70% nas crianças com menos de cinco anos (1996).

A taxa de mortalidade materna apresenta oscilações importantes, devidas em parte aos pequenos números. De 69,1 por cem mil (em 1995) passou para 41,0 (em 1999), 76,1 (em 2000) e 38,7 por cem mil (em 2001). A necessidade de documentar melhor as causas de mortes maternas por mecanismos do tipo auditoria é ressentida.

O controlo do paludismo e da tuberculose levanta desafios importantes relativamente ao alcance dos OMD. O paludismo é uma doença de fraca endemicidade, instável e ligada à vulnerabilidade do País (essencialmente na ilha de Santiago). Conheceu um pico em 1996 (1,4 caso por 10.000 habitantes) e um outro em 2000 (3,0 casos por 10.000 habitantes). A tuberculose é um problema de saúde pública, com um risco de infecção de 1,5% (cerca de 670 doentes por ano). A recrudescência da doença a nível mundial (na ocorrência da epidemia do VIH/SIDA), a fragilidade das condições socioeconómicas, a capacidade de resposta dos serviços de saúde, constituem os principais constrangimentos ao combate da tuberculose no País. A partir de 2000 houve um nítido aumento de casos notificados, mas a taxa de detecção permanece fraca, de 40,6% em 2002.

Com a melhoria dos indicadores de saúde, nomeadamente a redução da mortalidade infantil e geral, como já foi sublinhado, a esperança de vida passou de 56,3 anos em

1970 para 71 anos em 2000, reflectindo na subida da idade média da população e no aumento da proporção dos idosos no seio da população.

A população idosa absorverá uma parte crescente dos recursos da saúde e o peso das doenças cardiovasculares, tumores malignos, doenças crónicas e outras doenças degenerativas tende a acelerar ainda mais. Esta situação, característica da fase de transição epidemiológica, interpela para a adopção de uma estratégia integrada de luta contra as doenças não transmissíveis, com componentes preventivas e curativas, bem assim a formação de especialistas, para reforçar as respostas ao nível nacional e reduzir as evacuações sanitárias para o estrangeiro.

A epidemia do VIH/SIDA em Cabo Verde é uma epidemia generalizada de «fraca prevalência». A vigilância epidemiológica do VIH/SIDA está em curso desde 1986, data em que foi declarado o primeiro caso de VIH/SIDA. A vigilância sentinela do VIH/SIDA indica uma tendência para o aumento da prevalência, de 0,5% em 1989 para 0,89% em 2003. Com uma margem de erro de 5%, o Ministério da Saúde estima que a prevalência na população sexualmente activa se situaria entre 1,0% a 2,0%.

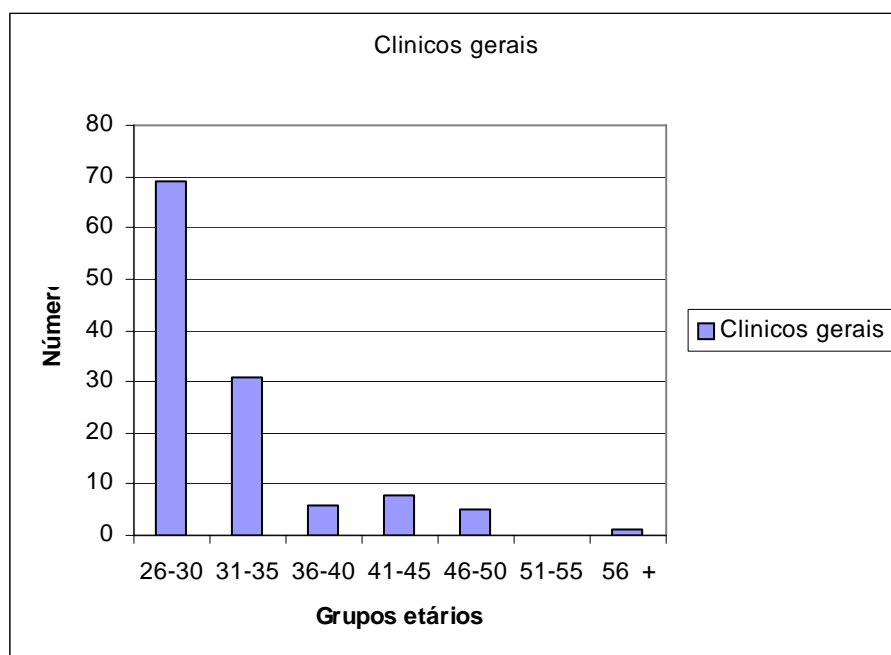
Entre 1986 e 2003, foram detectados 1229 casos de seropositividade, em que 55% (675) desenvolveram a SIDA e entre esses 50,6% (342) morreram de SIDA. Cerca de 44% dos seropositivos são mulheres, e esta percentagem tem tendência a aumentar. O VIH2 era mais frequente no início da epidemia, hoje, o VIH 1 (70%) é mais frequente. Mais de metade dos casos diagnosticados estão na Praia, a capital do País. Na base de projecções, o Ministério da Saúde estima que haverá cerca de 9.000 pessoas afectadas pelo VIH/SIDA. As infecções sexualmente transmissíveis apresentam prevalências elevadas.

Existe, pois, uma grande vulnerabilidade do País às epidemias e doenças emergentes devidas às condições precárias de vida de uma boa parte dos cabo-verdianos, nomeadamente, o acesso à água potável, ao saneamento e à habitação digna.

2.2.2. Evolução demográfica dos RHS

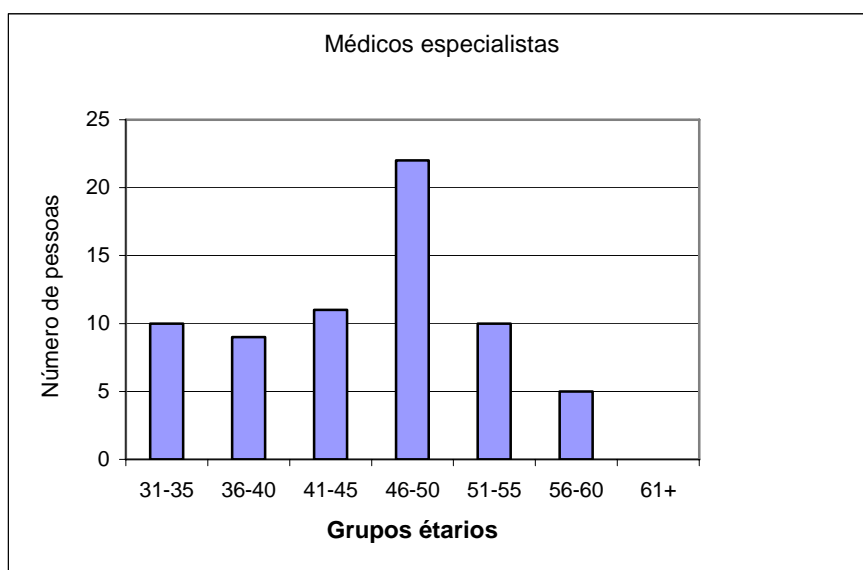
- Há uma população relativamente jovem de médicos clínicos gerais. No entanto, a formação e o recrutamento por vagas (muitos entram ao mesmo tempo, as vagas de 2003, 2004 e 2005) muitos vão sair para a aposentação ao mesmo tempo.

Figura 9 : Distribuição dos médicos generalistas por faixa etária



- A situação etária dos médicos especialistas já é diferente, como ilustra a figura a seguir, o que vem agravar a carência actual e a dependência de médicos cooperantes.
- Nos próximos 15 anos, 15 médicos especialistas atingirão a idade de aposentação.
- O problema da duração da formação coloca a urgência em se intensificar as acções, considerando ainda uma provável taxa de emigração dos médicos cabo-verdianos enviados para formação especializada no estrangeiro

Figura 10 : Distribuição dos médicos especialistas (segundo as faixas etárias)



Quadro 2 : Número de saídas para aposentação nos próximos 15 anos

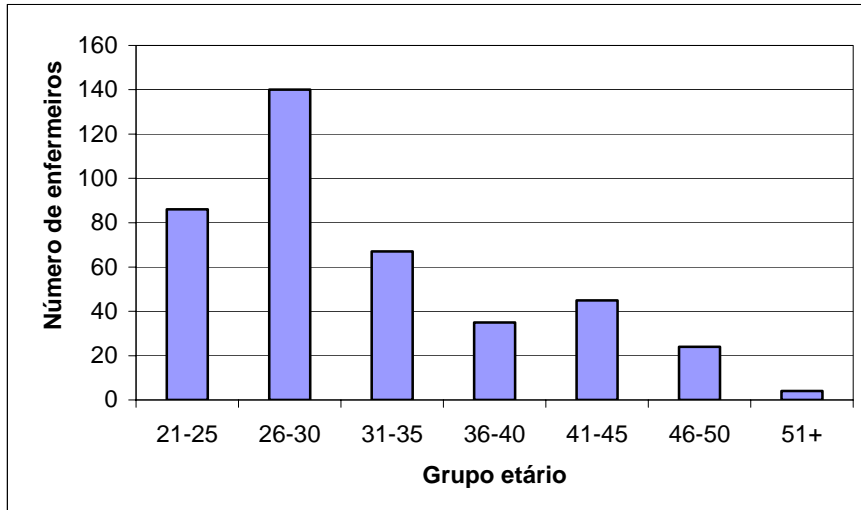
Especialidade	Número para aposentação	Número para aposentação/Número actual total
Pediatria	1	1 sobre 8
Oftalmologia	1	1 sobre 5
Ginecologia	4	4 sobre 13
Psiquiatria	2	2 sobre 4
Traumatologia	1	1 sobre 5
Infecciologia	1	1 sobre 2
Saúde Pública	2	2 sobre 5
Cirurgia generalista	1	1 sobre 7
Urologia	1	1 sobre 1
Cirurgia maxilo-facial	1	1 sobre 1

A situação etária dos enfermeiros é idêntica à dos clínicos gerais, designadamente:

- Enfermeiros são relativamente jovens. No entanto, coloca-se o problema de recrutamento por vagas e a saída para a aposentação de igualmente grandes levas ao mesmo tempo.

