



PRÓ- **SAÚDE**

Distribuição nacional e gratuita

Revista de Saúde da Região Sanitária Santiago Norte - Nº 2 - Fev. 2012



**... e o compromisso com
as pessoas continua!**



Propriedade

A Revista Pró-Saúde é uma revista da Região Sanitária Santiago Norte que tem por finalidade divulgar a RSSN e a produção de artigos, opiniões e conhecimentos das diferentes áreas do saber sobre práticas de saúde. Destina-se à comunidade de profissionais de saúde, pesquisadores em saúde e em áreas sociais afins e à sociedade em geral.

Director da RSSN

Dr. Tomas A. De Só Valdez

Director Executivo

Dr. João Baptista Semedo

Editores Associados

Dr. Mário Luís Tavares Mendes

Dr. Cecílio Tavares

Dr. Tomas de Só Valdez

Osvaldina Brito, Jornalista

Domingos Cardoso, Jornalista

Secretária

Sueli Alves Vaz

Consultores

Dra. Carla Duarte, Cirurgiã-Dentista

Dra. Conceição Carvalho, Pediatra, MS,

Dr. Dario Dantas dos Reis, Cardiologista

Dr. Ernesto Rocha, Ginecologista-Obstetra, HBS

Dr. Helder Tavares, Nefrologista, HAN

Design Gráfico

JD Editorial

Tel.: 992 52 70

Impressão

Tipografia Santos

Tiragem

500 exemplares

Autorização Ministerial de 12/05/2011

Correspondências

Gabinete Técnico da RSSN

Achada Falcão, Santa Catarina,

Ilha de Santiago - Cabo Verde - CP 62

Assinaturas e Publicidades

Pedidos de informações sobre assinaturas

e publicidades podem ser obtidos por:

Tel: 00 238 – 265 50 57/58 ; Fax: 00238 – 265 54 35

e-mail: semedojo@hotmail.com

Sumário

4-15

Mesa Redonda

Balanço de Implementação da RSSN

22-24

Entrevista

Ministra Adjunta e da Saúde Cristina Fontes

"A RSSN está programada com sustentabilidade"

52-53

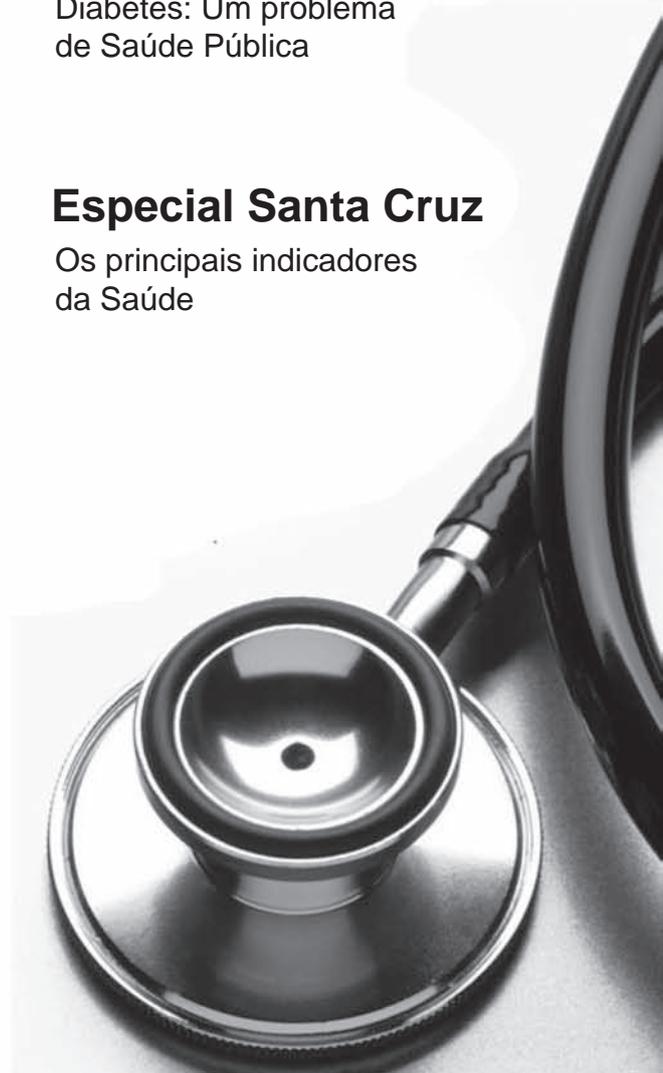
Consultório

Diabetes: Um problema de Saúde Pública

54-59

Especial Santa Cruz

Os principais indicadores da Saúde



Editorial



Dr. TOMÁS DE SÓ VALDEZ
Director da RSSN

Caro leitor,

Nos dias 25 e 26 de Outubro de 2011 realizou-se na Cidade da Assomada a primeira Mesa Redonda sobre o balanço da implementação da Região Sanitária Santiago Norte. Foi um marco importante no processo de consolidação da região sanitária, pois constituiu uma oportunidade para a prestação de contas sobre o que foram os ganhos e as dificuldades no decurso deste processo de implementação. Dos compromissos assumidos inicialmente para a implementação da RSSN, traduzidos em actividades (54) em forma de projecto, incluindo desde construções de infra-estruturas de saúde (Hospital Regional, Centros de Saúde e Postos Sanitários), até a formação especializada e acções de formação contínua, equipamentos e de um novo ordenamento jurídico funcional, foram na sua essência materializados ao longo destes últimos 6 anos. Os ganhos directos incluem ainda a afectação de profissionais de saúde de diversas categorias e que se traduziram na melhoria, a curto e médio prazo, de alguns indicadores de saúde particularmente no domínio da protecção da saúde infantil, na proximidade de cuidados diferenciados à população e numa gama diversificada de oferta de cuidados de saúde. A longo prazo, os impactos desta implementação continuarão a ser importantes nestes e noutros domínios.

Entretanto, o evento não se limitou aos balanços das acções mas também projectou o futuro com a apresentação do Plano Regional de Desenvolvimento Sanitário da RSSN para o horizonte 2012-2016. Esperamos que com a sua implementação, a RSSN continue a desenvolver-se assumindo desafios ainda mais ambiciosos, e no fim da sua execução, proporcionar a oportunidade da realização da segunda Mesa Redonda da RSSN.

Nesta Mesa Redonda participaram mais de uma centena de representantes de várias instituições com interesse na área da saúde, as organizações não governamentais, os parceiros de desenvolvimento de Cabo Verde, o poder local, os responsáveis da saúde a nível dos municípios de Santiago e das ilhas de Santo Antão, São Vicente, Fogo e Brava, os responsáveis nacionais da saúde e outros ilustres convidados. A importância política do evento foi testemunhada pela abertura dos trabalhos, presidida pela Sr^a Ministra Adjunta e da Saúde e o encerramento por Sua Excia o Sr Presidente da Assembleia Nacional.

Este 2º número da *Pró-Saúde* é uma edição especial comemorativa deste evento que constitui um marco para o sector da saúde no país. Esta edição traz entrevistas concedidas pela Ministra da Saúde e pelo Representante da Lux-Development e ainda um artigo de opinião do Presidente da Câmara Municipal de Santa Catarina de Santiago. Todos são unânimes na constatação dos impactos positivos evidentes que este projecto teve e está tendo na vida das populações da região norte da ilha de Santiago. Traz também num artigo, uma visão anterior à implementação da RSSN, que recupera as narrações de futuro apresentadas por aqueles que formularam, participaram e executaram este empreendimento organizacional.

E Santiago Norte, que está de parabéns, partilha este momento com todos aqueles que estiveram implicados na materialização deste projecto - os que ainda permanecem e os que hoje, não estando presentes, se orgulham pela obra feita.

Tenha uma boa leitura e redescubra esta região que também é sua!

Especial Mesa Redonda



Uma **saúde**
de fato e gravata



Foram dois dias de intenso trabalho, que reuniram médicos, técnicos de saúde e entidades do mundo político

Assim iniciava a Ministra-Adjunta e da Saúde, Dr^a Cristina Fontes Lima, o seu discurso no acto de abertura da mesa redonda sobre a Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), que aconteceu na cidade da Assomada nos dias 25 e 26 de Outubro 2011, para quem os ganhos com a institucionalização da região já são visíveis, mas falta ainda muito trabalho pela frente.

A componente formação e a criação de condições materiais e logísticas para responder à demanda dos seis municípios que compõem a região, são desafios reais e que convocam à reflexão de todos, pois pretende-se uma saúde ao serviço da comunidade e com uma capacidade de resposta à altura da dinâmica do desenvolvimento que o país anda a construir e todos nós almejamos, frisou.

Foram dois dias de intenso trabalho, que reuniram médicos, técnicos de saúde e entidades do mundo político, e que contou com a honrosa presença do antigo Ministro do Estado e da Saúde, Dr. Basílio Mosso Ramos, hoje Presidente da Assembleia Nacional, que presidiu o acto de encerramento da Mesa Redonda.

O mote era fazer um balanço da implementação da região, colhendo subsídios para os desafios futuros da RSSN e estudar a oportunidade de criação de mais regiões sanitárias do país.

O encontro foi muito participativo, e enquadra-se no âmbito do encerramento do projecto CVE/056 de cooperação entre o Governo de Cabo Verde e o Grão-Ducado de Luxemburgo, tendo o Ministério da Saúde através da Direcção da Região Sanitária Santiago Norte, realizado esta Mesa Redonda, em que o tema era "Balanço da implementação da RSSN".

Participaram na Mesa Redonda: Técnicos da região, dos serviços centrais e de outros municípios do país pertencentes ao sector da saúde, outras instituições do governo, as ONG's e as associações comunitárias com alguma intervenção nesta área;



A intersectorialidade, o trabalho direccionado aos determinantes da saúde e o compromisso de se manter na linha de acção defendida na Política Nacional de Saúde foram também aspectos realçados.



Presidentes de Câmaras Municipais de Santiago Norte, vereadores e Presidentes de Assembleias Municipais;

Parceiros internacionais: Organização Mundial da Saúde, Escritório Comum das Nações Unidas, Cooperação Luxemburguesa e Cooperação Cubana.

25/10/2011

I - Abertura

A cerimónia de abertura da Mesa Redonda foi presidida pela Ministra-Adjunta e da Saúde, Dr.^a Cristina Fontes Lima cuja alocução foi precedida pelo discurso de boas vindas proferido pelo Director da RSSN, Dr. Tomás de Só Valdez e pelas mensagens do Eng^o Francisco Tavares,

Presidente da Câmara Municipal de S. Catarina e em representação da Cooperação Luxemburguesa pela Sr.^a Celeste Monteiro.

A Ministra da Saúde destacou os avanços do sector no país assim como a necessidade de um salto qualitativo com recurso a novos modelos de intervenção que melhor se adequem aos desafios actuais. A intersectorialidade, o trabalho direccionado aos determinantes da saúde e o compromisso de se manter na linha de acção defendida na Política Nacional de Saúde foram também aspectos assinalados. Aproveitou a ocasião para reconhecer e agradecer em nome do Governo o empenho e profissionalismo dos trabalhadores da saúde dos seis municípios que integram a região assim como a excelência da coope-

ração com Luxemburgo, que foram elementos preponderantes para o sucesso alcançado.

Do discurso do Presidente da Câmara Municipal de S. Catarina destaca-se o enfoque dado à saúde enquanto dimensão importante do desenvolvimento social e a importância da iniciativa de criação da RSSN na perspectiva da descentralização e via para aproximar os serviços da população e garantir uma maior participação desta na promoção da própria saúde.

Aos parceiros do desenvolvimento de Cabo Verde e em particular OMS, Escritório Comum das Nações Unidas, Cooperação Luxemburguesa e Cooperação Cubana presentes, foi feito um apelo no sentido de reforçarem o apoio ao sector da saúde para que as refor-



Em destaque: Sr. Embaixador de Cuba, Sr. Representante da OMS e Sr. Presidente da Câmara Municipal de São Lourenço dos Órgãos

mas a implementar se façam em tempo oportuno e alcancem o mesmo sucesso que obteve a criação da RSSN.

A Sra Representante da Cooperação luxemburguesa realçou na sua mensagem a importância da cooperação para o desenvolvimento e muito particularmente na área da saúde como um factor de coesão social, tendo também destacado a excelência das relações institucionais estabelecidas em todas as fases do projecto CVE/056.

A preceder a cerimónia de abertura realizou-se uma visita a alguns serviços do Hospital Regional Dr. Santa Rita Vieira e esteve patente na sala onde se realizou a Mesa Redonda uma mostra fotográfica das principais intervenções realizadas na região em diferentes domínios, bem como de documentos normativos e técnicos produzidos.

II - Balanço da implementação da Região Sanitária Santiago Norte

No primeiro dia foram apresentados temas relacionados com a implementação da RSSN tendo por base o processo da sua criação e enquadramento e os principais resultados.

Destacam-se como principais questões abordadas:

A importância da Região Sanitária de Santiago Norte enquanto experiência piloto do país, com um quarto da população total, localizando-se numa ilha onde os níveis de pobreza são dos mais elevados;

O contexto histórico da criação de regiões sanitárias desde a Carta Sanitária à Política Nacional de Saúde e Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, assim como a existência de factores favorecedores do desenvolvimento do projecto de criação da Região Sanitária em Santiago Norte em particular a grande disponibilidade do Governo através do Ministério das Finanças e das autoridades municipais em colaborar com o Ministério da Saúde;

A importância do projecto CVE/056 para o êxito do processo de implementação da RSSN o qual se insere nas boas práticas de planeamento, coordenação e cooperação entre Cabo Verde e Luxemburgo tendo sido realçada a rigorosa ponderação de investimentos em infra-estruturas e equipamentos bem como nos serviços (formação de técnicos, apoio institucional, IEC, etc.);

O processo de gestão instituído na região, com destaque para

O investimento e a organização dos serviços de saúde na RSSN permitiram aumentar a oferta de cuidados e a qualidade dos serviços prestados

EDONDA

REGIÃO SANITÁRIA SANTIAGO NORTE

CIDADE DE ASSOMADA | 25 E 26 DE OUTUBRO 2011



Cristina Fontes LIMA
Município Assomada e da Saúde

Basilio Mosso RAMOS
Presidente da Assembleia Nacional

Tom



o exercício da intersectorialidade na planificação, a gestão colegial e avaliação das actividades, os principais eixos de intervenção, os documentos legais e normativos produzidos, os recursos disponibilizados e as respostas aos principais desafios constituem elementos que sustentam que a experiência da RSSN é positiva;

O investimento e a organização dos serviços de saúde na RSSN permitiram aumentar a oferta de cuidados e a qualidade dos serviços prestados tanto nas estruturas de atenção primária como no Hospital Regional, existindo dados que evidenciam a melhoria de indicadores nomeadamente as taxas de mortalidade geral, infantil e materna e a cobertura vacinal;

Os resultados positivos constatados a nível das Delegacias de Saúde em diferentes áreas destacando-se: i) a capacitação de quadros e a supervisão; ii) a melhoria no sistema organizacional e administrativo; iii) o reforço em recursos e melhorias na rede quer em termos de infra-estruturas construídas e reabilitadas quer em equipamentos e manutenção; iv) a melhor programação das intervenções junto das comunidades; e v) o reforço das parcerias e partilha de recursos e de experiências;

A redução das disparidades entre os diferentes municípios da região e destes em relação com o país em termos de recursos e indicadores de Saúde;

Na perspectiva do poder local, o enfoque em alguns princípios como sejam a equidade no acesso e utilização, a descentralização política, técnica e administrativa, a humanização do atendimento e dos serviços, a complementaridade entre o sector público e privado e ainda a participação do poder local para além do que já está consagrado na lei, em especial no sistema de Emergência médica/Protecção civil e na fixação e estabilização de quadros.