- Agrava esta situação a insuficiência do número de enfermeiros, com um ratio actual médico/enfermeiro de 1 para 2.

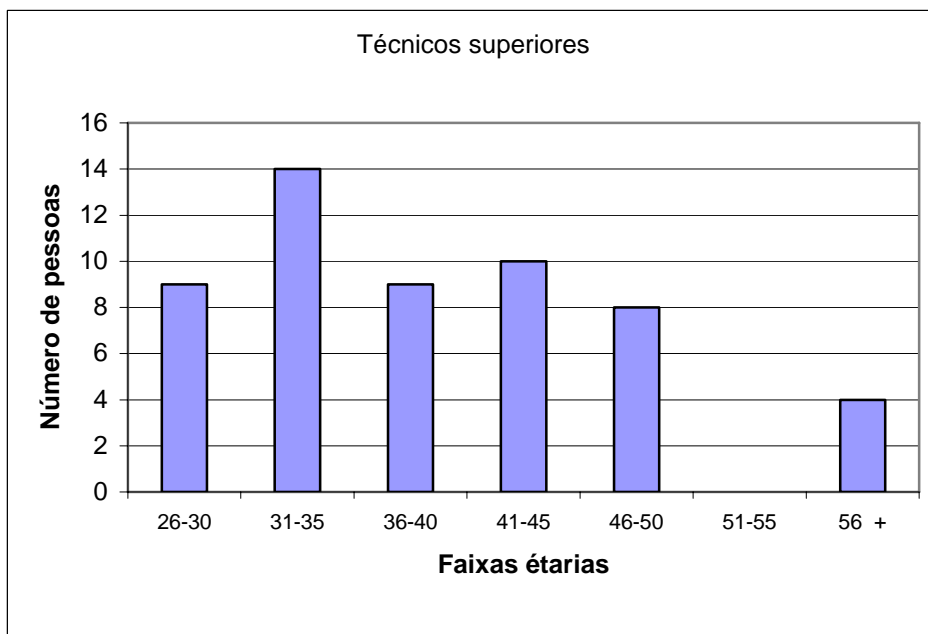
Figura 11 : Distribuição por faixa etária dos enfermeiros



Os técnicos superiores apresentam uma situação etária mais equilibrada e isso tem a ver com um fluxo anual constante, embora insuficiente. Assim:

- A população dos técnicos é relativamente jovem e prevê-se que 17 vão aposentar-se até 2018.

Figura 12 : Distribuição por faixa etária dos técnicos superiores



Quadro 3 : Número de saídas para a aposentação nos próximos 15 anos

Categoria	Número aposentação	Número aposentação /Número actual total
Administrador Hospitalar	1	1 sobre 5
Biólogo	2	2 sobre 3
Analistas clínicos	1	1 sobre 3
Dentista	1	1 sobre 7
Farmacêutico	4	4 sobre 7
Jurista	1	1 sobre 1
Terapeuta ocupacional	0	0 sobre 1
Nutricionista	0	0 sobre 4
Psicólogo	7	7 sobre 23
Total	17	17 sobre 55

2.3. PLANO DE DESENVOLVIMENTO DAS INFRAESTRUTURAS SANITÁRIAS

Um plano de desenvolvimento das infra estruturas sanitárias foi concebido para o período 2005-2010, e é apresentado em pormenor, no quadro abaixo. O plano prevê um reforço ao nível do hospital central da Praia com mais 104 camas, ou seja um aumento de 35%, para o serviço de maternidade e de neo-natologia. Além disso, pode-se notar um crescimento substancial do número de camas ao nível dos centros de saúde. Isso traduz-se pela criação de cerca de 123 camas suplementares repartidas pelas regiões de S. Domingos, S. Miguel, Mosteiros, Sal, Boavista e Maio. O aumento do número de camas vai necessitar pessoal suplementar. Ademais, a criação de camas em zonas afastadas exige uma política activa e atractiva de recrutamento, a fim de preencher as vagas nas delegacias de saúde periféricas.

A criação da Região Sanitária de Santiago Norte que visa reforçar a prestação de cuidados primários de saúde, contribuindo para melhorar e expandir a cobertura sanitária, terá consequências ao nível das necessidades em RHS. A construção do hospital regional de Santiago Norte que contará com 70 camas, assim como serviço de consultas, serviço de imagiologia médica, laboratório de análises clínicas, serviço de urgência, de medicina interna, de gineco-obstetrícia e de cirurgia.

Quadro 4: Plano de desenvolvimento das infra estruturas sanitárias : 2005-2010

Ilha	Concelho	Instituição	Aumento	Diminuição
Ilha de Santiago	Praia	Hospital Central	104 camas suplementares (maternidade e cirurgia)	
Ilha de Santiago	Praia	Centro de Saúde	1 centro suplementar (0 cama)	
Ilha de Santiago	Praia	USB		3 USB a menos
Ilha de Santiago	Santa Catarina	USB	2 USB suplementares	
Ilha de Santiago	Santa Catarina	Hospital Santiago Norte	70 camas	
Ilha de Santiago	Santa Cruz	Centro de Saúde	1 Centro de Saúde suplementar	
Ilha de Santiago	Santa Cruz	Posto Sanitário		1 PS a menos
Ilha de Santiago	Santa Cruz	USB	1 USB a mais	
Ilha de Santiago	São Domingos	Centro de Saúde	15 camas suplementares	
Ilha de Santiago	São Domingos	Centro de Saúde		1 USB a menos
Ilha de Santiago	São Miguel	Centro de Saúde	20 camas suplementares	
Ilha de Santiago	São Miguel	Posto Sanitário	1 PS suplementar	
Ilha de Santiago	São Miguel	USB		1 USB a menos
Ilha do Fogo	Mosteiros	Centro de Saúde	17 camas suplementares	
Ilha do Fogo	São Filipe	Centro de Saúde Reprodutiva	1 centro SR a mais	
Ilha da Brava	Brava	Posto Sanitário		1 PS a menos
Ilha de Santo Antão	Paul	USB		2 USB a menos
Ilha de Santo Antão	Porto Novo	Posto Sanitário	1 PS a mais	
Ilha de Santo Antão	Porto Novo	USB		9 USB a menos
Ilha de Santo Antão	Ribeira Grande	Posto Sanitário	1 PS a mais	
Ilha de Santo Antão	Ribeira Grande	USB	1 USB a mais	
Ilha de São Nicolau	São Nicolau	USB		2 USB a menos
Ilha do Sal	Sal	Policlínica	14 camas suplementares	
Ilha do Sal	Sal	Posto Sanitário		1 PS a menos
Ilha da Boavista	Boavista	Centro de Saúde	10 camas suplementares	
Ilha da Boavista	Boavista	USB		1 USB a menos
Ilha de São Vicente	São Vicente	Delegacia de Saúde	Nova Sede da DS	
Ilha do Maio	Maio	Centro de Saúde	10 camas suplementares	
Ilha do Maio	Maio	Posto Sanitário		1 PS a menos
Ilha do Maio	Maio	USB	3 USB a mais	

CAPÍTULO III. PRINCIPAIS INTERVENÇÕES ESTRATÉGICAS

3.1 ESTRATÉGIAS DE PLANIFICAÇÃO DOS RHS

Para se conseguir uma planificação pertinente dos RHS, é importante ter em conta projecções dos RHS com as características da base actual e ter em conta os objectivos em termos de RHS.

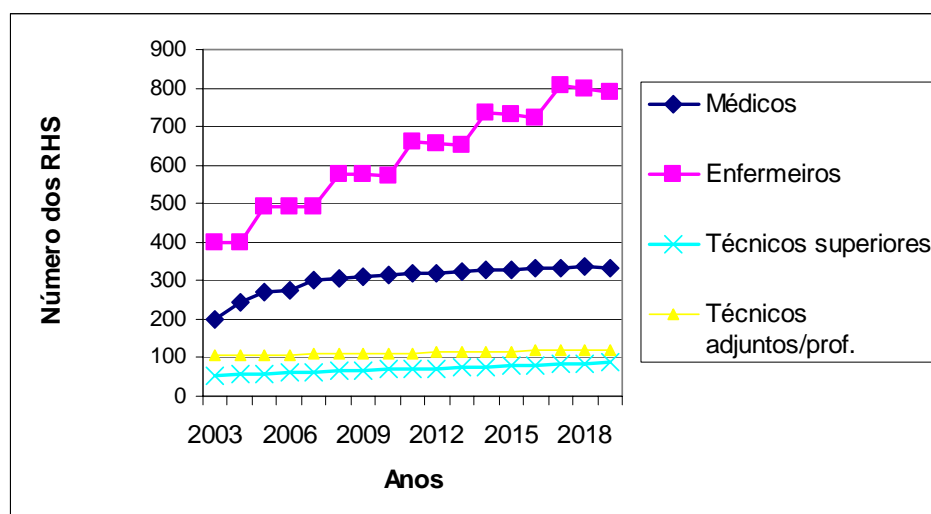
O método para a estimativa das necessidades em pessoal baseado no indicador da carga de trabalho, desenvolvido pela OMS, deverá ser aplicado para afinar as projecções agora feitas com base na situação actual e estimativas de necessidades expressas pelos responsáveis dos serviços. Constituirá uma acção de investigação a ser desenvolvida no quadro do presente plano.

3.1.1. Projecção sobre a base actual

Na base das características actuais dos RHS tais como a idade, o número anual de estudantes a acabar os seus estudos e começam a trabalhar no sector da Saúde, uma estimativa anual de emigração e de pessoas que vão para a reforma, procedemos a uma projecção do número futuro de médicos e de enfermeiros em Cabo Verde. As estimativas futuras do fluxo anual das entradas e saídas de médicos, enfermeiros, técnicos superiores e profissionais reflectem a tendência observada, nestes últimos anos. A projecção aparece detalhada na Figura abaixo. Com base nas hipóteses discriminadas no anexo 1, a projecção põe em evidência os elementos seguintes :

- Aumento a curto prazo, seguido de estagnação do número de médicos (regresso de cerca de 120 clínicos gerais recém-formados, entre 2003 e 2007).
- Aumento do número de enfermeiros, mas este aumento reflecte um processo cíclico que acontece a cada 3 anos, como resultado do sistema de formação (aumento significativo seguido de uma ligeira baixa, depois de novo, aumento do número de enfermeiros).
- Um ligeiro aumento do número de técnicos superiores e adjuntos (estimativa de 8 a 10 entradas por ano).

Figura 13 : Projecção : médicos, enfermeiros, técnicos : 2005-2018



Se a evolução actual ao nível dos médicos perdurar no futuro, haverá uma ligeira baixa do ratio, passando de 5.69 médicos por 10.000 habitantes em 2005 para 5.26 médicos por 10,000 habitantes em 2020. A evolução é mais favorável do lado dos enfermeiros.

Quadro 5 : Ratio população /profissionais de saúde

	2005	2010	2015	2020
Ratio médicos/10.000 hab	5.69	5.96	5.69	5.26
Ratio enfermeiros /10.000 hab	10.25	10.93	12.63	13.75
Ratio técnicos superiores/10.000 hab	1,23	1,31	1,37	1,41
Ratio técnicos adjuntos e profissionais/10.000 hab	2,24	2,13	2,02	1,93

O ratio global de profissionais por mil habitantes em 2005 é estimado em 1,8 (sem incluir os agentes sanitários de base, o pessoal administrativo e o de apoio). Comparativamente à estimativa de 2,5 por mil habitantes¹, enquanto nível mínimo de força de trabalho na Saúde para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, Cabo Verde tem de empreender esforços consideráveis.

¹ In Addressing Africa's Health Workforce Crisis. (o ratio médio ao nível mundial é de 5 pessoas por 1.000 habitantes).

Face a esta evolução e às problemáticas evidenciadas nos capítulos anteriores, torna-se imperativo proceder a mudanças importantes ao nível dos RHS para poder fazer face aos desafios presentes e futuros.

3.1.2 Principais objectivos em termos de RHS

Os objectivos devem contribuir para o desenvolvimento dos RHS em Cabo Verde e ajudar a orientar o sistema de saúde no sentido das melhores estratégias que contribuam para melhorar o seu desempenho.

Com base nos elementos postos em evidência nos capítulos precedentes, é crucial visar os objectivos seguintes em termos de RHS:

- Desenvolver o sector da saúde pública.
- Reforçar o pessoal da saúde ao nível dos hospitais regionais, centros de saúde, postos sanitários e centros de saúde da reprodução.
- Elaborar orientações para as especialidades dos profissionais de saúde.
- Definir os eixos de desenvolvimento em termos de RHS para os hospitais centrais, com vista a controlar melhor o número de evacuações de doentes.
- Reforçar a gestão dos RHS.
- Melhorar o sistema de informação sobre os RHS.

O plano apresenta uma projecção do número de RHS necessários para atingir os objectivos do sistema nacional de saúde, fundamentando-se em vários documentos a saber: Plano Nacional de Desenvolvimento 2002-2005, Análise de situação dos RHS, plano de desenvolvimento das infra estruturas do Ministério da Saúde e entrevistas aprofundadas com os dirigentes dos hospitais centrais da Praia e de São Vicente, dos serviços centrais do Ministério da Saúde e das Delegacias de Saúde.

No estágio actual, procedeu-se a uma estimativa global das necessidades. É evidente que estas estimativas devem ser afinadas de maneira contínua, de forma a chegar-se a uma estimativa das necessidades em RHS tão precisa e adequada quanto possível.

3.1.2. Calendário e revisão dos objectivos

Dois períodos podem ser definidos relativamente a este plano estratégico, sendo o primeiro compreendido entre **2005 e 2009** enquanto que o segundo vai de **2010 a 2014**. As importantes mudanças ao nível dos RHS deverão acontecer na primeira fase deste calendário. Trata-se, com efeito, de reajustar o desenvolvimento dos RHS em relação a certos desequilíbrios. A segunda fase do plano, 2010-2014, consistirá principalmente, em ajustar os RHS à evolução demográfica da população de Cabo Verde.

- **Reforço da saúde pública**

O reforço da saúde pública deve ser uma prioridade importante para Cabo Verde. A recrudescência de algumas doenças transmissíveis ao longo dos últimos anos, a relativa estagnação da cobertura vacinal nos recém-nascidos e a emergência de doenças não transmissíveis, sublinham a necessidade de reforçar a saúde pública, nomeadamente em matéria de promoção e prevenção.

- **Reforço da dotação em pessoal das instituições de periferia**

Este reforço abrange as delegacias de Saúde, os hospitais regionais, os centros de Saúde, os centros de saúde reprodutiva e os postos sanitários. Uma dotação adequada deste tipo de instituições permitirá melhorar a qualidade dos cuidados e contribuir para uma melhor equidade no acesso aos serviços de saúde, através de uma repartição mais equilibrada do pessoal. As necessidades suplementares de cada uma destas instituições foi estimada.

- **Desenvolvimento e renovação dos especialistas**

Tendo em conta o número limitado de especialistas em Cabo Verde, nomeadamente os médicos, é indispensável prever as necessidades futuras e os constrangimentos associados à escolha destas especialidades. Neste contexto, a questão de quês especialidades desenvolver é examinada, assim como a problemática da substituição dos médicos especialistas estrangeiros (cooperantes) e a renovação dos médicos especialistas nacionais que vão ser aposentados nos próximos dez anos.

- **Definir os eixos de desenvolvimento em termos de RHS para os hospitais centrais**

No quadro da planificação dos recursos humanos, a existência de uma orientação estratégica e integrada do desenvolvimento dos hospitais surge como um instrumento indispensável. Uma tal estratégia deverá proceder a uma análise da situação e perspectivar um desenvolvimento complementar, tendo em conta o seu papel de referência nacional na prestação dos cuidados terciários à toda a população do país.

- **Reforço da gestão dos RHS**

O quarto objectivo para os RHS consiste em contribuir para o desenvolvimento da política de gestão dos RHS identificando as necessidades neste domínio.

- **Melhorar o sistema de informação sobre os RHS.**

Para o acompanhamento da execução e avaliação do Plano dos RHS e gestão será implementado um sistema de informação eficiente e coordenado.

3.1.2.1 Reforço da saúde pública

Uma avaliação das necessidades ao nível das delegacias de Saúde, programas de saúde prioritários e dos serviços centrais, permitiram realçar os elementos seguintes :

- **Programas de saúde prioritários**

Para o bom funcionamento dos programas prioritários de saúde, devem ser atingidos os objectivos seguintes :

1. Dotação de pessoal técnico com perfil adequado às funções de direcção de programa.
2. Afectação de um especialista em saúde pública (epidemiologia, sistema de saúde/planificação, estatística ou gestão) e reforço de outros especialistas.
3. Reforço do programa da saúde da reprodução, com a afectação de um responsável para cada área de intervenção.
4. Criação de um programa das doenças não transmissíveis.

Com base nestes elementos e na situação existente, o número de postos suplementares ou de formação necessária foi estabelecido o quadro seguinte :

Quadro 6 :Postos suplementares/formação para os programas prioritários de saúde

Programas									
Categorias profissionais	Vigilância epidemiológica	Programa Saúde da Reprodução	Saúde Mental	Luta contra a SIDA	Rede Laboratório	Água e saneamento	Tuberculose	Doenças não-transmissíveis	TOTAL
Saúde pública		1		1		1	1	1	5
Epidemiologista	3								3
Biólogo					1				1
Microbiologista					1				1
Analista Clínico					1				1
Hematologista					1				1
Patologista Clínico					1				1
Ginecologista		1							1
Pediatra		1							1
Psiquiatra			1						1
Psicólogo			2						2
TOTAL	3	3	3	1	5	1	1	1	18

Fonte : Inquérito RHS, Outubro de 2004

- **Delegacias de Saúde**

Em relação às delegacias de saúde, a necessidade de um especialista em saúde pública por delegacia é claramente necessária. Assim, é considerado um posto suplementar para as delegacias com mais de 20.000 habitantes, enquanto que para as de menos de 20.000 habitantes, é crucial que os delegados de saúde tenham recebido uma formação em saúde pública. Em 6 D.S. será criado um posto de médico de saúde pública, a saber: Praia, S. Vicente, Ribeira Grande, S. Filipe, Santa Catarina e Porto Novo.