A problemática das evacuações de pacientes, mereceu também atenção reconhecendo-se que devem obedecer a critérios bem definidos e serem efectuadas em tempo oportuno e em benefício do doente.

Foram apresentados como desafios actuais e futuros:

A melhoria de alguns indicadores (prevalência contraceptiva, taxa de mortalidade peri-natal);

A consolidação da rede da RSSN e sua sustentabilidade financeira;

A melhoria da organização e o reforço da articulação dos níveis de prestação de cuidados, de modo a minimizar os obstáculos à implementação de cuidados continuados e integrados;

A humanização do atendimento e dos cuidados e reforço das acções de saúde junto das comunidades;

A fixação de profissionais de saúde.

A problemática das evacuações de pacientes, mereceu também atenção reconhecendo-se que devem obedecer a critérios bem definidos e serem efectuadas em tempo oportuno e em benefício do doente.



26/10/2011

III – Desafios futuros

Os desafios futuros foram evocados tendo por base as principais actividades consideradas inovadoras e que estão em desenvolvimento na RSSN, as orientações do Plano Regional de Desenvolvimento Sanitário da RSSN e os resultados obtidos com a implantação das mutualidades em saúde nos municípios da região.

Relativamente às actividades inovadoras foram destacados os seguintes aspectos:

Institucionalização dos protocolos terapêuticos – foi destacada a importância destes para o doente e os profissionais da saúde. No pro-

cesso de elaboração de protocolos terapêuticos a vontade política e a disponibilidade de recursos foram elementos fundamentais e é importante ter em conta as capacidades de resposta locais (laboratório, medicamentos) e garantir uma ampla participação dos futuros utilizadores e a sua divulgação continuada entre os profissionais. A institucionalização pelo Ministério da Saúde, nomeadamente a regulamentação sob forma de portaria ou outro diploma legal, é uma etapa imprescindível para a boa implementação dos protocolos, assim como o são, a supervisão clínica de sua implementação, a avaliação e actualização/revisão periódicas.

Revista Pró-saúde – espaço de comunicação com a sociedade e

os profissionais, garantindo de certa forma o direito à informação. Os principais desafios prendem-se com a sustentabilidade financeira e editorial. Reconheceu-se a importância da divulgação de informações e o estímulo que a revista pode trazer à investigação e pesquisa operacional por parte dos profissionais de saúde.

Perspectivas de aplicação da Intranet na RSSN – projecto materializado através da parceria Gabinete Técnico da RSSN, Ministério da Saúde e as empresas “M Go” e “SIS informática”, devendo entrar em funcionamento ainda este ano. Foram apresentadas as vantagens deste sistema para a melhoria dos processos de gestão e a tomada de decisões, facilitando a utilização e partilha em tempo real das informações produzidas pelas várias estruturas e serviços prevendo-se ainda a articulação com o SIVIR em curso.

Monitorização da atenção primária em saúde – este processo teve origem nos problemas identificados de atraso na evolução de alguns indicadores o que conduziu à organização da supervisão técnica de enfermagem, realizada com base em normas elaboradas para o efeito e cujo foco era a saúde reprodutiva (vacinação e pré-natal), cadastramento das famílias e incentivo ao funcionamento das comissões locais de saúde. Importante para a partilha de experiências, comparação da produtividade mensal e retroinformação ao Delegado de Saúde.

Sistema Integrado de Vigilância em Saúde reprodutiva (SIVIR) – software que permite criar uma base de dados para seguir a execução do Programa de Saúde Reprodutiva. Entre as suas funções destaca-se um sistema de alerta que facilita o contacto com mães/pais/crianças e gestantes para o retorno às consultas. Tem uma interface com o caderno de saúde da mulher o que permite a recuperação de informações em caso de perda desse caderno.

Programa de gestão de qualidade no laboratório – o objectivo é a prestação de serviços garantin-





do uma resposta de qualidade aos exames solicitados com base em critérios técnicos e de segurança, respeitando os direitos dos utentes e disponibilizadas em tempo real. Os procedimentos instituídos foram sumariamente apresentados. Falta finalizar algumas normas e será necessário aumentar a sensibilidade dos profissionais para o cumprimento destas.

Programa descentralizado de colheita de amostras biológicas





para o laboratório – o objectivo é aproximar os serviços aos utentes nos diferentes Centros de Saúde, particularmente nos que não dispõem de laboratório. Este programa apresenta ganhos de economia de escala em termos de equipamentos e qualidade de resposta centralizados num serviço de maior complexidade. Foram apresentados como ganhos, a diminuição do número de contactos com o laboratório (marcação/realização/resposta) que, traduzidos monetariamente, representaram em 2010 uma poupança de 1.689.000 ECV no desembolso directo pelos utentes apenas com os gastos em transporte;

IV – O Plano Regional de Desenvolvimento Sanitário RSSN 2012-2016 foi apresentado no sentido da sua socialização. Foi reforçado o princípio de que o desenvolvimento da RSSN (as Delegacias de Saúde e o HRSN) nesse quinquénio deverá ter como orientação as principais actividades constantes do PRDS da região, que está inspirado na Política Nacional de Saúde, no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário e na Carta Sanitária. Ao final da sua execução a região deverá organizar uma 2ª Mesa Redonda de balanço de implementação.

V - A experiência da mutualidade em saúde na RSSN foi o último tema apresentado tendo-se reco-



Revista Pró-saúde – espaço de comunicação com a sociedade e os profissionais, garantindo de certa forma o direito à informação.

A colheita avançada para o laboratório do HRSN apresenta ganhos de economia de escala em termos de equipamentos e qualidade de resposta centralizados num serviço de maior complexidade.

mendado uma maior divulgação para captação de novos associados e a extensão da experiência a outros concelhos/ilhas com o apoio dos Delegados de Saúde. Manifestou-se preocupação com a sustentabilidade do sistema.

Dos debates das principais conclusões e recomendações destacam-se:

O processo de implementação da RSSN constitui um marco importante da reforma no sector da saúde e configura uma história de sucesso que deve ser bem documentada para servir de substrato ao desenvolvimento de futuras regiões sanitárias no país;

A sustentabilidade da RSSN passa pela garantia do apoio técnico na melhoria dos serviços, pela manutenção de um quadro estável de pessoal técnico e administrativo, pela manutenção das infra-estruturas construídas e dos respectivos equipamentos e por um orçamento adequado para o funcionamento. A boa governação do sistema de saúde deverá incorporar a cultura da eficiência enquanto garantia da qualidade.

A região sanitária não é um projecto mas uma estruturação do sistema de saúde tendo por conseguinte um carácter de permanência devendo-se avançar em 2012 com a criação de novas regiões no país;

A sustentabilidade financeira da região não deve passar pelo aumento da comparticipação directa da população nos custos, que já se situa a um nível considerado elevado, mas sim pelo desenvolvimento de fontes alternativas de financiamento indirecto como sejam parcerias nomeadamente através de esquemas de solidariedade mundial, mutualidade e previdência social.

O poder local é um parceiro importante no desenvolvimento das regiões sanitárias não só na abordagem que pode ter em relação às determinantes da saúde mas também no apoio à implementação de medidas tendentes à atracção e fixação dos quadros nos respectivos municípios.

A abordagem da atenção primária deve ser mais abrangente com foco no alvo das acções de prevenção e promoção da saúde e a capacidade de resposta deve ser melhor equacionada em termos de recursos nomeadamente nos aspectos relativos à formação dos técnicos nesta área e respectivo recrutamento. Ainda neste sentido será necessário combater a tendência que se verifica de transformação dos Cen-





tros de Saúde em pequenos hospitais.

A perspectiva de uma descentralização com mais competências a transferir às estruturas de saúde/Câmaras Municipais no domínio dos recursos humanos, pode criar problemas aos municípios mais frágeis na competição, quer com os hospitais centrais quer com o sector privado.

A institucionalização dos protocolos terapêuticos através de regulamentação deve constituir uma prioridade.

A formação de quadros em áreas consideradas prioritárias, em particular no país, deve ser equacionada e devem ser criados mecanismos para uma efectiva absorção dos mesmos.

O processo de extensão das mutualidades em saúde deve ser valorizado como uma forma de alargamento do acesso aos cuidados de saúde.

O Plano Regional de Desenvol-

vimento Sanitário da RSSN deve ser um instrumento de gestão da região, constituindo um documento de orientação para a elaboração dos futuros planos anuais.

VI - Encerramento

A cerimónia de encerramento foi presidida por Sua Excia o Presidente da Assembleia Nacional, Dr. Basílio Mosso Ramos, que proferiu uma mensagem de louvor ao trabalho realizado e de estímulo para que a experiência da RSSN possa ser estendida com eficácia a outras regiões do país. Foi acompanhado pela Ministra-Adjunta e da Saúde que também deixou uma breve mensagem e pelo Director da RSSN.

Nesta cerimónia foi apresentado o relatório síntese preliminar da Mesa Redonda com as principais conclusões e recomendações pela porta-voz, Dr.ª Cláudia Helena Santos, Delegada de Saúde de Santa Catarina.

MENOS ÁLCOOL MAIS VIDA!



Ministério da Saúde
Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário

Direitos e deveres dos utentes

consagrados na Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 41/VI/2004, publicada no B.O. n.º 10, 05/04/2004)

1. Os utentes do Serviço Nacional de Saúde têm direito a:

- a) Respeito pela sua dignidade e preservação da sua vida privada sem discriminação baseada na condição social e económica, deficiência física ou mental, opções políticas, religiosas, sexuais e filosóficas;
- b) Sigilo por parte do pessoal da saúde relativamente a factos de que tenha conhecimento pelo exercício das suas funções;
- c) Informação sobre o seu estado de saúde, incluindo o diagnóstico, alternativas de tratamento e o prognóstico, bem como o acesso a todos os registos que a ele se refiram;
- d) Cuidados de qualidade exigíveis pela sua condição clínica, nos limites referidos no número 4 do artigo 5º;
- e) Apresentar, individual ou colectivamente, petições, sugestões, reclamações ou queixas sobre a organização e o funcionamento do Serviço Nacional de Saúde;
- f) Liberdade de escolha do prestador de cuidados de saúde, dentro dos condicionamentos da presente lei e no quadro do funcionamento normal das estruturas de saúde;
- g) Receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei;
- h) Participar no acompanhamento das actividades dos serviços de saúde, através de representantes eleitos ou de associações de utentes.

2. A violação dos direitos garantidos ao utente faz incorrer o infractor em responsabilidade disciplinar independentemente da responsabilidade civil ou criminal que ao caso couber.

3. Relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem assistência com observância de princípios constitucionalmente definidos.

4. São deveres dos utentes:

- a) Abster-se de atitudes, comportamentos e hábitos que ponham em risco a sua própria saúde ou a de terceiros;
- b) Contribuir para a melhoria, ao seu alcance, das condições de saúde familiar e ambiental;
- c) Respeitar o pessoal de saúde e as regras de funcionamento das instituições prestadoras de cuidados de saúde a que recorre;
- d) Respeitar os direitos dos outros utentes;
- e) Comparticipar, nos termos da lei, nos custos da saúde;
- f) Colaborar com os profissionais da saúde em relação à sua própria situação.

Os principais Região Sanitária

Início da implementação: 4º trimestre de 2001;

Fim do projecto CVE/056 de Apoio à implementação da RSN: 2008;

Prorrogação do Projecto: 2010 a Junho 2011 (18 meses).

Financiamento da Cooperação Luxemburguesa: 10.948.851 EUR.

Financiamento do Governo de Cabo Verde: 6 682 342 EUR.

Abrangência da RSN: 6 municípios da região norte da ilha de Santiago: Tarrafal, Calheta de São Miguel, Santa Cruz, São Lourenço dos Órgãos, São Salvador do Mundo e Santa Catarina. Corresponde a 70% da Ilha de Santiago e 17% do território nacional.

População coberta: 120 222 habitantes. Corresponde a 25% da população nacional.

Objectivo da implementação: Contribuir para a melhoria e o alargamento da cobertura sanitária e o fornecimento dos cuidados de saúde primários no âmbito da Região Sanitária.

Principais eixos do projecto de apoio:

- Infra-estruturação
- Formação especializada e contínua
- Equipamentos
- Seguimento e avaliação
- Reforma institucional
- Gestão

Resultados esperados no final do projecto:

- **R1:** Cabo Verde dispõe de um quadro institucional e técnico para experimentar as reformas do sector da saúde;
- **R2:** Os cuidados primários de saúde são mais acessíveis, contínuos e racionais;
- **R3:** O financiamento do sistema de saúde é melhorado, em particular para assegurar o fornecimento de medicamentos e a manutenção de maneira duradoura e eficiente;
- **R4:** Os cuidados diferenciados e o sistema de referência são reforçados e racionalizados na RSN;

Em 2010, salvo o município de São Salvador do Mundo com uma taxa de cobertura superior a 90% (que é boa!), todos os municípios apresentam uma taxa em média superior às taxas do nível nacional relativamente à cobertura vacinal.

s ganhos da a Santiago Norte



Principais ganhos com a implementação da RSN:

- Afectação de recursos humanos: médicos, enfermeiros, administradores e de outros profissionais de saúde.
- Novas infra-estruturas de saúde: Hospital Regional, Centro de Saúde de Calheta, Centro de Saúde de Tarrafal, Posto Sanitário de Telhal e de Chão Bom;
- Alargamento e remodelação de infra-estruturas: Centro de Saúde de Assomada, Posto Sanitário de Achada Lém, Chã de Tanque, Chã de Junco.
- Serviços especializados: Bloco Operatório, Banco de Sangue, Radiologia e Ecografia, Estomatologia, meios de transporte de doentes (ambulâncias medicalizadas);
- Aumento significativo do orçamento de funcionamento para a RSN;
- Estatuto de Serviço Autónomo para a RSN e para o HRSN;
- A experiência da gestão colegiada e de intersectorialidade nas intervenções dos serviços de saúde;
- Instalação do Banco de Sangue: doação voluntária de cerca de 100%;
- Maior acesso aos medicamentos; 11.690.200 ECV em 2001 e 58 738,7 ECV em 2010; Maior número de farmácias privadas; maior nº de beneficiários do INPS 21 820 em 2011; Existência do mutualismo em saúde com 2 393 associados em 2011;
- Elaboração de Protocolos Terapêuticos de Pediatria e Medicina Interna, com impacto na racionalização da prescrição médica e na melhoria de cuidados dispensados aos utentes;
- Elaboração do Plano Regional de Desenvolvimento Sanitário da RSN com a definição de eixos estratégicos até horizonte 2016;

Principais ganhos da im

Protecção e prevenção:

A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NA RSSN

| Concelho | População < 1 Ano | BCG (%) | Polio 3 (%) | Tripla 3 (%) | Sarampo (%) | Completam ente Vacinados (%) |
|-------------------|-------------------|-------------|-------------|--------------|-------------|------------------------------|
| S.Catarina | 1.711 | 60,3 | 63,1 | 63,1 | 53,7 | 53,9 |
| Santa Cruz | 1.071 | 92,9 | 75,9 | 76,0 | 58,5 | 58,3 |
| Tarrafal | 637 | 50,5 | 63,0 | 61,5 | 59,5 | 57,0 |
| S.Miguel | 552 | 27,5 | 28,4 | 28,4 | 33,0 | 32,2 |
| CABO VERDE | 13.370 | 80,1 | 72,4 | 72,9 | 64,6 | 63,1 |

FONTE: Relatório estatístico do Ministério da Saúde 2005.