- **Serviços centrais do Ministério da Saúde**

É importante dispor de especialistas em saúde pública, ao nível do Ministério da Saúde, nomeadamente para reforçar as capacidades em planificação estratégica, financiamento da saúde e sistema de informação sanitária eficiente, criar um serviço

de inspecção e, ainda, reforçar as capacidades de monitorização e avaliação. As necessidades de outras especialistas foram também inventariadas, no quadro a seguir:

Quadro 7: Postos suplementares/formação para os serviços centrais

Serviços	Gabinete de Estudos e Planificação e Gabinete Ministro	Direção Geral da Saúde	Direção Geral Farmácia	CNDS	Inspecção Geral	Escola Profissional de Saúde	DG Recursos Humanos	TOTAL
Profissões								
Saúde pública		1		1	1			3
Gestores de base de dados	1						1	2
Técnico de Comunicação				2				2
Sociólogo				1				1
Jurista	1							1
Farmacêutico			1		1			2
Administração e Formação de Enfermagem						3		3
Economista de Saúde	1							1
Estatístico	2							2
Gestão de Recursos Humanos							1	1
Contabilista							1	1
Arquivista							1	1
TOTAL	5	1	1	4	2	3	4	20

Fonte : Inquérito RHS, Outubro de 2004

3.1.2.1 Reforço da dotação em pessoal nas instituições de periferia

A análise de situação pôs em evidência a fraqueza da dotação das diferentes instituições da periferia. Um reforço deste tipo de instituição tem por fim :

- . Melhoria da qualidade dos cuidados
- . Equidade no acesso aos cuidados
- . Descongestionamento dos hospitais centrais
- . Atendimento tão precoce quanto possível dos doentes
- . Diminuição das evacuações inter ilhas e para o estrangeiro

A fim de reforçar estas instituições, propõem-se objectivos, em termos de RHS para as instituições seguintes :

- Hospitais regionais
- Delegacias de saúde
- Centros de saúde
- Centros de saúde reprodutiva
- Postos de saúde
- Unidades sanitárias de base
- **Hospitais regionais**

Ao nível dos hospitais regionais, a discussão em curso das normas para a dotação em pessoal, a carta sanitária e os projectos de desenvolvimento do Ministério da Saúde, nomeadamente o da criação da Região Sanitária de Santiago Norte foram integrados para se determinarem os objectivos em termos de RHS. Uma estimativa global para as categorias profissionais principais é fornecida abaixo, com a recomendação de se realizar, oportunamente, uma análise das necessidades baseada no indicador da carga de trabalho.

Com base nos elementos recolhidos, sugere-se que cada hospital seja dotado do pessoal requerido para fornecer as prestações seguintes :

- Medicina interna
- Pediatria
- Ginecologia
- Cirurgia geral

Uma primeira estimativa do número de postos suplementares ao nível destas instituições ascende a **23 médicos, 31 enfermeiros e parteiras, 3 farmacêuticos, 4 técnicos de laboratório, 3 nutricionistas, entre outros.**

De maneira mais detalhada, apresentam-se as necessidades em postos suplementares na tabela abaixo:

Quadro 8: Postos suplementares nos hospitais regionais

Categorias profissionais	Santiago Norte	Ribeira Grande	S. Filipe
Saúde Pública	1	1	1
Clínico Geral	6	2	2
Pediatra	1	0	1
Ginecologista	1	1	1
Cirurgião	2	2	1
Anestesista	1	1	1
Enfermeiro instrumentista	1	1	1
Enfermeiro	15	4	4
Parteira	3	2	2
Farmacêutico	1	1	1
Psicólogo	0	0	1
Técnico de laboratório	1	2	1
Técnico de radiologia	1	1	1
Técnico de oftalmologia	1	1	1
Fisioterapeuta	1	1	1
Nutricionista	1	1	1
Administrador	1	0	1
Higiene e epidemiologia	1	1	1
Estatístico	1	1	1
Dentista	0	1	1
TOTAL	40	24	25

Fonte : Inquérito RHS, Outubro de 2004

De notar que o aumento do número de RHS ao nível dos hospitais regionais, em cerca de metade, se prende com a futura construção do hospital de Santiago Norte, projecto de colaboração com a cooperação luxemburguesa, e também pelo reforço das categorias de pessoal que são praticamente inexistentes.

- **Delegacias de Saúde**

Com base na Carta Sanitária e necessidades expressas pelos Delegados de Saúde, foram identificadas as seguintes necessidades para as estruturas dependentes das Delegacias de Saúde.

- **Centros de Saúde**

Cabo Verde conta com 22 centros de saúde. A carta sanitária estabelece que cada centro deveria ter as categorias do pessoal de saúde seguintes:

- Clínico geral
- Pediatra
- Enfermeiro
- Parteira
- Auxiliar de saúde da reprodução
- Técnico de farmácia
- Técnico de laboratório
- Psicólogo
- Técnico social
- **Centros de Saúde Reprodutiva (ver quadro acima, programas prioritários)**

Um reforço do pessoal de saúde ao nível dos centros de saúde da reprodução passa pelo afectação das seguintes categorias profissionais em cada um dos 5 centros de saúde da reprodução de Cabo Verde:

- Médico
- Ginecologista
- Pediatra
- Enfermeiro
- Auxiliar de saúde da reprodução
- Pessoal administrativo e de serviços gerais
- **Postos de saúde**

Ao nível do posto de saúde, são recomendados os seguintes perfis:

- Enfermeiro

- Agente sanitário
- Pessoal administrativo e de serviços gerais

Nesta base, recomenda-se avaliar as necessidades através de um inquérito da carga de trabalho.

- **Unidades Sanitárias de Base**

Esta unidade representa o último escalão da pirâmide sanitária de Cabo Verde. Para esta categoria, a função dos agentes de saúde é desenvolver actividades de promoção da saúde junto da população. No entanto, os agentes consagram uma larga parte do seu tempo a fazer curativos. Além disso, em termos de planificação sanitária, deve-se realçar que o incremento do seu número não depende do Ministério da Saúde mas das câmaras municipais. Recomenda-se que as normas previstas pela Carta Sanitária constituam a base destas estruturas e que a sua criação seja negociada pelo Ministério da Saúde e as câmaras municipais.

Considerando estes critérios, os resultados do inquérito aos Delegados de Saúde e o desenvolvimento dos centros de saúde conforme o plano das infra estruturas do Ministério da Saúde, uma primeira análise revelou a necessidade do número de postos suplementares ao nível das instituições a cargo das delegacias de saúde, entre outros, de: **23 clínicos gerais, 46 enfermeiros, 16 parteiras, 3 médicos de saúde pública, 6 pediatras, 2 gineco-obstetra, 8 psicólogos.**

Quadro 9: Postos suplementares/formação para as Delegacias de Saúde (com centros de saúde)

D.S.															
Profissões	Praia	São Domingos	Santa Cruz	São Miguel	Tarrafal	Maio	Brava	Mosteiros	Sal	Boavista	Porto Novo	Paúl	São Nicolau	São Vicente	TOTAL
Saúde pública	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
Clínicos gerais	5	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	23
Pediatra	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	6
Ginecologista	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
Enfermeiro	4	4	0	4	7	4	2	4	7	3	2	1	2	2	46
Parteira	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	16
Epidemiologista	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	6
Técnico Social	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Psicólogo	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	8
Técnico de Farmácia	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	3	7
Técnico de Laboratório	0	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	9
Técnico de Radiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fisioterapeuta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dentista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Nutricionista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Administrador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
TOTAL	15	12	5	8	16	8	5	10	13	8	8	5	5	12	130

Fonte : Inquérito RHS, Outubro de 2004

3.1.2.3 As especialidades médicas e de outros técnicos de saúde

A escolha das especialidades médicas é um elemento crucial para Cabo Verde. O País deve considerar três tipos de objectivos relativamente a esta problemática :

- Desenvolvimento de novas especialidades médicas e de outros técnicos.
- Substituição gradual dos médicos especialistas cooperantes por nacionais.
- Substituição dos especialistas nacionais que vão ser aposentados nos próximos dez anos.
- Reforço de especialidades existentes

- **Desenvolvimento de novas especialidades médicas**

Em consequência da inexistência de certas especialidades médicas no país, um elevado número de pacientes são evacuados todos os anos para o estrangeiro. Isso representa um peso importante para Cabo Verde, mas também para Portugal que assume uma grande parte dos custos. Vem havendo, de parte a parte, indícios de uma vontade para maior controle do número de doentes evacuados a fim de limitar o número desses e, conseqüentemente das despesas.

Face a esta situação, é importante examinar as implicações da escolha das especialidades a desenvolver. Com efeito, tratar pacientes do foro oncológico ou cuidar de certas patologias pesadas requer não só especialistas, mas também um conjunto importante de equipamentos e de pessoal altamente qualificado. A questão da viabilidade financeira de uma tal abordagem, nomeadamente em relação ao volume de pacientes, deve ser tomada em consideração.

Actualmente, estão em vias de se desenvolver actividades nos domínios das patologias oncológicas e hemodiálise. Contudo, ainda é demasiado cedo para dizer com certeza até onde deve desenvolver-se estas duas especialidades. A escolha das especialidades e a extensão da sua aplicação no país, devem constituir objecto de um estudo que deverá mostrar claramente todas as circunstâncias e todos os detalhes dessa decisão, nomeadamente, as áreas, o número, a duração e o custo da formação, bem assim o provável não retorno ao país dos formados no estrangeiro.

Além disso, este estudo deve inscrever-se no quadro da reflexão estratégica do desenvolvimento dos hospitais que é abordado na secção seguinte.

- **Redução da assistência técnica dos especialistas médicos**

Em algumas instituições de saúde, um certo número de serviços médicos depende em grande parte ou totalmente da assistência técnica internacional. Esta forte dependência pode levantar problemas a prazo, sobretudo se a ajuda internacional a favor de Cabo Verde diminuir. Uma solução a encarar é a substituição gradual desses especialistas por nacionais.

- **Substituição dos especialistas nacionais a serem aposentados nos próximos dez anos**

Em consequência da duração da formação dos médicos especialistas e do pequeno número de especialistas nacionais, é importante prever as saídas por aposentação com vista à sua substituição.

- **Reforço das especialidades existentes**

O reforço de especialidades existentes ocorrerá, também, nos hospitais centrais, que dependem em grande medida da assistência técnica. A título indicativo, as necessidades suplementares de profissionais de saúde são apontadas no quadro seguinte. A estimativa é retirada das previsões do Ministério da Saúde. Um incremento de 61 médicos e 83 outros técnicos e 20 médicos e 58 outros técnicos, respectivamente, para Praia e São Vicente.

Quadro 10 :Postos suplementares nos hospitais centrais (referência nacional)

Categorias profissionais	Praia	S. Vicente
Clínicos gerais	7	-13 *
Internista	2	1
Infecciologia	1	1
Neurologia	1	1
Hematologia	1	1
Pneumologia	1	0
Cirurgia	5	3
Neurocirurgia	1	1
Cirurgia cardio-vascular	1	1
Pediatria	5	3
Gineco-obstetra	6	3
Oncologia	1	1
Psiquiatria	6	2
Patologia Clínica	1	1
Anatomia-Patológica	1	2
Imagiologia Médica	2	3
Dermatologista	1	0
Ortopedia	4	1
Oftalmologia	2	2
Urologia	1	1
Neurologia	1	1
ORL	2	0
Cardiologista	2	1

Anestesista	6	2
Fisiatra	...	1
SUB-TOTAL	61	20
Farmacêutico	1	1
Técnico de Farmácia	6	4
Analista Clínico	2	2
Técnico de Radiologia	6	3
Técnico Anestesista/UTI	12	6
Técnico de laboratório	6	4
Técnico de anatomia-patológica	4	3
Técnico de radiologia	6	3
Parteira	6	4
Enfermeiro neo-natologia	4	2
Enfermeiro psiquiatria	4	3
Enfermeiro urologia	3	2
Enfermeiro ORL	3	2
Enfermeiro instrumentista	3	2
Enfermeiros	20	15
Fisioterapeuta	3	2
SUB-TOTAL	83	58
TOTAL	144	78

Fonte : Ministério da Saúde, previsões RHS e hospitais

* No momento, havia 13 clínicos gerais superior às necessidades.

3.1.2.4 Orientações estratégicas dos hospitais centrais

Os hospitais centrais ocupam um lugar cimeiro no Sistema Nacional de Saúde. Mais de metade dos médicos e enfermeiros trabalham nessas duas estabelecimentos. Sem dúvida que o facto de Cabo Verde ser um arquipélago explica, em grande parte, a importância dessas duas instituições de referência nacional. Contudo, num contexto de ampliação do hospital da Praia, do desenvolvimento previsto de especialidades médicas em Cabo Verde a fazerem-se necessariamente nos hospitais centrais, torna-se indispensável discutir acerca do quadro de desenvolvimento dos hospitais centrais. Uma reflexão deve ser iniciada sobre as orientações estratégicas do desenvolvimento desses hospitais. Tal estudo deverá proceder a uma análise do seu funcionamento e perspectivar um desenvolvimento complementar, tendo em conta o seu papel de referência nacional na prestação dos cuidados terciários à toda a população do país. A

partir dessa base, deverá integrar o debate sobre o desenvolvimento das especialidades médicas e examinar diferentes pistas possíveis para o desenvolvimento dos hospitais centrais.

3.1.2.5 Reforço da gestão dos RHS

Um outro objectivo importante refere-se à gestão dos RHS. O reforço da gestão dos RHS deve ser baseada, nomeadamente, nos elementos seguintes :

- Criação de novos postos de responsável dos RHS nos diferentes níveis da pirâmide sanitária
- Desenvolvimento de mecanismos de incentivos
- Formação de pessoas em gestão

Criação de novos postos para responsáveis de RHS nos diferentes níveis da pirâmide sanitária

Actualmente, no Ministério da Saúde não há pessoas suficientes, nem com formação específica, que se ocupem da gestão dos RHS.

Ao nível da Direcção Geral dos Recursos Humanos e Administração foi criado um posto de responsável dos RHS, mas continua sem provimento. Os dois hospitais centrais não têm o posto de responsável de RHS. Considerando o lugar que os RHS desempenham no SNS, o seu volume e o peso que representam no orçamento do Ministério da Saúde é recomendável em termos de eficácia e de pertinência que a gestão dos RHS seja reforçada e os serviços dotados de técnicos com formação específica. Por conseguinte, serão necessários dois novos postos de gestor dos RHS ao nível dos hospitais centrais e prover o posto ao nível do Ministério da Saúde. Nas delegacias de saúde, os administradores de saúde deverão ser reciclados/formados na matéria e enquadrados pelo gestor do nível central.

Quadro 11 : Pessoal suplementar/Posto a prover

Categoria profissional	Ministério da Saúde	Hospital Central Praia	Hospital Central S.Vicente
Responsável RH (posto a prover)	1		
Responsável RH (novo posto)		1	1

Desenvolvimento de mecanismos incentivadores

A política de gestão RHS, deve também promover o recurso a incentivos financeiros e não financeiros. Os planos de carreiras, nomeadamente a criação de uma carreira de saúde pública, os subsídios para certas ilhas isoladas e a formação contínua, representam políticas de RHS que podem contribuir para minimizar os problemas, tais como, as desigualdades de distribuição geográfica do pessoal, a rotação demasiado rápida dos profissionais de saúde, e a falta de interesse pelas funções e cargos de saúde pública. A questão de uma política que visa favorecer uma distribuição equitativa do pessoal de Saúde é urgente, pois durante o período 2003 – 2007, mais de 147 novos médicos cabo-verdianos regressam ao País. Este afluxo de médicos representa uma oportunidade para se poder equilibrar a distribuição de médicos através das ilhas.

Formação em gestão/saúde pública

A formação, particularmente, dos delegados de saúde e os responsáveis dos programas de saúde pública nas questões de gestão é igualmente importante. No quadro das suas funções, tratam das questões de planificação sanitária, seguimento de programas prioritários, vigilância epidemiológica, gestão da informação sanitária, monitorização e avaliação e, na sua maioria, não receberam essa formação. Esta formação poderá ser realizada por cursos de curta duração organizados no País, com assistência técnica de instituições especializadas em saúde pública, e por cursos de longa duração para especialistas.

3.2. EDUCAÇÃO, FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DOS RHS

A educação e a formação contínua são dois aspectos fundamentais do plano dos RHS. O aumento do número e da qualidade dos RHS passa, sem dúvida pela educação e formação contínua.

3.2.1. Educação /Formação inicial

Este capítulo da Educação focaliza-se sobre a formação de médicos, enfermeiros, parteiras e técnicos de saúde.

- **Médicos**

A formação dos médicos faz-se no estrangeiro, pois não existe nenhuma faculdade de Medicina no País. Os principais países onde vão os estudantes cabo-verdianos são Cuba, Portugal e Brasil. A presença de uma faculdade de Medicina em Cabo Verde, por enquanto, não parece uma solução realista em termos de investimentos e de custos para um país do tamanho de Cabo Verde.

Das necessidades futuras, a formação dos médicos especialistas deve ser uma prioridade importante a ser rapidamente abordada. Trata-se de implicar vários actores num programa de especializações, tais como o Ministério da Saúde, os governos e instituições médicas dos países de acolhimento, os parceiros e as agências da cooperação bilateral e multilateral.

Para se contrariar as projecções dos RHS que sugerem, no horizonte 2015, uma estagnação ou baixa do ratio médico/população, há a necessidade de aumentar o número anual de vagas em medicina e de se evitar a formação em cohortes.

Além disso, a necessidade de reforçar a formação em saúde pública sublinha o interesse de desenvolver cursos de curta duração neste domínio para os médicos.

- **Formação de enfermeiros e parteiras**

O actual sistema de formação dos enfermeiros por cohorte de três em três anos coloca problemas ao nível do mercado de trabalho e em consequência da forte variabilidade da oferta de trabalho ao longo dos anos. A substituição deste sistema por um sistema de promoção anual de estudantes é o mais adequado.

A formação das parteiras não existe ainda em Cabo Verde e esta categoria profissional conta com um escasso número. Tendo em conta o importante papel desempenhado

pelas parteiras na redução da morbilidade e da mortalidade infantil é fortemente recomendado desenvolver uma formação para parteiras no País.

- **Formação dos técnicos de saúde**

Pode-se distinguir entre os técnicos superiores, adjuntos, profissionais e auxiliares, sendo que existem várias categorias profissionais para cada um destes níveis.

A formação dos técnicos superiores e adjuntos feita no estrangeiro é da competência do Ministério da Educação, que faz a selecção e a atribuição das vagas nas Universidades. Deverá manter a atribuição anual de cerca de 20 vagas para a formação superior e de 10 para a formação média. Na Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, aberta em 2001, estão a decorrer cursos de licenciatura em ciências farmacêuticas, fisioterapia e análises clínicas.

A diversidade de perfis dos técnicos de saúde e a escassa informação de que se dispõe actualmente sublinham a importância de um estudo aprofundado quanto às necessidades futuras destas categorias profissionais e as escolhas a fazer quanto às formações a desenvolver em Cabo Verde.

- **Escola de profissionais de saúde**

No quadro da formação dos enfermeiros e dos técnicos de saúde, a lei sobre o quadro orgânico do Ministério da Saúde prevê a criação de uma escola de profissionais de saúde dependente do Ministro da Saúde. O desenvolvimento desta escola tem como finalidade assegurar uma formação de melhor qualidade ao pessoal que presta cuidados e responda melhor às necessidades do País.