A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NA RSSN

| Concelhos | Pop. < 1 ano | Nº vacinados contra Sarampo | TAXA (%) | Nº Completament e vacinados | TAXA (%) |
|-------------------------|--------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|-------------|
| S. CRUZ | 548 | 561 | 102,4 | 561 | 102,4 |
| S.LORENCO ORGAOS | 121 | 150 | 124,0 | 150 | 124,0 |
| S. CATARINA SAO SAL | 818 | 847 | 103,5 | 847 | 103,5 |
| MUNDO | 155 | 140 | 90,3 | 140 | 90,3 |
| TARRAFAL | 330 | 347 | 105,2 | 346 | 104,8 |
| S. MIGUEL | 253 | 291 | 115,0 | 331 | 130,8 |
| TOTAL Cabo Verde | 9.604 | 9.402 | 97,9 | 9.251 | 96,3 |

Fonte: Direcção Nacional do PNSR, Ministério da Saúde. INE, Censo de 2010

Em 2005 os indicadores de cobertura de vacinação contra Sarampo e de Crianças Completamente Vacinadas eram inferiores em todos os municípios de Santiago Norte com relação às mesmas taxas de cobertura a nível nacional. Em 2010, salvo o município de São Salvador do Mundo com uma taxa de cobertura superior a 90% (que é boa!), todos os municípios apresentam uma taxa em média superior às taxas do nível nacional.

Melhoria da capacidade de resposta técnica às condições de saúde na RSSN

A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE NA RSSN

Capacidade de resposta técnica na RSSN

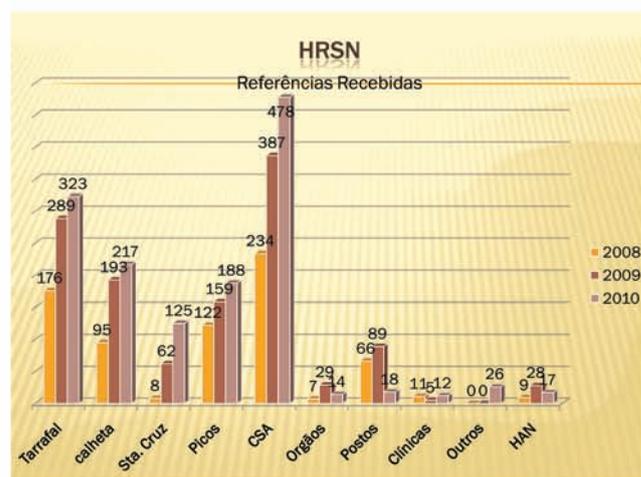
| Estruturas de Saúde | Total de Doentes transferidos | Para HRSN | Para HAN |
|-------------------------|-------------------------------|--------------|-------------|
| Tarrafal | 230 (100%) | 166 (72,1%) | 64 (27,8%) |
| Calheta | 359 (100%) | 243 (67,7%) | 116 (32,3%) |
| Santa Cruz | 418 (100%) | 125 | |
| Santa Catarina | 493 (100%) | 427 (87%) | 66 (13%) |
| S. Salvador Mundo | | 188 | |
| S. Lourenço Órgãos | 61 (100%) | 21 (34,4%) | 37 (60,6%) |
| Total Delegacias | | 1.170 | |

FONTE: Relatórios das Delegacias de Saúde da RSSN 2010;

Taxas de transferência a partir do volume de atendimento global na estrutura de origem:

- Calheta (3,9%),
- Santa Catarina (2,6%)
- Tarrafal (1,4%)
- Santa Cruz (2,4%);

Funcionamento da rede de saúde na região e a apropriação do HRSN pelos CS's



FONTE: Relatório do HRSN, 2010;

Implementação da RSSN:

A tendência é de cada vez mais as transferências (entre 70 a 75% do total) serem feitas para o Hospital Regional e a conseqüente diminuição acentuada das evacuações de doentes para Praia. As transferências que ainda persistem para o HAN são de foro de Orto-Traumatologia fundamentalmente.

Existe cada vez maior apropriação do HRSN pelas estruturas de saúde da RSSN, com tendência para aumentar de ano para ano.

Capacidade de resposta técnica do HRSN



FONTE: Relatório do HRSN, 2010;

As transferências de doentes do HRSN para o HAN na Praia tendem a diminuir de forma acentuada, particularmente nas especialidades de Pediatria, Ginecologia-Obstetria e de Cirurgia.

- Cuidados de especialidades oferecidos nos CS's: 384 Deslocações em 2010; 4.241 Consultas prestadas;
- A produção de normas legais, Estatutos e Regulamentos para os Hospitais Regionais do País e para as Regiões Sanitárias do País;
- Racionalização das intervenções e na prestação de cuidados de saúde na região: partilha de recursos, uniformização de procedimentos técnicos e de gestão;
- Sistema de colecta descentralizada dos Centros de Saúde para o LAC do HRSN;
- 7012 episódios de colheita descentralizada nos Centros de Saúde da RSSN nos últimos 3 anos, sendo 2891 em 2011; Estas colheitas de amostras no município de residência dos utentes eliminou ou diminuiu o número de contacto a realizar com as estruturas de saúde (normalmente 3 episódios: marcar, realizar e buscar resultados). Esta prática "poupou" aos utentes 1.689.000 ECV em despesas directas de transporte, no ano de 2010.

Impacto da implementação da RSSN

ACTIVIDADE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS (IMPACTOS)
Mortalidade Geral por concelho 2008 e 2009 por 1000 hab.

| | 2008 | 2009 |
|----------------|------|------|
| Cabo Verde | 5,5 | 5,2 |
| Santa Cruz | 4,2 | 4,1 |
| Santa Catarina | 5,3 | 4,9 |
| Calheta | 5,6 | 4,5 |
| Picos | 6,0 | 4,7 |
| Órgãos | 5,4 | 4,8 |
| Tarrafal | 5,0 | 5,0 |

FONTE: Relatório Estatístico do Ministério da Saúde, 2009;

A mortalidade geral apresenta-se em 2009 mais baixa do que a média nacional em todos os municípios da RSSN;

Evolução de indicadores com a implementação da RSSN

| | Leitos CS | Leitos HR | Leitos CS/1000 h | Leitos Hospitalares | Médicos Médicos | Médicos no UP | Enfermeiros | Enfermeiros | Populaç. Coberta | H/médicos | H/Enfermeiros |
|----------------------------|-----------|-----------|------------------|---------------------|-----------------|---------------|-------------|-------------|------------------|-----------|---------------|
| Situação Inicial (2005) | 42 | 68 | 1,3 | NA | 4 | 6 | 8 | 16 | 83578 | 8358 | 3482 |
| Situação Projectada (2008) | 38 | 70 | 0,4 | 0,7 | 11 | 12 | 36 | 32 | 96395 | 4191 | 1418 |
| Situação Actual (2011) | 67 | 90 | 0,5 | 0,7 | 18 | 18 | 55 | 33 | 120.184 | 3338 | 1365 |
| Desvio | +29 | +20 | +0,1 | 0 | +7 | +6 | +19 | +1 | +23789 | + | + |

FONTE: Documento do projecto; Relatório Estatístico do Ministério da Saúde; Censo 2010;

A RSSN está programada com sustentabilidade

A Ministra-Adjunta e da Saúde, Cristina Fontes Lima, garante à Pró-Saúde que “não há qualquer receio quanto à continuidade da Região Sanitária Santiago Norte (RSSN) porque estava programada com sustentabilidade”, aconselhando a região a apostar na qualidade dos serviços.

Pró-Saúde - Com o término do projecto da cooperação com o Grão-Ducado do Luxemburgo quais são as perspectivas futuras do Governo em relação à Região Sanitária Santiago Norte (RSSN).

Cristina Fontes Lima - A Região Sanitária Santiago Norte (RSSN) está a funcionar com os meios hu-

A cooperação ajudou na implementação da região em componentes fundamentais como a construção e equipamentos.

manos formados, os equipamentos postos à disposição, e que agora vão ter que ser rentabilizados para continuar a apresentar bons resultados. Já começaram a apresentá-los, e por isso não temos nenhuma preocupação quanto à continuidade porque já estava previsto que isso seria incorporado no funcionamento normal do Ministério. A região tem tido bons resultados, especialmente na melhoria de alguns indicadores de saúde, como por exemplo o grande impacto na cobertura vacinal, o aumento da esperança de vida, a melhoria de equipamentos e das infra-estruturas disponíveis, sobretudo no Hospital Regional, mas também nos Centros de Saúde do Tarrafal e da Calheta, e nas intervenções nos outros Centros de Saúde.

Vamos continuar com o desafio de prosseguir nesta lógica e dar enfoque à atenção aos cuidados primários, à intervenção nos centros de saúde e tentar evitar a todo o custo que os Centros de Saúde sejam vistos como pequenos hospitais.



Dr^a CRISTINA FONTES LIMA
Ministra Adjunta e da Saúde



O projecto garantiu as construções, a formação, os montantes necessários à produção do quadro local dos institutos necessários, mas neste momento basicamente está incorporado no orçamento do funcionamento do Estado, as despesas com o pessoal, os medicamentos e o funcionamento das estruturas. Portanto não há qualquer receio quanto à continuidade da região porque estava programada com sustentabilidade.

Portanto não há nenhuma preocupação quanto ao normal funcionamento da região?

Não. Eu repito: o projecto tinha como objectivo garantir este desenho articulado de funcionamento que seriam a formação do pessoal, médicos e enfermeiros, a instalação de equipamentos dos Centros construídos, o quadro institucional. Mas naturalmente que o funcionamento normal tem sido coberto pelo orçamento do Estado. E o funcionamento normal são os salários do pessoal médico, os medicamentos, os equipamentos, as formações e tudo isso está incorporado já no orçamento do estado.

A cooperação ajudou na implementação da região em componentes fundamentais como a construção e equipamentos. Sem a cooperação seria difícil, apesar de ter havido um grande esforço do Governo, mas sem a cooperação ficaria difícil, por exemplo, a construção do Hospital Regional, o Centro de Saúde da Calheta, a reforma do Centro de Saúde dos Órgãos e de Santa Catarina, mas também a possibilidade de ter acesso à formação especializada.

O funcionamento normal da região vai ficar integrado no orçamento do estado. Naturalmente que há sempre espaço para a racionalização, para se conseguir conter a expansão das despesas e sermos racionais e eficazes. Por exemplo, só teremos urgências se for necessário, não teremos de

...continuamos a precisar de dotar algumas dessas estruturas, como o caso de São Lourenço dos Órgãos, onde iremos avançar com um novo centro de saúde.



proliferar urgências. E vamos ter efectivamente que garantir colheitas avançadas, em vez de ter pequenos laboratórios, em todos os centros de saúde. Vamos ter que adequar e articular os especialistas para que possam a partir do Hospital Regional servir a região.

Que outros projectos perspectivam com a cooperação?

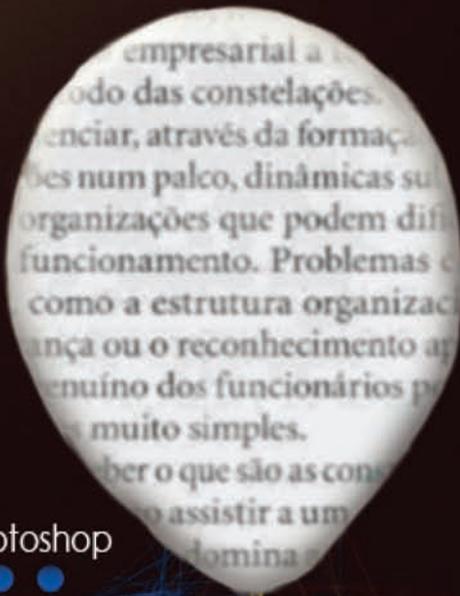
Naturalmente que haverá sempre espaço para nós continuarmos a projectar a colaboração, nomeadamente na área da formação. Mas temos que continuar a formar especialistas e continuamos a precisar de dotar algumas dessas estruturas, como o caso de São Lourenço dos Órgãos, onde iremos avançar com um novo Centro de Saúde. Já lançamos neste momento o projecto de ampliação do Centro de Saúde de Pedra Badejo. Vamos fazer um Centro Saúde Reprodutiva em Santa Cruz. Temos em Santa Catarina a necessidade de intervir na valência da saúde reprodutiva, e vamos continuar a contar com as cooperações. Designadamente temos a disponibilidade de Fundos Árabe, da Cooperação Austríaca e Chinesa para construir e equipar. De todo o modo, o grosso está feito e agora trata-se de um funcionamento normal que nós temos que garantir com certeza.

Quais as acções concretas previstas com estas cooperações?

Nós já apresentamos às cooperações que eu já mencionei, um conjunto de solicitações e elas mostraram-se abertas para entrar na área de construções e de equipamentos.

Que futuro prognostica para a RSSN?

Para o funcionamento da RSSN, neste momento, o que é preciso é que continue a ter a exigência de procurar a qualidade. O Hospital Regional deve funcionar adequadamente, implementar protocolos e condutas, fazer funcionar os órgãos e os regulamentos internos, ou seja, as concessões são bem-vindas, mas em certas áreas, é preciso complementar.



Adobe Photoshop



Adobe Illustrator



Adobe InDesign



Microsoft Word ● ● ● ● ●
Organização ● ● ● ● ●
Criatividade ● ● ● ● ●

"Uma nova opção
gráfica e editorial ao
teu dispor. Damos
vida aos teus sonhos".



JD Editorial

Comunicações e imagens

Achada São Filipe - Praia Mów. 992 52 70



Engº MAURO LUPO
Representante da Lux-Development em Cabo Verde

O Projecto da RSSN

é um sucesso

São palavras de Mauro Lupo, Representante da Lux - Development, que, nesta entrevista à Pró-Saúde, diz ter ficado impressionado com os resultados da implementação da Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), reconhecendo, no entanto, que a vontade política do Governo pesou muito neste sucesso.

Pró-Saúde - Oficialmente o projecto da implementação da Região Sanitária Santiago Norte (RSSN) já chegou ao fim. Que balanço faz do projecto?

Mauro Lupo – A região é e está a ser um sucesso. Ainda no ano passado eu perguntava a mim mesmo se os objectivos da região foram atingidos e fiquei impressionado com os resultados. Depois da Mesa Redonda me apercebi que muitos dos objectivos já foram alcançados (a maioria dos objectivos), nomeadamente a melhoria dos indicadores e o aumento de transferências dos doentes para o Hospital Regional Santiago Norte entre outros. É bom quando se consegue atingir os objectivos traçados num projecto.

Desde o início vimos que com o apoio do Governo o projecto se tornaria viável e sustentável. Foi uma grande aposta. Para mim, o importante não é realizar o projecto, mas sim manter a sua sustentabilidade. E a RSSN é uma prova disso, pois, tem agora o seu estatuto, a sua autonomia está funcional, ou seja, do ponto de vista legal e institucional, está pronta. Existem vários projectos apoiados pelas cooperações que fracassaram por falta de sustentabilidade, e ainda bem, que não é o caso da região. Neste caso subsiste uma vontade política em ter regiões sanitárias no país, e a partir desta, criar outras regiões sanitárias em outros pontos do país. Pode-se dizer que a trajectória do projecto foi um pouco complicado, o projecto foi um êxito apesar de algumas limitações e lacunas.

Em que sentido foi complicado o projecto?

Em termos de equipamentos e formação. Não diria constrangimentos, mas sim barreiras, principalmente em relação às formações, que, na minha opinião, não se conseguiu atingir o grau de satisfação pretendida. Houve também atrasos nas instalações dos equipamentos nas estruturas. Falar é fácil mas não é nada fácil montar uma região. Es-

tamos ainda a trabalhar para que as pessoas possam ser formadas de maneira adequada e satisfatória.

O projecto foi também congelado durante um ano, porque o Ministério da Saúde teve algum atraso com a aprovação do estatuto do Hospital Regional e com a indigitação dos profissionais para formar. Por outro lado, a cooperação teve problemas em manter um único coordenador do projecto, pois foi mudado três vezes (auto-crítica). Por estas razões o andamento do projecto atrasou um pouco.

Quais as perspectivas futuras para a RSSN?

A Cooperação, nos primeiros anos, actuava em vários sectores, sobretudo na área de transporte, saúde, água, electricidade, formação, educação, entre outros. Mas paulatinamente vai deixar de investir em todas as áreas e focalizar na área de educação, formação profissional e emprego, água e saneamento. A partir de agora a cooperação não poderá continuar a apoiar a região, e o Governo tem agora que assumir completamente a responsabilidade, tanto do ponto de vista físico das infraestruturas como humano. O projecto foi oficialmente terminado em Julho de 2011, mas ainda existe dois acordos operacionais assinados com a RSSN e a Universidade de Cabo Verde (Uni-CV).

Em que consistem os acordos?

A RSSN deverá completar as acções de formação, entre outras coisas, e é a Uni-CV que deverá formar os restantes profissionais, que deveriam ser formados desde o início do projecto e não o foram. Mas ainda a universidade não conseguiu responder a algumas questões sobre este assunto. Entretanto, estamos a trabalhar nesta questão para evitar que o projec-

to seja fechado, porque, se não, a região perderá estes fundos, e estes profissionais ficarão sem a formação. Por outro lado, é de salientar que apesar da cooperação não ter agora grande interesse de actuação na área de saúde tem ainda um

Para mim, o importante não é realizar o projecto, mas sim manter a sua sustentabilidade.





grande projecto de 7 milhões de Euros ligado à saúde escolar e à cantina escolar.

Depois da experiência com a RSSN, a cooperação apoiaria outro projecto de implementação de uma Região Sanitária em Cabo Verde?

Não, por causa de factores macro a cooperação não apoiaria outro projecto de implementação de uma região sanitária no país. Existem vários factores que actualmente empurram as cooperações para ocupar das áreas de educação, formação e emprego, água e saneamento para se concentrar os esforços e evitar desperdícios de

esforços em diferentes sectores. Ou seja, as cooperações devem intervir em áreas que conhecem bem. Contudo, pretendo apresentar o projecto da Região no atelier da cooperação que é feito todos os anos como um dos projectos de sucesso para o público de Luxemburgo.

...pretendo apresentar o projecto da Região no atelier da cooperação como um dos projectos de sucesso para o público de Luxemburgo.

Como vai a cooperação entre Cabo Verde e Luxemburgo?

A colaboração entre os dois países teve início nos anos 80. Em 1993, Cabo Verde tornou um dos países alvos da cooperação, e hoje é um dos 10 parceiros privilegiados da Cooperação Luxemburguesa.

Primeiramente, a intervenção da cooperação não era programada mas sim existia um PIC (Programa Indicativo de Cooperação), e só mais tarde houve um verdadeiro acordo entre os dois países.

Actuou inicialmente na ilha de Santo Antão por ser a ilha com maior número de emigrantes radicados em Luxemburgo.

A cooperação está agora no PIC 3 que vai de 2011 a 2015. Graças a estes tipos de acordos a cooperação começou a planificar melhor os recursos e os sectores de intervenção.

Cenários Prospectivos e a implementação

Um olhar sobre o futuro a par

“
Um dos principais condicionantes das reformas são os actores que participam delas.”

Resumo

Três décadas depois da independência, Cabo Verde busca através da regionalização reformar o seu Serviço Nacional de Saúde. Um dos principais condicionantes das reformas são os actores que participam delas.

Este artigo propõe analisar o comprometimento dos actores-chave com o processo de regionalização na Região Sanitária Santiago Norte e a partir daí construir cenários múltiplos de sua operacionalização. Foram construídos três cenários prospectivos. Esta construção dos cenários prospectivos foi baseada no método de elaboração de cenários de Godet e com adaptações propostas por Rivera com uma abordagem mais qualitativa. Outros métodos foram utilizados para apoiar a construção destes cenários: o método Delphy, o método de sistema de impactos cruzados, o método de análise de Discurso do Sujeito Coletivo. A

construção dos cenários permitiu a reflexão prospectiva dos actores envolvidos no processo de regionalização e o exercício da antecipação da ação estratégica dos mesmos.

O estudo demonstrou que a regionalização ocorrerá num ambiente denominado de tipo de sistema instável, dependendo a realização do cenário desejável das negociações e coalizões entre os actores-chave.

Palavras-chave: Regionalização dos serviços de saúde; cenários prospectivos; Discurso do Sujeito Coletivo; Descentralização; Sistemas de Saúde; Região Sanitária Santiago Norte; Cabo Verde;

Introdução

Reformar um determinado modelo organizacional culturalmente consolidado nas suas praticas e normas, requer da parte dos pro-

ivos sobre da RSSN



rtir do passado (2007-2011)*

ponentes um exercício prospectivo sério, pois nada garante à partida que as mudanças pretendidas possam trazer os benefícios desejados, nem tão pouco que essas mudanças ocorrerão passivamente sem resistências.

Logo, o pensamento prospectivo busca responder a situações consideradas como críticas, não somente para os eventos centrais, mas também para os eventos alternativos (optimista e pessimista) de forma a incrementar os efeitos positivos ou minimizar/anular as previsões negativas.

A regionalização dos serviços de saúde surgiu como um dos principais eixos de reforma que os sistemas de saúde de vários países adoptaram na sua política de descentralização.

A regionalização em saúde assume fundamentalmente três características: a regionalização como um modelo organizacional dos serviços de saúde; como um modelo de gestão dos sistemas de

saúde que remete para o conceito de racionalização e a regionalização como um modelo de integração dos serviços de saúde voltados para a produção de cuidados de saúde por meio de redes assistenciais hierarquizadas, integradas e solidárias.

Assim, a regionalização é percebida segundo alguns autores, como uma reforma dos sistemas de saúde dos países em busca de uma maior efectividade e eficiência a partir de:

“ ...a regionalização é percebida segundo alguns autores, como uma reforma dos sistemas de saúde dos países em busca de uma maior efectividade e eficiência ”

- *Ajustamento das necessidades e dos recursos;*

- *Integração dos serviços:* um mandato explícito da regionalização. Corresponde a criar sinergias a partir de problemas comuns para os quais se tem poucos recursos.

- Aumento da qualidade dos serviços e da prática baseada em evidência: a padronização da atenção prestada com a mesma qualidade nos diferentes serviços que compõem a rede.

- Reforço das atividades da promoção e da prevenção: a realocação de esforços e de recursos para estas actividades para melhorar o status de saúde e reduzir as disparidades entre os grupos populacionais cobertos.

- Aumento da responsabilidade dos gestores: a obrigação de prestar contas sobre os resultados à população e instituir um verdadeiro sistema de petições aos gestores e para os actores envolvidos no processo de intersectorialidade.

- Aumento da participação popular: proporcionar possibilidades para a participação popular envolvendo mais os utentes na tomada das decisões, participando nos colegiados de gestão.

A possibilidade da regionalização da saúde em Cabo Verde surge com a elaboração da Carta Sanitária e de outros documentos de política estratégica para o sector. Este processo envolveu várias acções desde propostas legislativas, infra-estruturação, formações entre outras. Envolveu também vários actores, políticos com responsabilidades nacionais e municipais, gestores, profissionais de saúde, a população e outros parceiros.

Para compreender o grau de comprometimento de todos estes intervenientes, para o sucesso desta implementação, foi realizado o presente estudo focalizando o futuro: sobre quais eventos os actores detêm poder e governabilidade e em qual medida essa governabilidade é parcial ou nula. Para indagar este futuro foi adoptado como método, o estudo dos cenários prospectivos.

O termo cenário neste trabalho é entendido estritamente como visão prospectiva (forecasting), formada pela descrição coerente de uma situação futura e pelo encaminhamento dos acontecimentos que permitem passar da situação de origem à situação futura” (GODET, 1993). Um cenário não é a realidade futura, mas um meio de representá-la, com o objetivo de nortear a acção presente, à luz dos futuros possíveis e desejáveis. Assim, este autor define três tipos de cenários: os cenários possíveis (todos os que a mente humana poder imaginar), os cenários realizáveis (todos os possíveis de ocorrer e que levam em conta os condicionantes do futuro) e os cenários desejáveis. Os cenários desejáveis encontram-se em qualquer parte do possível e não são todos necessariamente realizáveis.

Materiais e Métodos

Esta pesquisa foi desenvolvida no primeiro trimestre de 2007, através de entrevistas semi-estruturadas dirigidas aos actores-chave previamente definidos e solicitados a procederem ao julgamento

e avaliação das diferentes categorias de análise propostas. Numa segunda fase foram enviados aos participantes da pesquisa tabelas para definirem as probabilidades de ocorrência dos eventos principais listados.

Foram aplicados vários instrumentos de pesquisa: um roteiro de entrevistas com perguntas semi-estruturadas, uma matriz de análise estrutural (tipo MIC), uma matriz

“

Envolveu também vários actores, políticos com responsabilidades nacionais e municipais, gestores, profissionais de saúde, a população e outros parceiros.

”

¹ Para Schwartz (1996) os cenários são uma ferramenta para nos ajudar a ter uma visão de longo prazo em um mundo de grandes incertezas, e para ordenar a percepção dos ambientes alternativos futuros [...]. Para este autor, os cenários seriam como que historias do futuro. In. Marcial, E. C. e Grumbach, R. J. S.: **Cenários prospectivos: como construir um futuro melhor** (2001)

de análise da influência/governabilidade dos actores-chave sobre as variáveis-chave.

Para a selecção dos actores-chave foi considerado, de acordo com o método Delphi, o facto de realmente serem pessoas competentes para responder às perguntas propostas (TOBAR e YALOUR, 2001) e o vínculo que os mesmos têm com o processo de regionalização na RSSN tendo em conta os três níveis de responsabilidades e participação: Delegados de Saúde, representante do Gabinete Técnico da RSSN, Presidentes das Câmaras Municipais e um Presidente da Comissão Instaladora de um dos municípios, dirigentes do Ministério da Saúde. No total foram seleccionados quinze actores-chave para a realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas individualmente de modo a evitar respostas induzidas, assim como a influência dos denominados formadores de opinião (TOBAR e YALOUR, 2001). Para a construção de consenso em relação às questões específicas foram realizadas duas entrevistas sucessivas que permitiram encontrar as variáveis de alto impacto sobre a regionalização proposta. Posteriormente foram remetidos aos entrevistados dois formulários relativos à probabilidade sobre os eventos centrais estudados a partir das estratégias dos actores-chave. Para a identificação dos eventos centrais utilizou-se a figura metodológica de Discurso do Sujeito Colectivo (DSC) para tratamento de dados discursivos colectados (LEFÉVRE & LEFÉVRE, 2005). A metodologia de DSC foi adoptada por se mostrar como um método apropriado para a construção

de pensamentos colectivos através de discursos construídos a partir de depoimentos singulares.

Aos entrevistados foi explicado que as questões formuladas visavam à obtenção de discursos sobre a situação actual e de um cenário futuro numa perspectiva de pelo menos cinco anos (2007-2011). Fundamentalmente, o questionário propôs evidenciar o engajamento e comprometimento dos actores-chave e das instituições que representam com o processo de regionalização em curso e apoiar na identificação de futuros gargalos e os factores-chave para o seu sucesso.

A partir das variáveis de alto impacto listadas pelos entrevistados nos discursos individuais, procedeu-se ao reagrupamento de tendências das mesmas baseando-se em dois critérios: a similitude (as tendências que têm as mesmas causas e os mesmos efeitos) e a densidade de relações (as tendências são muito ligadas e com forte conexão). Posteriormente foi analisada, através de um quadro de dupla entrada, a influência que cada variável exerce sobre as outras por forma a definir as variáveis-chave motrizes ou de ligação (dimensões de incerteza futura) (RIVERA, 2003), fundamentais para o futuro da regionalização em apreço. Para cada variável foi dada uma definição explicativa, de forma a evitar interpretações díspares por parte dos actores-chave.

Em seguida procedeu-se a análise da governabilidade dos actores-chave sobre as variáveis e a definição das estratégias futuras possíveis dos actores-chave em face das variáveis mais influentes,

“

As entrevistas foram realizadas individualmente de modo a evitar respostas induzidas, assim como a influência dos denominados formadores de opinião.

”

² A técnica Delphi é uma ferramenta de avaliação qualitativa para construir o consenso em relação a um problema específico entre um conjunto de informantes-chave. Ela busca detectar os pontos de convergência e trabalhar neles. Conferir em Tobar e Yalour (2001): Como fazer teses em saúde pública?

as variáveis motrizes e de ligação. Foram analisadas as probabilidades de ocorrência das principais tendências dos eventos centrais decorrentes das variáveis submetidas às estratégias dos actores-chave.

Por último foram descritos três cenários prováveis para a operacionalização da futura Região Sanitária Santiago Norte que conservam entre si os requisitos de coerência, verossimilhança e complementaridade com base nas tendências dos eventos centrais estudados.

“

Na sua maioria as variáveis-chave aqui avaliadas se comportam como variáveis de ligação e conferem um carácter de “incertezas críticas” que irão depender muito das dinâmicas de negociações e obtenção de consensos entre os actores.

”

Resultados e Discussão

A partir dos discursos dos actores-chave foram determinadas as seguintes variáveis (Vn):

- V1: **Sustentabilidade financeira da Região Sanitária** (inclui a questão da participação financeira nos custos, autonomia financeira, investimentos futuros, fontes de financiamento, orçamento regional ou por Delegacias de Saúde);
- V2: **Disponibilidade de recursos humanos qualificados na Região Sanitária** (inclui a questão da estabilidade, suficiência, comprometimento profissional, formação contínua);
- V3: **Comprometimento político com a Região Sanitária** (inclui os pactos sobre reforma do Estado, negociações com os parceiros, inclusão na agenda governamental dos diferentes níveis de poder);
- V4: **Marketing social da Região Sanitária** (inclui a divulgação da região, resistências à inovação organizacional, informação sobre a região, formação de uma opinião sobre a região);
- V5: **Articulação entre as estruturas da Região Sanitária** (inclui a institucionalização das relações entre as estruturas, a federação das estruturas, a hierarquização dos cuidados, a transferência de utentes, a supervisão, a partilha de recursos, referência e contra-referência);
- V6: **Capacidade de resposta técnica na Região Sanitária** (inclui as condições técnicas disponíveis, funcionalidade dos serviços, credibilidade junto dos utentes, humanização dos cuidados);

V7: Política Nacional de Saúde (inclui as prioridades do Ministério da Saúde, a agenda política, a institucionalização da política de regionalização no país, as estratégias sobre os cuidados primários e os cuidados diferenciados);

V8: Capacidade de gestão na Região Sanitária (inclui a existência de um corpo coeso de gestão, autonomia administrativa, capacidade de negociação, existência de normas e protocolos, racionalização da gestão, controle e prestação de contas);

A análise estrutural das variáveis através do Sistema de Matriz de Impactos Cruzados (MIC)³ determinou as principais variáveis motrizes.