As modalidades do seu funcionamento não se encontram ainda fixadas mas com base nas informações recolhidas, é importante que os seguintes elementos integrem o modo de funcionamento da escola :

- Instauração de um sistema de promoção anual dos cursos de enfermagem
- Oferta da formação inicial e especializada dos enfermeiros e técnicos da saúde
- Formação de parteiras

As modalidades de funcionamento da escola, a escolha dos cursos e das áreas de formação, as necessidades suplementares em formadores, em material, as possíveis obras a empreender ao nível das infra estruturas, assim como os custos de

investimento e de funcionamento devem ainda ser objecto de uma avaliação mais aprofundada no quadro deste plano estratégico dos RHS.

3.2.2. Formação contínua

O reforço da formação contínua é um elemento chave para a qualidade dos RHS.

A análise de situação mostrou que apesar do vasto leque da oferta de formação contínua aos profissionais de saúde constata-se que: (1) há domínios ainda não suficientemente cobertos (2), há longos períodos durante os quais nenhuma formação é proposta (3) as formações não são repetidas e, sobretudo, (4) há uma insuficiente coordenação, planificação, seguimento e avaliação das acções.

À luz destes elementos, sugere-se reforçar o papel da formação contínua da maneira seguinte :

- Aumentar o número de formações propostas, por exemplo, em gestão ou saúde pública.
- Ter formações espaçadas de maneira regular no tempo
- Propor a mesma formação com intervalos regulares

A centralização das informações e do material utilizado por este tipo de formações é fundamental para conservar a memória institucional. É certo que a escola dos profissionais de saúde poderá desempenhar um papel importante a esse nível.

A formação contínua abre também possibilidades de cooperação com a diáspora de Cabo Verde e poderá permitir a utilização das competências dos compatriotas no exterior e reforçar os laços com o País. De maneira geral, um estudo sobre as necessidades de formação poderá ser desenvolvido em colaboração com a Ordem dos Médicos, Associação dos Enfermeiros e Associação dos Farmacêuticos, entre outros.

O papel dos parceiros do desenvolvimento na promoção da formação contínua é importante, tanto na oferta das formações a nível regional como na realização de acções no País.

3.3. PESQUISA E DESENVOLVIMENTO NO DOMÍNIO DOS RHS

- **Desenvolvimento do sistema de informação dos RHS** : a disponibilidade de informações fiáveis e pertinentes sobre os recursos humanos torna-se cada vez mais indispensável ao nível do Ministério da Saúde, para a gestão e planificação. Alguns esforços estão em curso, por exemplo, a criação de uma base de dados. Para a execução, seguimento e avaliação do Plano dos RHS, haverá necessidade de um sistema de informação eficiente e coordenado. Este sistema deverá ser posto em funcionamento desde o primeiro ano do plano.
- **Aplicação do método para a estimativa das necessidades em pessoal baseado no indicador da carga de trabalho** : foi desenvolvido pela OMS com o apoio de alguns países que já experimentaram o método e estabeleceram normas para as necessidades de diferentes categorias de pessoal de Saúde. A elaboração do presente plano estratégico de desenvolvimento dos recursos humanos de saúde confrontou-se com a inexistência de normas de pessoal que permitissem uma projecção mais efectiva das necessidades. Torna-se necessário a aplicação do método para o cálculo das necessidades em pessoal, baseado no indicador da carga de trabalho, prioritariamente, nos hospitais e para as categorias profissionais mais significativas.

CAPÍTULO IV. CUSTO E FINANCIAMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO RHS

4.1 CUSTO E FINANCIAMENTO

4.1.1 Situação actual

De acordo com as contas do Ministério da Saúde, as despesas de pessoal ascenderam em 2003 a 1.185 milhões de escudos cabo-verdianos (ECV) e a previsão para 2004 era de 1.348 milhões. Com base neste montante e o número de pessoas remuneradas pelo Ministério da Saúde, pôde ser estimado um salário médio. A rubrica « outras despesas » contempla principalmente as despesas relacionadas às evacuações dos funcionários e despesas com a assistência técnica internacional.

Quadro 12 : Previsão das despesas com o pessoal, Ministério da Saúde, 2004

Categorias profissionais	Despesa total de funcionamento	Número	Salário de base anual
Médicos	350.199.600	246	1.218.000
Enfermeiros	417.003.150	400	761.250
Outros Profissionais	32.886.000	36	913.500
Técnicos superiores	52.069.500	57	913.500
Técnicos profissionais	64.554.000	106	609.000
Pessoal administrativo	190.820.000	752	253.750
Agentes sanitários	22.228.500	146	152.250
Outras despesas	218.974.904		
TOTAL	1.348.735.654	1.743	

4.1.2 Projecção dos custos futuros

Para a projecção dos custos futuros, apresenta-se dois cenários. No primeiro cenário, estima-se que o custo seguirá a evolução actual, enquanto que no segundo, considera-se os custos implicados na realização dos diferentes objectivos que foram anteriormente estabelecidos.

A evolução actual das despesas baseou-se no quadro acima.

De acordo com o segundo cenário, um resumo por ano das despesas de pessoal (salários e outras remunerações) e da formação indica um aumento destas despesas de

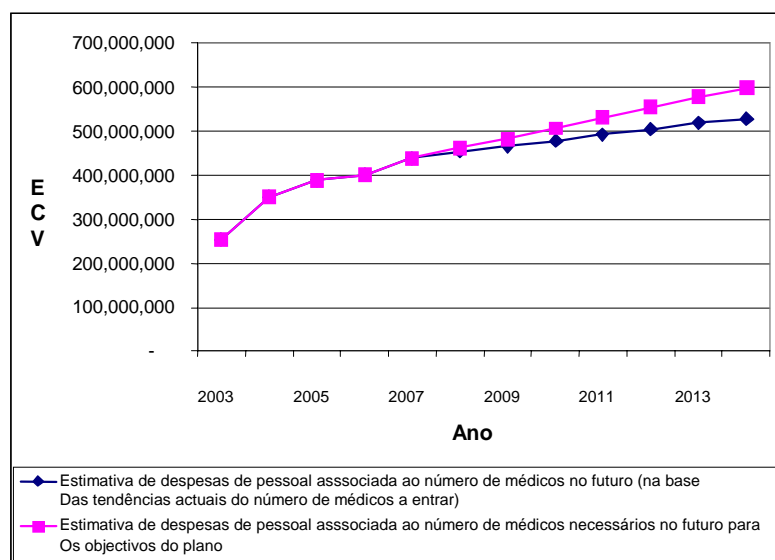
1,5 bilião ECV em 2005 para 2,1 biliões ECV em 2014 (pormenores figuram no anexo 4). As estimativas contemplam o seguinte:

Despesas com os salários e outras remunerações, com os seguintes pressupostos:

- Evolução do número de RHS (cf. Gráfico 14 : Projecção de nº de médicos, enfermeiros, técnicos, página 35).
- Crescimento nominal anual de 1.5 % dos salários.
- Assunção da introdução dos novos modos de cálculo para as chamadas e as urgências.
- Introdução de um subsídio para os médicos e enfermeiros na periferia (as ilhas de Santiago, Sal e S. Vicente não estão incluídas). O projecto de lei para este tipo de subsídio está em discussão e prevê um subsídio equivalente a 30-40 % do salário. No quadro destas projecções, considerou-se um subsídio de 30 %. Admitiu-se também que este subsídio permitiria duplicar o pessoal nas zonas periféricas.
- Introdução de um subsídio visando incentivar as pessoas a trabalhar na saúde pública. O projecto de lei relativo a este subsídio está também em discussão. O subsídio previsto é de 20% do salário. Para as projecções, considerou-se que 20 médicos e 30 enfermeiros poderão beneficiar deste subsídio.

De acordo com as hipóteses retidas, as despesas para salários dos médicos passarão de 254 milhões ECV em 2003, para 388 milhões EVC em 2005 e para 527 milhões em 2014, ou seja um aumento de mais de 100%, entre 2003 e 2014. Tal se deve principalmente ao forte aumento do número de médicos. Para os enfermeiros, as despesas com salários passarão de um montante de 367 milhões ECV em 2003, para 500 milhões ECV em 2005 e atingirão 797 milhões ECV em 2014, ou seja um aumento de mais de 100 % entre 2003 e 2014.