“
A análise estrutural das variáveis através do Sistema de Matriz de Impactos Cruzados (MIC)³ determinou as principais variáveis motrizes.”

TABELA 1. MATRIZ DE ANÁLISE ESTRUTURAL (SINTÉTICO TODOS OS ACTORES)

| Acção de/sobre | V1 | V2 | V3 | V4 | V5 | V6 | V7 | V8 | Total |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|-------|
| V1 | | 2,4 | 2,5 | 2,2 | 2,3 | 2,4 | 2,4 | 2,6 | 16,8 |
| V2 | 2,2 | | 2,6 | 1,4 | 1,9 | 1,8 | 2,8 | 2,2 | 15,1 |
| V3 | 1,8 | 1,9 | | 1,6 | 1,2 | 1,9 | 2,7 | 2 | 13,1 |
| V4 | 1,6 | 2,3 | 1,9 | | 1,9 | 2,3 | 1,8 | 2,2 | 14 |
| V5 | 1,6 | 2,6 | 1,5 | 1,6 | | 2,4 | 2,1 | 2,7 | 14,5 |
| V6 | 2,5 | 2,9 | 1,8 | 1,5 | 2,5 | | 2,2 | 2,6 | 16 |
| V7 | 1,5 | 2,1 | 2,4 | 1,7 | 1,8 | 1,8 | | 1,6 | 12,9 |
| V8 | 2,2 | 2,7 | 1,9 | 1,2 | 2,6 | 2,4 | 1,7 | | 14,7 |
| Total | 13,4 | 16,9 | 14,6 | 11,2 | 14,2 | 15 | 15,7 | 15,9 | |

Escala de 0 a 3 valores, sendo nenhuma (0), baixa (1), média (2) e alta (3) intensidade

Fonte: A partir das matrizes preenchidas pelos entrevistados

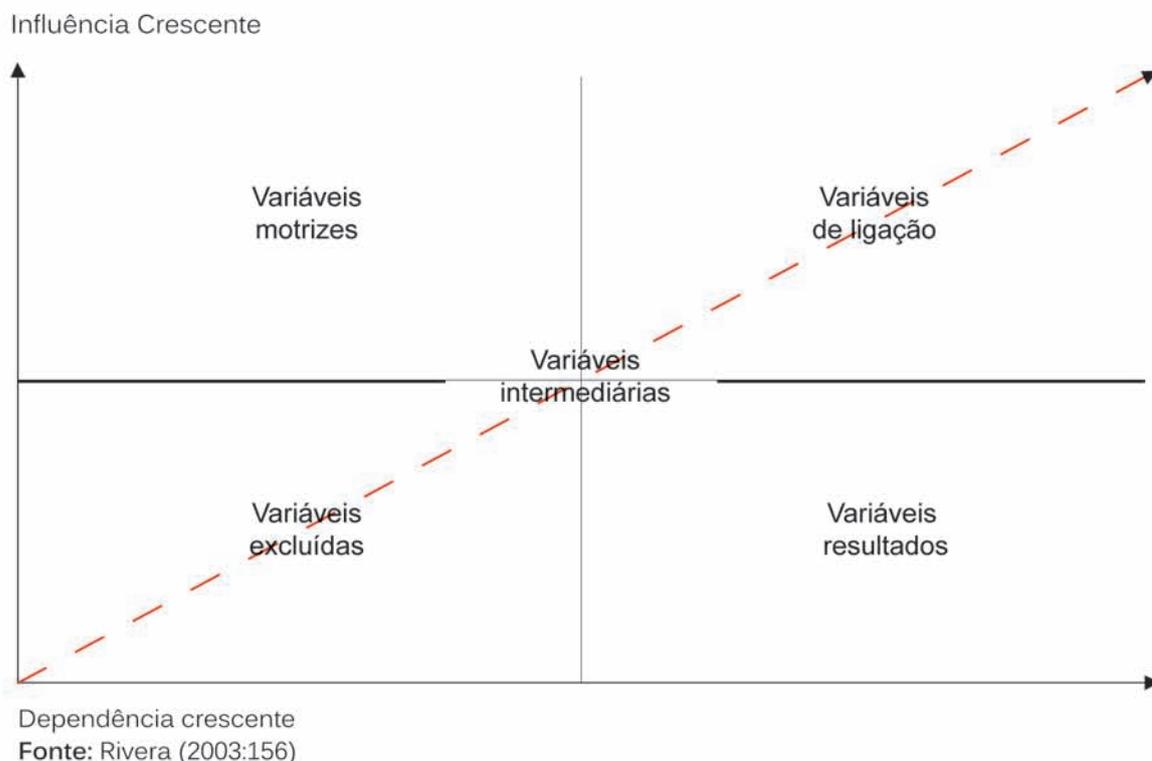
As avaliações aqui apresentadas são as médias das médias obtidas a partir das três matrizes iniciais. Como se pode observar, as variáveis V1 (Sustentabilidade financeira) e V6 (capacidade de resposta técnica) apresentam maior motricidade. E as variáveis V2 (Disponibilidade de recursos humanos qualificados) e V8 (Capacidade de gestão) se apresentam como variáveis de ligação. Na sua maioria as variáveis-chave aqui avaliadas se comportam como variáveis de ligação e conferem um caráter de “incertezas críticas” que irão depender muito das dinâmicas de negociações e obtenção de consensos entre os actores. Não é evidente que entre as oito variáveis existam situações de variáveis que explici-

tamente se comportem como dependentes e por isso passíveis de descartar no momento de priorização das acções de implementação do processo de regionalização.

A partir desta matriz global é construído o gráfico de influência/dependência das variáveis em análise para determinar a distribuição das variáveis (fig.1). Essa distribuição pode ser classificada em dois modelos: compatível com um sistema estável ou sistema instável (RIVERA, 2003).

³ A matriz de impactos cruzados é uma abordagem metodológica para a construção de cenários prospectivos. Foi desenvolvido o método para suprir a deficiência de diversos métodos de previsão, como Delphi, a análise morfológica e o brainstorming, que não consideram as relações existentes entre as diversas variáveis em estudo, projetando-as de forma isolada. Cf. em Marcial e Grumbach (2001);

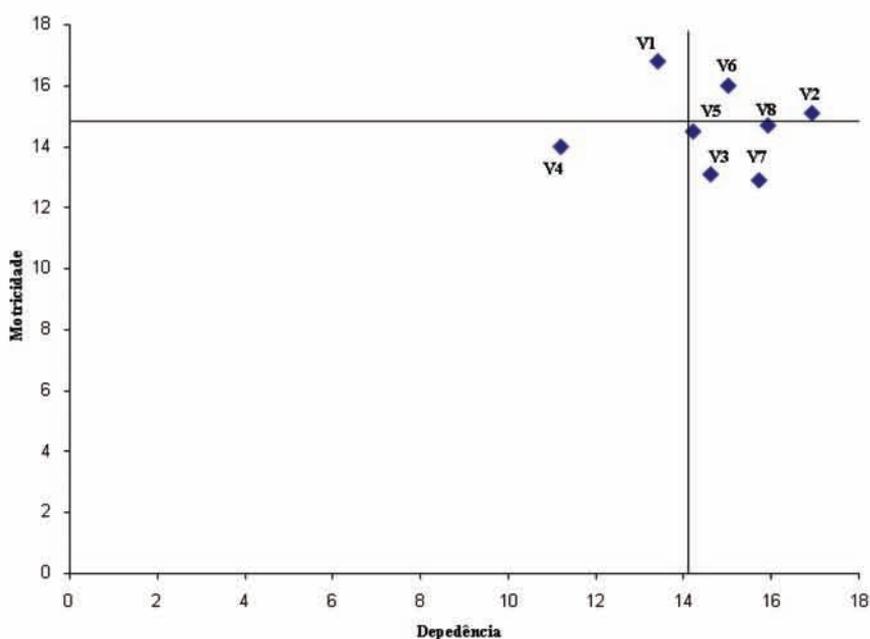
FIGURA 1. ARQUÉTIPO DA DISTRIBUIÇÃO DE MOTRICIDADE E DE DEPENDÊNCIA DAS VARIÁVEIS



A partir das matrizes de análise estrutural estudadas pode-se observar que existe tendencialmente um predomínio das variáveis de ligação sobre as variáveis motrizes, conforme mostra a Figura 2. Esta configuração caracteriza o modelo de distribuição de variáveis denominado de sistema instável (RIVERA, 2003).

Neste ambiente de "incertezas críticas" segundo Rivera (2003) a partir de Godet (1993), o puro exercício do planejamento tradicional normativo não dá conta dos desafios propostos pela construção dos diversos cenários. A análise prospectiva deveria estar associada a uma reflexão em termos do jogo dos actores envolvidos no processo de implementação da regionalização, já que a dialética dos actores se apresenta como determinante na construção dos cenários.

FIGURA 2. DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS SEGUNDO MOTRICIDADE E DEPENDÊNCIA



Fonte: A partir de dados da matriz sintética

Como se pode observar a partir do cruzamento dos valores da motricidade e da dependência, as variáveis situaram-se predominantemente no quadrante superior esquerdo do gráfico, reforçando a condição de neste caso estar-se a trabalhar num ambiente classificado como um modelo de sistema instável (RIVERA, 2003). Esta leitura é totalmente válida quando se considera toda a extensão do gráfico a partir dos pontos “zeros”. Quando ao gráfico são plotados os pontos médios da motricidade e da dependência (PM e PD), a realidade fica bem diferente. Nesta óptica a variável V1 (sustentabilidade financeira) torna-se uma variável motriz. A variável V4 (Marketing Social da Região Sanitária) aparece no quadrante II mostrando-se como uma variável autônoma com pouca motricidade e pouca dependência. As variáveis autônomas são geralmente tendências de peso ou fatores desligados do sistema, e que não constituem determinantes do futuro, podendo ser excluídas da análise (MARCIAL e GRUMBACH, 2001). As variáveis V3 (comprometimento político com a Região Sanitária) e V7 (Política Nacional de Saúde) aparecem como variáveis de resultado sendo pouco motrizes e muito dependentes e seus comportamentos futuros serão explicados pelas variáveis de ligação. As variáveis V2 (disponibilidade de recursos humanos qualificados), V6 (capacidade de resposta técnica na região), V8 (capacidade gestão na região) continuam ainda nesta perspectiva como variáveis de ligação. E a variável V5 (articulação entre as estruturas da região) comporta-se

como uma variável intermediária. Reportando-se à figura 3 e à matriz anteriormente apresentada, percebe-se que a condição anterior de todas as variáveis se comportarem como variáveis de ligação, surge como consequência de os sujeitos da pesquisa terem altamente valorizado as variáveis. Uma das explicações para este facto é a possibilidade dos entrevistados terem pouco diferenciado entre as variáveis, aquelas que são importantes, das que realmente são decisivas. Entretanto, a heterogeneidade dos actores entrevistados proporciona esse tipo de desafios que, aliás, são bem mais próximos da realidade que é complexa, quando se aborda temas que demandam negociações, partilha de recursos e de poder, mudanças organizacionais, gestão participativa, entre outros elementos. O que se deve inferir deste gráfico (ou sistema instável) é a necessidade de operacionalizar instrumentos de gestão que tenham como suporte o cálculo estratégico como metodologia de gestão em oposição ao planeamento normativo tradicional. E ainda estimular como atitude gerencial a cultura de prestação de contas e o comprometimento com os resultados, seja por via de contractualização não-formal, seja por pactos que reforcem esse laço com os objetivos estratégicos propostos.

Neste estudo de caso a reflexão que o predomínio das variáveis de ligação traz é a de compreender as condições que estão por detrás deste universo de risco e de incertezas. Primeiramente, está-se a trabalhar com a prospectiva forecasting. Os futuros são múltiplos

e incertos e não totalmente previsíveis para as instituições e organizações. Segundo, a heterogeneidade dos actores que participaram deste estudo (nível central, nível local subordinado ao nível central e actores políticos nos municípios) detém expectativas diferentes e interesses institucionais não necessariamente convergentes, exigindo para isso toda uma aprendizagem da cultura de negociação. Terceiro, o processo de regionalização em curso no país é um processo novo, sem experiência prévia a nível nacional. E por isso mesmo, é um projeto piloto de testagem desta inovação organizacional dos serviços de saúde em Cabo Verde.

Provavelmente, esta complexidade de variáveis em que se vai operacionalizar a regionalização dos serviços de saúde explica o predomínio das variáveis de ligação como suporte para o delineamento da construção dos cenários.

ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS ACTORES SOBRE AS VARIÁVEIS

Somente a análise estrutural das variáveis não confere todos os requisitos básicos para a construção dos cenários. A análise da influência dos actores-chave sobre as variáveis expressa uma fase explicativa anterior à exploração das estratégias dos mesmos face às principais tendências possíveis dos cenários. A partir da análise da matriz de influência dos actores, forma-se uma ideia da governabilidade que detêm no processo e permite definir quais deles terão maior poder de influência sobre o comportamento futuro de quais variáveis⁴ (RIVERA, 2003).

⁴ Esta análise de influência dos actores é importante, pois a maioria das rupturas de tendências é causada pelos movimentos desses actores. São eles que têm capacidade para fazer com que o sistema evolua em função de suas acções. Caso o comportamento de uma variável esteja em desacordo com a estratégia de um actor, certamente esse comportamento será alterado para responder às expectativas do actor, por enquanto tiver valor. Cf. Marciel e Grumbach (2001);

A análise discursiva dos entrevistados identificou sete (7) actores-chave (An):

- A1: População da Região Sanitária (*inclui as associações, os parceiros sociais, ONG's*);
- A2: Delegacias de Saúde e Hospital Regional (*inclui os gestores locais de saúde e os profissionais de saúde*);
- A3: Câmaras Municipais (*Prefeitos*);
- A4: Ministério da Saúde (*Gestores nacionais dos serviços de saúde*);
- A5: Gabinete Técnico da Região Sanitária (*inclui os órgãos colegiais de gestão*);
- A6: Cooperação Internacional (*inclui as agências de cooperação bilateral e multilateral*);
- A7: Ministério das Finanças (*Gestor do orçamento de Estado, fiscalização financeira*);

“
...é preocupante como os outros parceiros deste processo são tidos como coadjuvantes ou em alguns casos mesmo, como simples contempladores.”

TABELA 2. MATRIZ DA INFLUÊNCIA DOS ACTORES SOBRE AS VARIÁVEIS (SINTÉTICO)

| | V1 | V2 | V3 | V4 | V5 | V6 | V7 | V8 |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| A1 | M | B | A/M | A/M | B | B/N | M/B | B |
| A2 | A | M/B | M/B | A | A | A | M | A |
| A3 | M | B | A | A | B/M | B | M/B | M/N |
| A4 | A | A | A | M | M/A | A/M | A | M |
| A5 | M/A | M | M/B | A/M | A | M/A | M/B | A |
| A6 | M | M | B | B | N/B | B/M | N/B | B/M |
| A7 | A | A | A/M | B/N | B/N | M/B | M/A | M/B |

Escala: A – alto; M – médio; B – baixo; N – nenhuma

Fonte: A partir das matrizes preenchidas pelos entrevistados

Pode-se observar que o actor-chave A2 (Delegacias de Saúde e Hospital Regional), bem como ao actor A (Ministério da Saúde), são reservados ou pelo menos se espera deles por parte dos entrevistados, uma importante influência no processo de implementação da regionalização na RSSN. Compreende-se essa lógica de avaliação tendo em conta que o A2 é o responsável pela gestão local da saúde e o actor A4 é o gestor nacional dos serviços de saúde. Um executa as políticas e diretrizes formuladas pelo outro. Entretanto, é preocupante como os outros parceiros deste processo são tidos como coadjuvantes ou em alguns casos mesmo, como simples contempladores. Isto é válido para o actor A1 (População da Região Sanitária) que é o principal beneficiário desta inovação organizacional e que deveria ser reservada a capacidade de influenciar todo o processo através de suas representações sociais (ONG's, associações, etc.). Esta compreensão está ancorada numa visão cultural de que os problemas de saúde deverão ser resolvidos pelos responsáveis de saúde e pelos profissionais de saúde.