Figura 14 : Evolução das despesas de pessoal

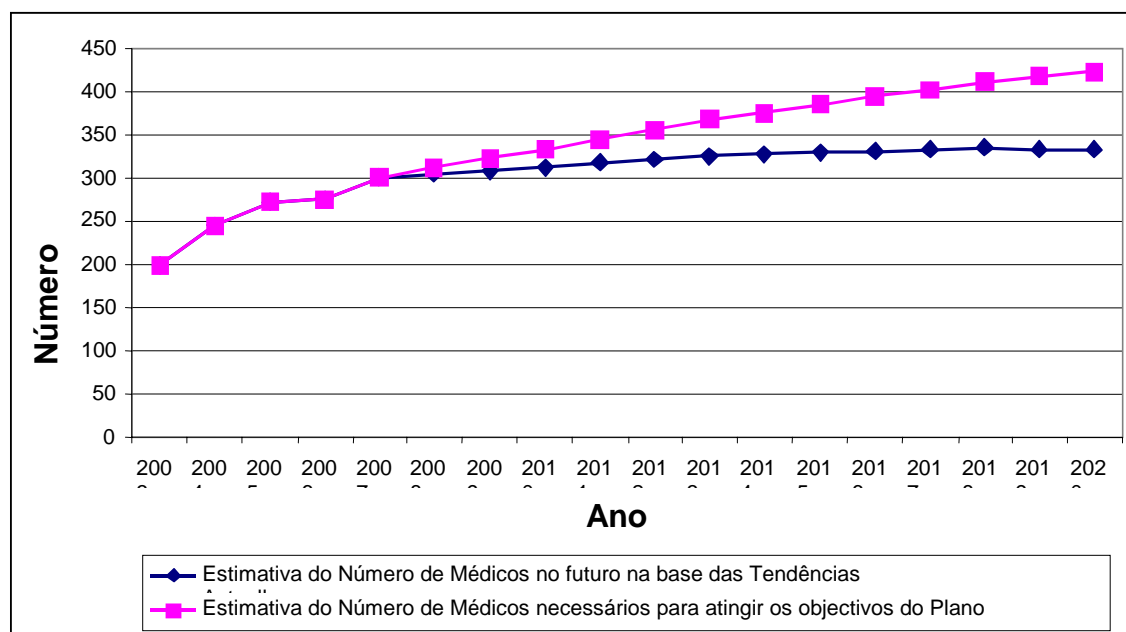


– **Demanda suplementar do pessoal de saúde:**

Categorias	Pessoal suplementar
Médicos (sendo 120 especialistas)	152
Enfermeiros e parteiras	186
Técnicos Superiores (incluindo 15 especialistas)	47
Técnicos Adjuntos e Profissionais	112

Verifica-se que, para atingir os objectivos deste plano RHS, o aumento do número de médicos de 152 daqui ao ano de 2014, não poderá ser alcançado na base da média de novos médicos formados (actualmente, de cerca de 8 por ano), como ilustra o gráfico seguinte:

Figura 15 : Evolução do número dos médicos



A situação é diferente para os enfermeiros, uma vez que as projecções indicam que as necessidades futuras em enfermeiros (cerca de 186 daqui a 2014 poderá ser alcançado, mantendo a média de 30 enfermeiros formados por ano).

– **Custos das especializações:**

Baseou-se no montante da bolsa que a OMS atribui e considerou-se a formação dos médicos especialistas, médicos em saúde pública e técnicos, ou seja:

- 120 especialistas para as necessidades futuras dos hospitais centrais, regionais e centros de saúde
- 48 especialistas para substituir os assistentes técnicos internacionais
- 10 especialistas para substituir os nacionais que se vão reformar daqui até 2014.

Ao todo, isso representa **178** especialistas que podem ser formados de acordo com o esquema seguinte: envio de **6** grupos de **37** médicos ao estrangeiro para se formarem, com uma duração média de 4 anos por especialidade e uma taxa de retorno ao País de 80 %. Tal significa que **222** especialistas devem ser enviados ao estrangeiro para que **178** regressem a Cabo Verde. O montante total é estimado em 1,5 biliões de ECV. Os pormenores destes cálculos são apresentados no Anexo 1.

– **Formação inicial de 40 a 50 técnicos superiores até 2014:**

Sendo **17 a 20** para substituir os que vão para a aposentação, será programada com o Ministério da Educação, responsável por este ramo de formação.

– **Formação especializada de cerca de 15 técnicos de Saúde até 2014:**

Põe-se a hipótese de uma duração média de 2 anos de formação e uma taxa de retorno de 80 %. Isso significa que é preciso enviar 20 ao estrangeiro (para que 15 regressem) em 4 grupos de 5 pessoas. O montante total é estimado em 72 milhões ECV. O pormenor destes cálculos está apresentado no anexo 2.

– **Custo da criação da escola de profissionais de saúde (a desenvolver estudo de viabilidade)**

Os enfermeiros gerais e especialistas, as parteiras e os técnicos adjuntos e profissionais serão formados na escola de profissionais de saúde, sem prejuízo, da continuação da concessão de 10 a 15 bolsas de estudos por ano, no quadro da cooperação bilateral. Os custos relativos à escola de profissionais de saúde serão estimados num estudo de viabilidade a ser realizado no quadro da implementação do presente plano estratégico.

– **Custos da formação contínua**

Não é possível, actualmente estimar os custos da formação contínua por falta de informação compilada. A título de exemplo, tendo em conta a participação de quadros da Saúde em seminários, cursos e reuniões no exterior, financiada pela OMS, foram gastos cerca de 60.000 dólares em 2004.

A título indicativo, poderia ser apontada uma previsão de 150.000 dólares por ano, para formação contínua no País e no exterior.

A título recapitulativo, a estimativa geral da demanda suplementar de RHS, para o período 2005-2014, é apresentada na tabela abaixo. Este quadro será completado pelo pessoal administrativo.

Quadro 13: Necessidades globais de RHS

Categorias Profissionais	Número	Instituições
Saúde Pública	17	DS, Ministério da Saúde, Programas prioritários
Médicos	31	Centros de Saúde
Enfermeiros/parteiras	62	Centros de Saúde e Postos de Saúde
Técnicos superiores	8	Centros de Saúde
Técnicos adjuntos/profissionais	27	Centros de Saúde
Médicos	20	Hospitais regionais
Enfermeiros/parteiras	36	Hospitais regionais
Técnicos superiores	9	Hospitais regionais
Técnicos adjuntos/profiss.	27	Hospitais regionais
Médicos	81	Hospitais centrais
Enfermeiros/parteiras	88	Hospitais centrais
Técnicos superiores	6	Hospitais centrais
Técnicos adjuntos/profiss	50	Hospitais centrais
Médicos	3	Programas prioritários
Epidemiologista	3	Programas prioritários
Técnicos superiores	7	Programas prioritários
Especialista em recursos humanos	3	Ministério da Saúde e HC
Técnicos superiores	9	Ministério da Saúde
Técnicos adjuntos/profiss	8	Ministério da Saúde

CAPÍTULO V. EXECUÇÃO DO PLANO

5.1. MODALIDADES DE EXECUÇÃO

O Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2005 – 2014 será executado sob a responsabilidade e coordenação do Ministério da Saúde. Ao nível sectorial o Gabinete de Estudos, Planificação e Cooperação (GEPC) será encarregado da mobilização dos recursos, da realização dos estudos identificados, da elaboração dos planos operacionais anuais (bi-anuais), do sistema de informação, bem assim do seguimento e avaliação do Plano.

A Direcção Geral dos Recursos Humanos e Administração (DGRHA) coordenará a execução do plano, a previsão e execução do orçamento anual e o funcionamento da base de dados do pessoal. O GEPC e a DGRHA articular-se-ão, nomeadamente, com as Direcções Gerais da Saúde e de Farmácia, os hospitais centrais e as delegacias de saúde, acerca da execução do plano.

O Ministério das Finanças e do Plano, o Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos, o Ministério da Administração Pública, a Direcção Geral da Cooperação Internacional, as autarquias locais e as associações profissionais serão os parceiros nacionais privilegiados.

Os parceiros do desenvolvimento de Cabo Verde deverão mobilizar-se e coordenar com o Ministério da Saúde para apoiar a execução, o seguimento e a avaliação do Plano.

5.2. MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

O Gabinete de Estudos, Planificação e Cooperação (GEPC) do Ministério da Saúde será responsável pelo seguimento e avaliação do plano, em coordenação com todos os serviços do Ministério.

O Gabinete de Estudos e Planificação do Ministério da Educação e Valorização dos Recursos Humanos deverá colaborar no seguimento da formação inicial sob a responsabilidade da Educação.

5.3. ANÁLISE DAS FORÇAS, FRAQUEZAS, OPORTUNIDADES E AMEAÇAS «SWOT »

A análise “SWOT” foi feita durante o atelier de validação do Plano Estratégico dos Recursos Humanos de Saúde e durante o exercício os participantes consensualizaram-se sobre a capitalização das forças e oportunidades e a minimização das fraquezas com vista à redução das ameaças à implementação com sucesso do presente plano.

FORÇAS:

- Boa governação
- Estabilidade política e económica
- Vontade política
- Capacidade de atracção dos investimentos externos
- Despesas públicas com a saúde representam uma percentagem importante do Orçamento do Estado (11%)
- População jovem e com bom nível de escolarização
- Diáspora diversificada e com competências técnicas
- Bons indicadores de saúde
- Disponibilidade dos parceiros em apoiar o país

FRAQUEZAS:

- Fraca cobertura do sistema de seguro-saúde (30%)
- Peso crescente do sector hospitalar
- Fraca cobertura dos serviços especializados ao nível do secundário
- Fraca capacidade das delegacias de saúde em planificação, monitorização e avaliação
- Fraca capacidade nacional em formação dos RHS
- Limitação das informações factuais para o desenvolvimento dos RHS
- Insuficiência da regulamentação do sector privado

- Forte dependência da assistência técnica internacional, com relação à prestação dos cuidados especializados

OPORTUNIDADES:

- Existência de um Plano Nacional de Desenvolvimento
- Existência de uma Estratégia de Crescimento e Luta contra a Pobreza
- Capital humano mobilizável para os desafios do desenvolvimento
- Autonomia da gestão dos hospitais
- Presença de numerosos parceiros engajados em apoiar o país
- Descentralização em curso
- Existência de carreiras médicas e de enfermagem

AMEAÇAS:

- Fluxo aos serviços pouco racional devido à não regulamentação da complementaridade entre os sectores público e privado
- Risco de aumento das despesas com as evacuações sanitárias
- Risco de perda de ganhos com a saúde se não houver a devida valorização da saúde pública
- Risco de aumento das despesas de saúde se não houver uma melhor cobertura social dos doentes vulneráveis
- Manutenção da dependência da assistência técnica internacional dos especialistas.

CONCLUSÃO

As conclusões do Plano Estratégico dos RHS foram emanadas do atelier de validação do mesmo, com participantes do Ministério da Saúde e de outros departamentos do Estado, tais como, Educação, Finanças e Planeamento, da Administração Pública, do IEFP, da Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, da Associação de Enfermeiros, da Associação de Farmacêuticos, Representantes de parceiros internacionais (OMS, UNFPA, PNUD, UNICEF, Cooperação Luxemburguesa). Incidiram-se em quatro áreas, nomeadamente:

1. **Reforço da Saúde Pública** - considerou-se que as previsões das necessidades devem contemplar as possíveis perdas e que é urgente dotar os serviços do Ministério da Saúde nos diferentes níveis, de quadros com formação em Saúde Pública. Foram propostas mais alguns postos suplementares, não contemplados no Plano, a saber:
 - Um especialista em Saúde Pública para o Programa de Saúde Mental.
 - Um Engenheiro Sanitário para o Programa Água e Saneamento
 - Um Entomologista para o Programa de Luta contra o Paludismo
 - Um especialista de Saúde Pública para o GEPC e outro para a Escola de Profissionais de Saúde
 - Um especialista de Saúde Pública para a Delegacia de Saúde da ilha do Sal, tendo em conta o desenvolvimento socio-económico da ilha e as exigências do turismo
 - Um posto de Enfermeiro de Saúde Pública para cada Delegacia de Saúde

- Formação de curta duração em Saúde Pública para os Enfermeiros dos Postos Sanitários

Para responder às necessidades de formação em Saúde Pública recomendou-se o seguinte:

Considera-se pertinente e urgente formação de curta duração em Saúde Pública, no país, para quadros superiores.

- Necessário um curso Saúde Pública para enfermeiros que poderá ser integrado, como um módulo, na formação de base.
- Necessidade de planificação de formação especializada em Saúde Pública a partir do próximo ano.

Ainda no âmbito do reforço da Saúde Pública considerou-se urgente a criação e implementação de uma carreira específica que seja atractiva para os profissionais de saúde. Os incentivos poderão ser de ordem financeira e contemplar também facilidades de formação e evolução na carreira. Foi sugerida a revisão das carreiras médica e de enfermagem no sentido de uma carreira geral de 2 a 3 anos que depois dividir-se-á em carreira hospitalar e carreira de saúde pública com correspondente definição de perfis.

2. Orientações para as especialidades médicas e de outros técnicos de saúde -

A introdução de novas especialidades deve ter em consideração não só a formação mas também a tecnologia e equipa técnica requeridas pelo que a questão de viabilidade técnica e financeira deverá ser sublinhada.

- A complementaridade entre as estruturas e entre os diferentes níveis deverá ser tomado sempre em linha de conta com vista a uma maior rentabilização dos especialistas disponíveis.
- A substituição de médicos cooperantes especialistas por médicos nacionais deverá ser progressiva tendo em conta o tempo exigido quer para se formar novos especialistas quer para a respectiva integração
- Considerou-se necessário acrescentar alguns postos suplementares de especialistas não contemplados no Plano:

- Um técnico de anestesia e oftalmologista para cada um dos hospitais regionais e um radiologista para a Região Sanitária Santiago Norte.
- Três dos dez psiquiatras previstos para os hospitais centrais sejam afectados aos hospitais regionais, tendo em conta o conceito de integração da saúde mental nos cuidados primários de saúde e o perfil epidemiológico do País.
- Um pediatra em todos os Centros de Saúde de maior dimensão.
- Formação em medicina legal de dois médicos para as Delegacias de Saúde de S. Vicente e Praia.

3. **Formação Local em Saúde** - abordou a formação inicial e especializada, a formação de formadores e a formação contínua, tendo sido recomendado:

- A formação inicial, na actual fase de desenvolvimento do País deverá estar sob a responsabilidade de um organismo vocacionado para o ensino e integrado no Sistema Nacional de Educação. O Ministério da Saúde participará na elaboração de conteúdos e facultando expertise e poderá beneficiar com carácter preferencial de técnicos cuja formação propôs. Tal diminuirá o compromisso de colocação de novos formando.
- O Plano de Recursos Humanos de Saúde, não deve limitar-se às necessidades do Ministério da Saúde, mas deve ser mais abrangente, considerando a interdisciplinaridade e a múltipla empregabilidade dos Recursos Humanos de Saúde em vários organismos.
- A docência deve ser prevista e estimulada no desenvolvimento das carreiras de profissionais de saúde, o que beneficiará o Ministério da Saúde e os organismos do ensino.
- A formação de formadores, com componentes técnica e pedagógica, devera submeter-se a acção de organismos da educação, nacionais e estrangeiros.
- A formação contínua deve ser uma exigência para a qual os serviços de saúde devem organizar-se, com objectivos claramente definidos, devendo a gestão de recursos humanos tê-la em conta na avaliação de desempenho.

Com relação ao perfil das instituições de formação concluiu-se que é de se evitar a criação de escolas ou institutos de formação dissociados do sistema de educação, devendo-se trabalhar em estatutos e regulamentos que digam respeito à especificidade de formação na área da saúde.

ANEXOS

Annexe 1:

Duração e número de médicos enviados ao estrangeiro para formação especializada

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de estudantes	37	→		30						
Número de estudantes		37	→		30					
Número de estudantes			37	→		30				
Número de estudantes				37	→		30			
Número de estudantes					37	→		30		
Número de estudantes						37	→		30	

Montante das bolsas para os médicos enviados ao estrangeiro para formação especializada

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de estudantes	37	37	37	37						
Número de estudantes		37	37	37	37					
Número de estudantes			37	37	37	37				
Número de estudantes				37	37	37	37			
Número de estudantes					37	37	37	37		
Número de estudantes						37	37	37	37	
Núm. total de estudantes	37	74	111	148	148	148	111	74	37	
Custo total ECV	58,608,00	117,216,00	175,824,00	234,432,00	234,432,00	234,432,00	175,824,00	117,216,00	58,608,00	

Anexo 2:

Duração e número de técnicos enviados ao estrangeiro para formação

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de estudantes	5	4								
Número de estudantes		5	4							
Número de estudantes			5	4						
Número de estudantes				5	4					
						4				

Montante das bolsas para os técnicos enviados ao estrangeiro para formação

Ano	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de estudantes	5	4								
Número de estudantes		5	4							
Número de estudantes			5	4						
Número de estudantes				5	4					
Número de estudantes					5	4				
Número de estudantes										
Núm. total de estudantes	5	9	9	9	9	4	0	0	0	
Custo total: ECV	7,920,00	14,256,00	14,256,00	14,256,00	14,256,00	6,336,00	-	-	-	71,280,00

Anexo 4: Recapitulativo das despesas de pessoal e formação

Categoria	Ano:	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Despesas com pessoal		1,473,574,496	1,507,394,755	1,569,308,465	1,685,220,596	1,729,951,940	1,775,273,723	1,895,907,852	1,942,438,453	1,987,963,677	2,109,362,378
Formação Médicos											
Especialistas		58,608,000	117,216,000	175,824,000	234,432,000	234,432,000	234,432,000	175,824,000	117,216,000	58,608,000	
Formação Técnicos											
Especialistas		7,920,000	14,256,000	14,256,000	14,256,000	14,256,000	6,336,000				
Formação Saúde Pública											
Formação Contínua											
Total		1,540,104,501	1,638,868,761	1,759,390,472	1,933,910,604	1,978,641,949	2,016,043,733	2,071,733,863	2,059,656,465	2,046,573,690	2,109,364,392
Formação inicial (Ministério da Educação)											
Escola Politécnica (Criação e funcionamento)											

REFERÊNCIAS

1. Boletim Oficial da República de Cabo Verde, 7 de Novembro de 1995, Decreto Lei 148/IV/95, 149/IV/95 e Decreto Regulamentar nº24/97
2. Direcção Geral do Planeamento, Plano Nacional de Desenvolvimento, Volume II 2002-2005
3. Documento de Projecto/Região Sanitária Santiago Norte
4. Grupo de Trabalho sobre a Implementação das Carreiras Médicas e de Enfermagem, Relatório, Praia 2003
5. Ministère de la Santé/Etude Sur le financement des Services de Santé, Philippe Vinard, octobre 2002
6. Ministère de la Santé/Nouvelle Structure de Santé Sur L'Ile de Sal, Etude de Faisabilité, octobre 2003
7. Ministère des Finances et du Plan Ministère de la Santé/Revue des Dépenses Publiques Du Secteur Santé, juin 2002
8. Ministério da Saúde/Gabinete de Estudos e Planeamento/Análise da Situação dos Recursos Humanos da Saúde, Setembro 2004-10-05
9. Ministério da Saúde/Plano Estratégico de Atenção Primária, Saúde Urbana para a Cidade da Praia, Volume II
10. Ministério da Saúde/Plano Estratégico do Hospital Agostinho Neto, Saúde Urbana para a Cidade da Praia
11. Ministério de Saúde/Gabinete de Estudos e Planeamento, Carta Sanitária de Cabo Verde, volume II, Praia 1999
12. World Health Organization/Guidelines For Human Resources For Health Policy And Development At Country Level, Brazzaville 2004

13. Lei Orgânica do Ministério da Saúde
 14. Recenseamento Geral da População e Habitação, 2000, INE
 15. Weekly Epidemiological Record. No. 50. 13 Décembre 2002
 16. Portugal's contribution to the brain drain from Portuguese speaking African countries, Margarida Carrolo & Paulo Ferrinho, Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta (AGO) & Ministry of Health, Portugal
-