A governabilidade que o actor A5 (Gabinete Técnico da Região Sanitária) que inclui os órgãos colegiais de gestão terá sobre as variáveis da regionalização é considerada com uma ponderação de influência média na sua maioria, contrastando com os actores A2 e A4 que também são órgãos do Ministério da Saúde. Uma provável explicação é que este órgão está nascendo com a implementação da RSSN e precisa conquistar o seu espaço, por outro lado os outros parceiros são representados nele através dos órgãos colegiais, a Comissão Deliberativa e a Conselho Consultivo. Outra possível explicação é que parece estar reservado a este actor um mero papel de coordenação ou de uma gestão distanciada. Uma posição diferente encontrada na experiência internacional (Canadá, Reino Unido e Brasil).

A governabilidade observada no actor A3 (Câmaras Municipais) é considerada na sua maioria entre média e de baixa influência. Entretanto, se de um lado existe uma manifestação discursiva e até política de interesse pela participação deste actor como um agente que

intervém efectivamente, o peso da influencia que lhe é atribuída aqui sobre as variáveis, não é condizente com a intenção. Pressupõe-se que ele tenha um maior controlo de recursos para variáveis (V3: Comprometimento político com a região sanitária e V4: Marketing Social da região sanitária) que foram consideradas dependentes ou de resultado na matriz de análise estrutural. Em relação às variáveis motrizes a sua governabilidade é baixa. Contudo, vale mencionar que este actor é detentor de uma importante rede institucional de relações seja no país ou no exterior, com possibilidades de mobilização de recursos financeiros, técnicos e de cooperação.

DEFINIÇÃO DOS EVENTOS DE TENDÊNCIA CENTRAL

Foram produzidos discursos de sujeito colectivo nem sempre coincidentes. Para algumas variáveis convertidas em eventos (En) produziram-se discursos múltiplos e por vezes até opostos sobre o mesmo evento. Aqui são apresentadas as idéias centrais dos discursos colectivos DSC).

V1 => E1: a tendência é expandir e reforçar as fontes de mobilização de recursos financeiros.

DSC – 1 (O financiador principal é o Estado, mas devem ser encontradas outras fontes para mobilização de recursos, nomeadamente as participações dos utentes).

DSC – 2 (Devem existir orçamentos separados para as Delegacias de Saúde).

DSC – 3 (Deveria existir um orçamento único para a região sanitária).

DSC – 4 (Os significados da autonomia financeira para a região sanitária).

V2 => E2: a tendência é a qualificação dos profissionais de saúde e o aumento de seu numero.

DSC – 1 (A RSSN será dotada com RH capacitados e em números necessários).

DSC – 2 (A RSSN vai enfrentar a falta de estabilidade de RH qualificados).

V3 => E3: a tendência é fortalecer o compromisso político com a região sanitária.

DSC – 1 (A RSSN deve ser assumida materialmente e politicamente por todos).

DSC – 2 (A recentralização do projeto face às dificuldades é uma ameaça).

V4 => E4: a tendência é realizar trabalhos de divulgação da missão da região sanitária entre os profissionais de saúde e a população.

DSC – 1 (Uma boa informação sobre a reforma ajuda a diminuir as resistências).

V5 => E5: a tendência é reforçar a articulação entre as estruturas que formam a região sanitária.

DSC – 1 (A articulação entre as estruturas de saúde deve ser estimulada e incentivada para superar a cultura centralizadora).

V6 => E6: a tendência é aumentar a capacidade de resposta técnica que é oferecida na região sanitária, tanto humana como em equipamentos.

DSC – 1 (O impacto da RS vai depender do comportamento das estruturas técnicas e dos profissionais de saúde na região).

V7 => E7: a expectativa é colher experiências positivas do modelo de regionalização em curso e institucionalizá-lo para outros espaços geográficos do país.

DSC – 1 (A RSSN será um espaço de reflexão e cujas lições contribuirão para as reformas do Serviço Nacional de Saúde).

DSC – 2 (Nós somos a favor da regionalização com controle).

V8 => E8: a tendência é reforçar a capacidade de gestão na região sanitária.

DSC – 1 (A RS deve instituir normas de gestão e de funcionamento e realizar supervisões de qualidade).

DSC – 2 (A RS foi definida como uma junção, aglomeração das DS da Região Norte, sem uma integração efectiva e plena das DS na região).

“

Foram produzidos discursos de sujeito colectivo nem sempre coincidentes. Para algumas variáveis convertidas em eventos (En) produziram-se discursos múltiplos e por vezes até opostos

”

DEFINIÇÃO DAS PROBABILIDADES DE OCORRÊNCIA DOS EVENTOS

A probabilidade de ocorrência isolada dos eventos foi construída a partir da pergunta formulada aos entrevistados sobre "qual a probabilidade de ocorrência isolada de E1 (evento 1) e demais eventos?";

Para a construção da tabela de probabilidades condicionadas (tabela 3), a pergunta formulada aos entrevistados foi "qual a probabilidade de que ocorra E1 (evento1) caso se realize o E2?" e aí por diante.

TABELA 3. MATRIZ DAS PROBABILIDADES CONDICIONADAS

| | E1 | E2 | E3 | E4 | E5 | E6 | E7 | E8 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| E1 | | +3 | +4 | +2 | +2 | +3 | +3 | +5 |
| E2 | +4 | | +3 | +2 | +2 | +4 | +2 | +4 |
| E3 | +2 | +1 | | 0 | +2 | +2 | +4 | +3 |
| E4 | +2 | +3 | +4 | | +2 | +2 | +1 | +4 |
| E5 | 0 | +4 | +2 | +2 | | +4 | +1 | +4 |
| E6 | +4 | +5 | +4 | +2 | +4 | | +3 | +3 |
| E7 | +4 | +3 | +4 | +1 | +3 | +4 | | +4 |
| E8 | +4 | +2 | +3 | +1 | +4 | +3 | +2 | |

Escala de probabilidade: probabilidade pequena ou quase nula (valor 1); improvável (valor 2); probabilidade média (valor 3); provável (valor 4); alta probabilidade (valor 5); eventos separados ou independentes (valor 0)

Fonte: A partir dos dados fornecidos pelos entrevistados

Esta matriz mostra em todas as células, excepto em dois, a ausência de inibição dos eventos. O que existe é uma correlação de estímulo dos eventos caso se realizem os eventos associados. O evento (E1) "reforço e expansão de fontes de mobilização de recursos financeiros" tem a sua ocorrência provável no caso de os eventos E2 (qualificação de RH), E6 (aumento da capacidade de resposta técnica), E7 (institucionalização do modelo de regionalização em outros espaços geográficos do país) e E8 (reforço da capacidade de gestão na região) se realizarem.

“
O que existe é
uma correlação
de estímulo dos
eventos caso se
realizem os eventos
associados.”

O evento E8 (reforço da capacidade de gestão) tem alta probabilidade de ocorrer caso se realize o evento E1 (reforço e expansão das fontes de mobilização de recursos financeiros). E este evento (E8) ainda tem a sua ocorrência provável caso se realizem os eventos E2 (qualificação e aumento de RH), E4 (realização de trabalhos de divulgação da missão da região sanitária entre os profissionais de saúde e a população), E5 (reforço da articulação entre as estruturas de saúde) e E7 (disseminação do modelo de regionalização em outros espaços geográficos do país).

“
A capacidade de resposta técnica na região aumentará consideravelmente no nível de atenção secundária (Hospital Regional) e a sua percepção será forte a partir do terceiro ano de funcionamento e com tendência a se estabilizar após cinco anos de funcionamento.”

ELABORAÇÃO DOS CENÁRIOS MAIS PROVÁVEIS

Cenário Central

Neste cenário os eventos estudados tendem a se materializar. O governo continuará a ser o principal financiador do Sistema Nacional de Saúde, com tendência a estimular a participação dos utentes no custeio da atenção à saúde. É improvável a participação das Câmaras Municipais no financiamento das actividades de prestação de cuidados. A região terá autonomia de gestão sobre os recursos disponibilizados e não uma autonomia financeira com um único centro de custos. Não haverá unicidade de gestão dos recursos financeiros. As Delegacias de Saúde e o Hospital Regional farão a gestão directa de seus orçamentos alocados do nível central. Nos primeiros anos com a implementação da RSSN haverá um forte aumento/reforço do orçamento destinado à região, muito por conta da entrada em funcionamento do novo Hospital Regional. A tendência em manter os orçamentos das Delegacias de Saúde separados e independentes em oposição a um orçamento único da região sugere a possibilidade de manutenção dos mesmos níveis de orçamento para estas estruturas. Como consequência haverá muita "pressão orçamentária" para a prática de cobranças pelos serviços prestados. A tendência em médio prazo é focalizar a disponibilização de atendimentos gratuitos nas populações economicamente carentes. O nível de gastos com a saúde (cerca de 10% do OGE) limita a capacidade de expansão orçamentária do governo. O INPS disputará a hegemonia de financiador principal dos serviços de saúde produzidos no sistema público de saúde. A tímida expansão a registrar no futuro

será por conta da afectação de técnicos do nível intermediário e superior (especialistas). A afectação dos profissionais de saúde do nível auxiliar e de apoio e ainda nas áreas de administração e gestão continuará deficitária e constituirá encargos financeiros directos para as estruturas de saúde através da aplicação de recursos financeiros arrecadados localmente. Existe uma bolsa de pobreza na região que vai condicionar o volume das participações. A região merecerá forte apoio político em consequência de uma maior participação da sociedade civil representada nos órgãos colegiais de gestão. Após uma década da elaboração da Carta Sanitária de Cabo Verde, uma de suas propostas de organização dos serviços de saúde (regionalização) será testada e em decorrência a sua disseminação em outras áreas geográficas. A capacidade de resposta técnica na região aumentará consideravelmente no nível de atenção secundária (Hospital Regional) e a sua percepção será forte a partir do terceiro ano de funcionamento e com tendência a se estabilizar após cinco anos de funcionamento. A resolutividade dos Centros de Saúde continuará baixa nos próximos anos. Haverá uma ligeira melhoria da capacidade de gestão na região, inicialmente no HR e no Gabinete Técnico de coordenação da região. A autonomia das Delegacias de Saúde e do HR configura um modelo "federativo" das estruturas de saúde na região e que dificilmente funcionarão em rede no sentido real do termo.

Cenário Pessimista

A dificuldade orçamentária depois do fim do projeto e saída do financiador externo poderá configurar na manutenção de níveis actuais do orçamento destinado às estruturas de saúde que formam a região. O orçamento de investimento diminuirá consideravelmente. Os investimentos em estruturas de raiz estão quase que terminados para os próximos dez anos. A resistência dos usuários (bolsa de pobreza, falta de compreensão dos propósitos do desembolso direto) em participar nos custos de saúde poderá ameaçar a estratégia de sustentabilidade da região, que está assente na comparticipação. A resistência também poderá advir pela transformação da RSSN num espaço de conflitos e interesses políticos. A falta de atractividade do trabalho técnico na região será um factor de instabilidade de RH qualificados, que poderá observar uma grande rotatividade prejudicando a consolidação das estratégias assumidas. A falta de unicidade na gestão de recursos financeiros pelo Gabinete Técnico enfraquece o seu mandato de coordenação na região, não conseguindo se impuser. O modelo de gestão da região como um modelo "federativo" gerará conflitos na construção da rede. A baixa resolutividade dos Centros de Saúde continuará nos próximos anos e a porta de entrada principal dos utentes continuará a ser o serviço de urgência do Hospital Regional. As vertentes de prevenção e promoção da saúde continuarão subvalorizadas.

Cenário Optimista

É suposto neste cenário a maioria dos eventos se realizarem favoravelmente. É a descrição do mundo dos cenários desejáveis. O governo continuará a ser o prin-

cipal financiador do sistema de saúde, sem problemas de expansão orçamentária até valores de 15% do OGE. A região é capaz de arrecadar pelo menos metade de suas necessidades financeiras e se transformar num instituto público. Haverá uma autonomia de gestão de recursos financeiros mediante a sua unicidade no nível da região através do Gabinete Técnico de coordenação. Haverá um orçamento único para a região.

A região será dotada de recursos humanos qualificados e suficientes, trabalhando em condições atractivas. Número de profissionais de saúde/habitantes equivalente com a média nacional.

O engajamento político com a região é forte. A região consegue responder às demandas e cuidados diferenciados de média complexidade. Existe uma rede funcional de pontos de cuidados alicerçados numa estratégia de reforço da resolutividade de cuidados primários nos Centros de Saúde. A porta de entrada dos utentes são os Centros de Saúde com cerca de 70% dos atendimentos na região. A capacidade de resposta técnica na região aumenta substancialmente

e a oferta de cuidados dentro da rede é hierarquizada, com uso de protocolos clínicos. A RSSN é uma referência de gestão no país. Os indicadores de saúde da região são os melhores do país. A bolsa populacional de pobreza desaparece ou diminui consideravelmente.

Conclusões

O cenário em que a materialização da Região Sanitária Santiago Norte vai ocorrer é de um cenário com todos os ingredientes que conformam um modelo de sistema instável. A gama diversificada de actores que são chamados para intervir neste processo responde a hierarquias distintas, pertence a instituições diferentes, tem expectativas diferentes e interesses passíveis de conflito vis-à-vis aos outros actores. Mas, mais importante que isso, são os desafios que foram lançados a todos eles. Estão unidos pelo espaço geográfico que têm que compartilhar para a implementação da RSSN e com sucesso. É o que se espera deles. Coerente com o modelo de sistema instável são as avaliações de probabilidade dos

“ O cenário em que a materialização da Região Sanitária Santiago Norte vai ocorrer é de um cenário com todos os ingredientes que conformam um modelo de sistema instável. ”

eventos centrais que resultaram unicamente numa probabilidade alta para os eventos E1 (sobre a sustentabilidade financeira) e E2 (sobre o reforço em RH qualificados). Para os restantes eventos a probabilidade de ocorrência isolada é baixa ou mesmo nula. As probabilidades condicionadas ocorrem num ambiente de potenciação e sinergia dos eventos na presença de ocorrências dos eventos pareados. O cenário central tende a reproduzir os eventos centrais. A evolução futura dos eventos relacionados com os temas sustentabilidade financeira da RSSN e o reforço da capacidade de gestão na região se mostraram com clivagens radicais a partir dos distintos Discursos do Sujeito Coletivo. O cenário da realização ou não destes eventos marcará a região sanitária de forma decisiva pelo sucesso ou não da sua implementação. O evento sustentabilidade financeira no sentido de perenização dos custos deveria ser explorado mais na perspectiva de melhorar a microgestão nas estruturas de saúde (a "bondade" e qualificação dos gastos, o comprometimento dos profissionais de saúde, controle de stock, instrumentos de gestão da clinica, etc.) da região no seu todo. E ainda a introdução de uma política de financiamento que considere o número de população (prática ainda inexistente), o nível da pobreza, o perfil epidemiológico, etc. Como evento coadjuvante à realização dos dois eventos apontados acima surge o evento E6 (sobre o aumento da capacidade de resposta técnica na RS). Estes seriam os pilares de todo o sistema para que o cenário central se realize. O cenário optimista está muito marcado pelo peso do evento sustentabilidade financeira, na busca de pelo menos 50% de autofinanciamento a partir dos recursos financeiros arrecadados localmente (institutos públicos). Esta expectativa está enraizada na

“

O estudo de caso mostrou que várias questões, embora conhecidas as suas pertinências, ainda permanecem com incertitudes de como realizá-las ou ultrapassá-las. As “narrações do futuro” aqui apresentadas nos discursos dos entrevistados testemunham esses factos.

”

possibilidade de uma expansão do volume da comparticipação dos utentes. Existem muitos factores limitadores para que isso aconteça. E por último o risco de exploração política do fenómeno de comparticipação nos custos é um freio a considerar. Existem experiências passadas deste fenómeno no país e inclusive nos municípios que formam a região. Por tudo isso, o cenário optimista é de baixa probabilidade de ocorrência. O cenário pessimista aqui apresentado deve ser visto como uma possibilidade para anular ou minimizar a probabilidade de sua ocorrência e dos eventos de tendência negativos que pode gerar.

O estudo de caso mostrou que várias questões, embora conhecidas as suas pertinências, ainda permanecem com incertitudes de como realizá-las ou ultrapassá-las. As “narrações do futuro” aqui apresentadas nos discursos dos entrevistados testemunham esses factos. É compreensível esta constatação tendo em conta a falta de experiência no país, pelo menos nesta área, de um projecto desta envergadura que envolve parceiros numa área que tradicionalmente é da responsabilidade política e técnica do Ministério da Saúde. Está sendo vivenciado não somente uma descentralização verdadeira dentro do próprio Sistema Nacional de Saúde, mas este processo ainda tem o mérito de “convidar” outros parceiros para opinarem, participarem, construir juntos, esta inovação organizacional. É um aprofundamento do exercício democrático e da cidadania.

Acreditando no comprometimento dos actores-chave, enquanto seres humanos, vale aqui ressaltar a advertência que Godet (2004) faz sobre os limites da formalização dos modelos de análise (cenários). Para este autor, os “homens são também guiados pela intuição e paixões” e os modelos são inven-

ções do espírito para representar um mundo que não se deixará nunca se aprisionar em equações. Morgan (2006) tem a mesma leitura quando afirma que "as dimensões estão na mente e não nos fenômenos", mas pelo facto de que as organizações são muitas coisas ao mesmo tempo, estes constructos ajudam a encarar a realidade transformando a compreensão do observador.

O que importa é como passar da intenção ao gesto.

O próprio Godet (2004) afirma que não existe uma escapatória possível e que um sistema não é a realidade, mas um meio (através do espírito humano) de a observar. Segundo este autor, "a análise de sistema não é mais do que uma forma de pensamento que se observa enquanto pensamento, é também um acto de fé epistemológica: ele supõe que o observador seja capaz de se observar ao mesmo tempo que observa". Neste estudo de caso, o observador é o sujeito de pesquisa que discursa da realidade e o sistema são os cenários da realidade dos quais os sujeitos de pesquisa fizeram uma narração futura. E o autor acrescenta que é neste sentido que é necessário um pensamento complexo para compreender a complexidade de seu próprio pensamento (representação da realidade). O objetivo dos métodos não é somente o de produzir resultados, mas também o de ser a ocasião para uma reflexão estruturada e de uma comunicação inteligível sobre um determinado tema. E recomenda que "o mais importante num estudo (de prospectiva, de estratégia ou de marketing), não é o relatório que dele resulte, mas o que se passou no espírito daqueles que foram implicados na reflexão". As ferramentas são "úteis para preparar as escolhas, mas não substituem a liberdade dos sujeitos sobre estas escolhas", acrescenta este autor.

A prova empírica da literalidade dos depoimentos narrativos do futuro aqui apresentados, podem permitir ao leitor um julgamento sobre a matéria-prima e quiçá antever (e porque não construir?) outros cenários no mundo dos cenários possíveis aqui não apresentados.

Como afirma o próprio Godet (2004) o "passado é único, o futuro é múltiplo e incerto"

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cabo Verde. Ministério da Saúde. Carta Sanitária. 1999.
- Cabo Verde. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde. 2006.
- Godet, M.; Manual de prospectiva estratégica: da antecipação à acção; Editora Publicações Dom Quixote; Lisboa, 1993.
- Godet, M.: La caja de herramientas de la prospectiva estratégica; Cuaderno no. 5; 4ª. Edición actualizada; Prospektiker. es.; España, Abril de 2000.
- Godet, M.: Manuel de Prospective Stratégique, Tom 2. L'art et la méthode; 2e. Edition, DUNOD, Paris, France, 2004.
- Lefèvre, F. e Lefèvre, A. M. C.: O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Editora EDUCS, Caxias do Sul, Brasil, 2005.
- Marciel, E.C. e Grumbach, R.J.S.: Cenários Prospectivos: como construir um futuro melhor, Editora FGV, Rio de Janeiro, 2001;
- Morgan, G.: Imagens da Organização; Editora Atlas; São Paulo, 2006.
- Piola, S.F. et col.: Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. In Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 181-190, 2002.
- Rivera, F.J. U.; Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
- Tobar, F. e Yalour, M.R.; Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular e redimir teses e informes de pesquisa; Editora Fiocruz; Rio de Janeiro, 2001.
- Valdez, T.A.S: Regionalização e Integração Sistêmica: cenários para a reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde, 2007, 242 f. Dissertação de mestrado, ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, Brasil.

POST SCRIPTUM:

A importância deste estudo de caso não estará vinculada ou atribuída ao grau de acerto de seus cenários futuros, mesmo que haja a tentação e a predisposição em fazê-lo por algum leitor apostador, fascinado e vislumbrado perante uma hipotética bola de cristal.

A sua importância reside fundamentalmente nas reflexões que o método prospectivo proporciona e ao exercício de aprendizado que este estudo de caso possibilitou, enquanto ferramenta de auxílio para a gestão estratégica e na tomada de decisões.

Nos processos de reformas muitas variáveis se interagem, algumas sem governabilidade dos reformistas. Uma reforma contém em si uma grandeza de incerteza. A relevância está, na verdade, no uso que pode ser feito, hoje, dos cenários traçados, das tendências dos eventos positivos (passíveis de serem incrementados) ou negativos (passíveis de serem anulados ou minimizados) para que as previsões positivas se concretizem (PIOLA et col; 2002).

Para se saber se os cenários são eficazes, basta verificar se alguém mudou de comportamento porque viu o futuro de modo diferente.

... e em 2012, *Quo vadis*
Santiago Norte?

* Artigo reproduzido a partir da dissertação do autor em 2007, apresentada à ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

Opinião Riba Cutelo

Abrangendo seis
municípios e
cerca de 120.184
indivíduos esta
é assim a maior

Reconhecemos o

região do País com
escala mínima
para viabilizar
investimentos
numa estrutura
de prestação
de cuidados de
saúde de média
complexidade
que tem hospital
central da Praia
como referência de
nível superior

Gan

Em Santa Catarina o poder local reconhece a Região Sanitária de Santiago Norte como um projecto ousado, uma iniciativa interessante de descentralização dos serviços de saúde que deve inclusive ser configurada e reforçada em aplicação da lei-quadro da descentralização administrativa.

Nós acreditamos, deste logo pelos resultados até então obtidos, pelo engajamento do pessoal de saúde desta região e em especial pela adequação aos pressupostos da política nacional de saúde e pelo engajamento dos parceiros de desenvolvimento, quanto pelas perspectivas do desenvolvimento da rede pró-saúde para que muito contribuirão as mutualidades de saúde e Santa Catarina detém hoje seguramente a maior desta ilha senão do País. Aproveitamos o ensejo para sublinhar o papel da cooperação luxemburguesa que investiu cerca de 11 milhões de euros neste



S

Engº FRANCISCO FERNANDES TAVARES
Presidente da Câmara Municipal
de Santa Catarina de Santiago

hos

projecto com resultados que seguramente encorajam demais parceiros de desenvolvimento, especialmente neste momento crucial em que é necessário redobrar os esforços para a consolidação.

Abrangendo seis municípios e cerca de 120184 indivíduos esta é assim a maior região do País com escala mínima para viabilizar investimentos numa estrutura de prestação de cuidados de saúde e média complexidade que tem hospital central da Praia como referência de nível superior.

Assim é notável o facto de 70 a 75 por cento das evacuações da região se efectuarem para o Hospital Regional Santiago Norte, o que constitui uma reorientação estrutural na prestação de cuidados de saúde. O reforço dos postos de saúde e dos centros de saúde quanto a prestação de cuidados primários de saúde re-

dundaram numa maior aproximação às populações. Curiosamente a procura medida pelos atendimentos de urgência, cerca de 20.000 casos (16% da população) aproxima da média nacional medida pelo Inquérito às Despesas e Receitas Familiares de 2001-2002 e pelo QUIBB 2006. Reconhece-se também o efectivo reforço do pessoal técnico de saúde.

É também notável o facto de se ter atingido a primeira meta que é o nivelamento a nível da região, e não menos importante, será a convergência dos seis municípios para níveis comparáveis às médias nacionais, mas muito especialmente, a região deve adoptar metas ousadas, ou seja de excelência e isto faz deste projecto, um grande desafio para o Governo de Cabo Verde, os técnicos de saúde, o poder local nos municípios de Santa Catarina, Tarrafal, Santa Cruz, São

Miguel, São Lourenço dos Órgãos e São Salvador do Mundo.

VISÃO REALISTA DOS AVANÇOS, DAS FRAQUEZAS E ATENTA À PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO

Contudo é de se reconhecer que o percurso parece ainda relativamente longo até se atingir o nível de excelência para ser referência. E para este percurso contribuirão factores externos à autoridade sanitária como os factores sociais designadamente o nível de educação da população e em especial o nível de conhecimento e de aplicação das boas praticas para a saúde, factores ambientais como o nível de saneamento, medido designadamente pela qualidade da água, quanto pela higiene domestica alimentar e pessoal quanto do saneamento publico, mas também

os factores socioeconómicos que tem a ver com o nível de rendimento das populações e neste caso com o nível de pobreza na região.

Em matéria de saúde reprodutiva, a adolescência continua sendo uma franja de relativo fracasso, sendo que cerca de 19 por cento das meninas dos 15-19 anos já tiveram pelo menos uma gravidez, o que significa que já tiveram relação sexual não protegida. É de se questionar se a prevalência do HIV-SIDA não está em processo de deslocação para os jovens e adolescentes.

Reconhece-se igualmente que pelo facto de confluírem para o Hospital Regional Santiago Norte quase três quartos das transferências, mais casos de óbitos tem estado a ocorrer numa única estrutura sanitária da região explica, pelo menos em parte a percepção da população de que há mais mortes, o que não é verdade, pois por exemplo em 2010, dos 3282 internamentos apenas 87 resultaram em óbitos.

Um grande desafio da gestão desta região sanitária e em especial do Hospital Regional é o estudo da percepção da população relativamente à região e a esse hospital e a devida consideração na conformação dos mecanismos e instrumentos de gestão, quanto do marketing so-

cial, tendo em vista a equidade e em especial a universalidade.

A percepção actual da população deve-se certamente ao nível de expectativa que o hospital gerou, ainda não correspondida e em especial às expectativas que um processo de reforma do tipo suscita, mas pode também requerer melhor adequação do sistema à cultura, ao nível de rendimento da população. Outros problemas comuns do sistema de saúde aqui se manifestam como os inerentes à administração das taxas moderadoras.

Antes de mais o poder local é o poder de proximidade com vastas competências, da distribuição da água, ao saneamento, à habitação e inclusive algumas competências na área da saúde.

PODER LOCAL PODE AGIR SOBRE FACTORES QUE INFLUEM NA SAÚDE

Sobre factores sociais como a educação, contribuindo para o reforço do nível de conhecimento e de aplicação das boas práticas para a saúde, da higiene doméstica, pessoal e alimentar, como na educação para a saúde reprodutiva, designadamente através dos seus técnicos sociais quanto da sua rede de agentes admi-

nistrativos, mas também dos serviços de informação, orientação e aconselhamento jovem,

Sobre os factores ambientais designadamente através da água e do saneamento. Os municípios de Santiago Norte estão empenhados e solidariamente engajados em soluções de futuro para as áreas de água e saneamento, privilegiando o mecanismo da intermunicipalidade.

No respeitante aos resíduos sólidos criaram a Empresa Intermunicipal de Gestão dos Resíduos Sólidos que será concessionária do aterro sanitário da ilha de Santiago, em fase de construção, e ocupar-se-á da recolha e tratamento dos resíduos sólidos de toda a ilha de Santiago. Em matéria de águas limpas e águas residuais também escolheram a via da intermunicipalidade para a gestão da distribuição da água, das redes de esgotos e Estações de Tratamento de Águas Residuais, bem como do saneamento individual. Todos os municípios têm como prioridade as ligações domiciliárias de água que conferem mais facilidades e maior segurança sanitária no acesso à água potável.

Neste particular importa ainda referir que a acção urbanística tem impacto directo na qualidade de vida, seja na segurança, salubridade, habi-



tabilidade e conforto das habitações que também influem sobre os factores ambientais que condicionam a saúde. O Plano Director Municipal permite estender a acção urbanística a todo o território municipal e assim contribuirá para melhorar a qualidade e habitabilidade das habitações.

O poder local pode ainda agir sobre os factores socioeconómicos, realizando investimentos e desenvolvendo processos e parcerias para a dinamização das economias locais, a geração de emprego decente e a melhoria do rendimento. A acção do poder local no domínio da habitação também influi positivamente sobre uma das importantes dimensões da pobreza que é a insegurança habitacional. Todas as Câmaras Municipais empenham o melhor das suas capacidades em investimento directo e promoção de mecanismos e parcerias para a redução do défice e insegurança habitacionais.

A PERSPECTIVA DO PODER LOCAL NÃO SE DISTANCIA DAS GRANDES LINHAS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Assenta no princípio da equidade no acesso e na utilização dos serviços de saúde. Este princípio não está sendo realizado na integralidade ten-

do em atenção as dificuldades que a taxa moderadora coloca a muitos utentes pobres, quanto outros condicionalismos do acesso inerentes à situação de pobreza, pois cinco municípios desta região estão entre os mais pobres do País, com níveis de incidência da pobreza superiores à média nacional. Na região vive mais de 1/3 da população pobre de Cabo Verde.

Assim, impõe-se uma maior humanização dos serviços especialmente do HRSN. A rede de parceria para o acesso aos cuidados de saúde deve ser densificada. Em Santa Catarina a Câmara Municipal pode fazer mais para a região se forem valorizados os seus esforços e acredito no mesmo para os outros municípios da região.

A perspectiva do poder local assenta ainda no princípio da descentralização político-administrativa e técnica em direcção aos níveis municipal como a porta de entrada do sistema e regional, enquanto unidade funcional, fundamental da gestão e prestação de cuidados integrados.

Mais competências devem ser descentralizadas aos municípios, de forma programada, nos termos da lei quadro da descentralização administrativa, conferindo às Câmaras Municipais mais poderes e

mais recursos, nomeadamente humanos, para a gestão da saúde, especialmente ao nível da prevenção, dos cuidados primários, quanto da emergência médica.

A perspectiva do poder local assenta ainda no princípio da complementaridade entre os sectores público e privado ou seja assenta na convicção de que o desenvolvimento da medicina privada e a parceria publico-privada contribuirão para a diversificação e melhoria da prestação de cuidados de saúde.

Nós consideramos que o desenvolvimento e a consolidação da Região Sanitária Santiago Norte deve assentar em investigação e numa prestação de cuidados de saúde de média complexidade mas com qualidade e prontidão. Consideramos que mais cuidados devem ser prestados como os de saúde mental, quanto os cuidados de traumatologia como também uma melhor cobertura dos cuidados de estomatologia e de oftalmologia que continuam tendencialmente elitistas, mas são áreas passíveis de serem massificadas se se desenvolver parcerias como o sector privado.

Na perspectiva do poder local, existem vários especialistas que pretendem e podem desenvolver a medicina privada em complemento do



sector público, mobilizando inclusive saber e capitais estrangeiros.

As metas de excelência que a região deve atingir não devem ficar na exclusiva dependência da capacidade que o sector público vai adquirindo. Na perspectiva do poder local deve-se e pode-se acelerar o processo de consolidação da região sanitária, valorizando as capacidades que o sector privado pode doravante mobilizar, nacionais como estrangeiros, podendo inclusive associar a formação.

Na perspectiva do poder local, as metas para o desenvolvimento e consolidação não devem nem podem ser demasiado modestas por causa das dificuldades do sector público, mas sim devem ser ousadas e a região sanitária Santiago Norte deve também ser um pólo de ensaio da parceria público-privado na prestação de cuidados de saúde.

O Estatuto dos Municípios fixa como atribuições dos municípios no domínio da saúde, designadamente:

- A construção equipamento, gestão e manutenção de unidades sanitárias de base
- Promoção do controlo da aplicação de normas de saúde e higiene públicas dimanadas das autoridades sanitárias
- Promoção de acções, campanhas e programas de educação sanitárias;
- Acompanhamento e apoio as actividades dos organismos do sistema nacional de saúde pública no território municipal;
- Gestão do desenvolvimento sanitário a nível local

Não se justifica a construção de mais Unidades Sanitárias de Base, porquanto os municípios continuam mantendo as actuais, designadamente assegurando o pessoal. As Câmaras Municipais continuam sendo insubstituíveis no que diz respeito a controle de normas de saúde dimanadas de autoridades sanitárias, especialmente pela aplicação dos códigos de posturas municipais.



As Câmaras Municipais têm promovido acções, campanhas de educação sanitária, mas sobretudo tem acompanhado e apoiado de forma determinante actividades das delegacias de saúde, especialmente no âmbito da luta contra a dengue, o paludismo e outras doenças hídricas, mas também campanhas de vacinação..

Os seis Municípios da Região Sanitária Santiago Norte podem e devem desenvolver um sistema regional de emergência médica. Vai ser instalada em Assomada uma estação regional de protecção civil e esta poderá também desenvolver esta vertente. Deve resultar de uma parceria estratégica entre os serviços de protecção civil dos municípios e as estruturas de saúde com um corpo competente de paramédicos.

Os Municípios de Santiago Norte e em especial em Santa Catarina, a Câmara Municipal deseja e poderá dar um contributo essencial para a fixação e estabilização dos técnicos de saúde, designadamente pelas facilidades em matéria de construção/aquisição de habitação própria.

Nós acreditamos na Região Sanitária Santiago Norte e aproveitamos para felicitar os técnicos e restante pessoal de saúde da região sanitária pela forma entusiástica, mas também competente como tem abraçado os desafios da região. Deixamos aqui plasmado o nosso reconhecimento da contribuição da cooperação luxemburguesa para a realização deste importante projecto que é fonte de desafios mas orgulha o poder local em Santiago Norte. Exorto e encorajo o Governo de Cabo Verde a prosseguir com a aposta, seguramente com o reforço de recursos, designadamente orçamentais. Convido os parceiros tradicionais, mas também a OMS e outros parceiros de desenvolvimento a continuarem connosco nesta caminhada.





Em 2003 existiam

189

milhões de diabéticos

Dr. JESSEILA RAMOS
Clínica Geral

DIABETES: Um prob

- O que é a Diabetes?

- Doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue e pela incapacidade do organismo em transformar e usar toda a glicose proveniente dos alimentos.

- Quais são os tipos de Diabetes que existem?

- A diabetes Tipo 1 (DM1) é uma doença auto-imune caracterizada pela destruição das células beta produtoras de insulina. Isso acontece por engano porque o organismo as identifica como corpos estranhos. Normalmente ocorre em crianças ou pacientes jovens, a maior parte dos casos surge antes dos 30 anos.

Diabetes Tipo 2 possui um factor hereditário (familiar) maior do que no tipo 1. Além disso, há uma grande relação com a obesidade e o sedentarismo. Estima-se que 60% a 90% dos portadores da doença sejam obesos. A incidência é maior após os 40 anos. A diabetes tipo 2 é cerca de 8 a 10 vezes mais comum que o tipo 1, e

pode responder ao tratamento com dieta e exercício físico. Outras vezes vai necessitar de medicamentos orais e, por fim, a combinação destes com a insulina.

A diabetes gestacional se desenvolve durante a gravidez, podendo melhorar ou desaparecer após o nascimento do bebé. Embora possa ser temporária, a diabetes gestacional pode trazer danos à saúde do feto e/ou da mãe, por isso requer supervisão médica cuidadosa durante a gravidez. Cerca de 20% a 50% das mulheres com diabetes gestacional desenvolvem diabetes tipo 2 mais tardiamente na vida.

- Quais são os factores de risco?

- Os principais factores de risco para o diabetes mellitus são:

Obesidade (>120% peso ideal ou índice de massa corporal maior ou igual a 25kg/m²);

História familiar de diabetes em parentes de 1º grau;

Idade acima de 45 anos;

Diabetes gestacional ou macro-somia prévia (criança com peso

à nascença maior ou igual a 4 kg);

Alterações prévias da regulação da glicose;

Indivíduos membros de populações considerados de risco (negros, hispânicos, escandinavos e indígenas).

- Quais são os sinais e sintomas da Diabetes?

- A tríade clássica dos **sintomas** da diabetes são a poliúria (aumento do volume urinário), o paciente começa a urinar varias vezes ao dia e em maior volume; a **polidipsia** caracterizada pela sede aumentada e consequente aumento de ingestão de líquidos; a **polifagia** que é o apetite aumentado. Existem outros sintomas importantes como a perda de peso, visão turva, formigamento nos pés, dor muscular, e dificuldade na cicatrização das feridas.

- Como é que se faz o diagnóstico da Diabetes?

- O diagnóstico é feito através da análise de sangue do indivíduo, considerando os seguintes parâmetros:

- Glicemia em jejum (8 horas) <

Introdução

A Diabetes é considerada um problema de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo. Segundo a OMS, em 2003, existiam cerca de 189 milhões de diabéticos em todo o mundo, e estima-se que este número aumentará para 324 milhões em 2025. Representa 5 a 10% das despesas da saúde, primeira causa de amputação não traumática, um dos principais riscos para doenças cardiovasculares, insuficiência renal crónica e outras complicações com impacto para o indivíduo, a família e a sociedade em geral.

tema de saúde pública

110 mg/dl – é considerado normal
Glicemia em jejum ≥ 126 sem sintomas - repetir

Glicemia em jejum $\geq 110 < 126$ – IFG (impaired Fasting glucose) ou Anomalias da Glicemia em jejum

Glicemia em jejum ≥ 126 e sintomas - é considerado diabetes

Teste de tolerância oral de glicose também em doentes com glicemia em jejum normal mas com factores de risco ou sintomas de diabetes

- Diabetes tem cura?

- A diabetes não tem cura, mas é uma doença que tem tratamento podendo ser controlada através de mudanças de comportamento, adoptando um estilo de vida saudável e acompanhamento multidisciplinar.

- Qual é o tratamento para a Diabetes?

- O tratamento é baseado nos seguintes preceitos:

- Conscientização e educação do paciente, sem a qual não existe aderência.
- Alimentação e dieta adequada

da para cada tipo de diabetes e para o perfil do paciente.

- Vida activa, mais do que simplesmente exercícios.
- Medicamentos:
 - Hipoglicemiantes orais
 - Insulina

- Como é feito o controlo da diabetes?

- Pode ser feito através de:
Glicemia de jejum
Glicemia capilar
Hemoglobina glicosilada, sendo este o melhor método (estima os níveis de açúcar nos últimos 3 meses).

- Que recomendações deixaria para os diabéticos e para os não diabéticos?

- Para os pacientes não diabéticos diria que apostar na prevenção é sempre o melhor "remédio", cultivando uma vida saudável, evitando os factores de riscos supracitados e ter uma alimentação equilibrada.

- Para os pacientes diabéticos

a orientação começa por aceitar e aprender a lidar com a doença e seguir as indicações médicas tais como:

- Realizar exame diário dos pés para evitar o aparecimento de lesões;
 - Manter uma alimentação saudável;
 - Tomar correctamente os medicamentos prescritos;
 - Praticar actividades físicas regulares;
 - Manter um bom controle da glicemia
- Pacientes com história familiar de diabetes devem ser orientados a:
- Manter o peso normal
 - Não fumar
 - Controlar a pressão arterial
 - Evitar medicamentos que potencialmente possam agredir o pâncreas
 - Praticar actividades físicas regulares.
 - Alimentação equilibrada e saudável



Especial Santa Cruz

Saúde em Santa

"Especial Delegacia" apresenta um resumo das principais actividades desenvolvidas pela Delegacia de Saúde de Santa Cruz, nomeadamente o Centro de Saúde de Pedra Badejo, os Postos Sanitários de Cancelo, Achada Fazenda, Chã da Silva e as 7 Unidades Sanitárias de Base espalhadas pelo território municipal. Os dados do Centro de Saúde dos Órgãos serão apresentados à parte.

Regista-se que durante 2010 houve alguns ganhos para o concelho, começando pelo controle sobre a proliferação dos mosquitos, a afectação de uma psicóloga clínica e de uma técnica de laboratório, que contribuiram para a melhoria das prestações dos cuidados





a Cruz

de saúde, e para a satisfação dos utentes. Foi um ano da realização do Censo, e que veio a confirmar os nossos bons indicadores em relação à cobertura vacinal.

O Posto de Saúde de Canelo enfrenta dificuldade de estrutura física que condicionam o seu trabalho. No entanto é uma estrutura para ser construída nos próximos tempos.

O cumprimento do plano de acção requer uma certa estabilidade dos recursos humanos e não só. Durante 2010 trabalharam em efectivo 3 médicos e 13 enfermeiros no Centro de Saúde.

Dados Gerais do Concelho

- Concelho criado pelo Decreto-Lei n.º 108/71, de 29 de Março,
- 149,30Km² de superfície, correspondendo a 15,1% da área total da ilha de Santiago
- Censo 2010 – 26.667 habitantes
- Sexo masculino 12.863, Sexo feminino 13.754
- Meio rural 64.9%, meio urbano 35.1%
- Agregados familiares 5.664
- Chefes de Família - Homem 42.4%; Mulher 57.6%
- Crianças menores de 5 anos: 3.093;
- População menor que 25 anos: 67%
- Tamanho médio das famílias: 4.7

Clima, Relevo e Pluviometria

O concelho de Santa Cruz tem um clima quente e seco durante todo o ano com algumas chuvas durante os meses de Julho, Agosto e Setembro. Escasseia-se as áreas com microclimas, exceptuando a área jusante da Barragem de Poilão. É um concelho montanhoso com 4 grandes vales ou ribeiras, bastantes férteis, com extensas áreas de agricultura. São elas a Ribeira dos Órgãos, a Ribeira dos Picos, a Ribeira de Boa Aventura e a Ribeira dos Saltos. Todas desembocam no mar e muitas vezes formam grandes lagos, como são os casos da Lagoínha e Lagoa Grande que permanecem com muita água durante todo o ano. Após as chuvas, as ribeiras mantêm águas correntes durante vários meses, contribuindo para uma maior produção agrícola.

Actividades Económicas

As principais actividades económicas: Agricultura; Pecuária; Pesca; Comércio; Turismo Rural.

Situação social

- A taxa de alfabetização em Santa Cruz é de 78.6%. Masculino 86.2%, Feminino 72.4%
- Pré- escolar 3.763 crianças, EBI 1.173 crianças inscritas;
- Sistemas de evacuações das águas residuais: fossas sépticas 30%, 8% estão ligadas à rede de esgotos - ETAR.
- Taxa de ligação de água domiciliária é 62.6%
- Electrificação 67%
- Lenha constitui a principal fonte da energia para cozinhar com 59%.
- Desemprego 29.6% (QUIBB 2008).



Estruturas da Delegacia de Saúde

Centros de Saúde 2 (Pedra Badejo e Órgãos)

Postos Sanitários 3 (Achada Fazenda, Cancelo e Chã da Silva)

USBs 7 (Ribeirão Boi, Saltos, Renque, Achada Ponta, Monte Negro, S. Cristovão e Serelho).

CENTRO SAÚDE PEDRA BADEJO

SERVIÇOS: Saúde Reprodutiva • Farmácia • Laboratório • Secretaria • Enfermarias
• Banco de urgência • Cozinha e lavanderia • Consultórios

RECURSOS HUMANOS: Médicos (3) • Enfermeiros (13) • Psicóloga (1) • Analista de Laboratório (1) • Administrador (1) • Técnicos de farmácia (2) • Auxiliares de secretaria (2) • Auxiliares saúde reprodutiva (2) • Agentes sanitários (13) • Agentes de luta anti-larvar (10) • Agentes de serviços gerais (8) • Guarda e porteiros (2) • Condutores (2)

EQUIPAMENTOS DE SAÚDE:

- Sismex KX21N
- Humanlyser 3000
 - Microscópio
- Centrífuga • Estufa
 - Autoclave
- Electrocardiografo
- Incubadora • Ecógrafo

POPULAÇÃO ALVO

| | |
|------------------------------------|--------------|
| População Total do Concelho | 26667 |
| Mulheres em idade Fértil | 7069 |
| Crianças menores de 1 ano | 548 |
| Crianças de 1 a 5 anos | 2545 |
| Nº grávidas esperado | 548 |
| Fonte: INE, 2010 | |

Actividades Realizadas

- Palestras; Feiras de Saúde; Inspeções às Escolas; Campanhas de doações de sangue; Campanhas de luta Anti-Larvar; Reabilitações das infra-estruturas ; Aquisições de Equipamentos Informáticos; Aquisição de ECG.

CERTIFICAÇÃO E VERIFICAÇÃO DE ÓBITOS

| ÓBITOS | Médico | Enfermeiro |
|-----------------|--------|------------|
| Verificados | 68 | 0 |
| Certificados | 16 | 0 |
| Total de óbitos | 84 | 0 |

Fonte: DSSC/10

ATENDIMENTOS REALIZADOS

| | Por médico | Por enfermeiro | Total |
|--------------|--------------|----------------|-------|
| 1ª Consultas | 1727 | 285 | 2012 |
| 2º Consultas | 3988 | 1653 | 5641 |
| Contactantes | Sem registos | Sem registos | |
| Total | 5715 | 1938 | 7653 |

Fonte: DSSC/10

CONSULTAS DE ESPECIALIDADE

| Consultas | Números |
|-------------|---------|
| Ginecologia | 42 |
| Cirurgia | 168 |
| Pediatria | 121 |
| Psicologia | 114 |

Fonte: DSSC/10

Durante o ano 2010 constatou-se uma certa regularidade das consultas descentralizadas em relação às consultas de Cirurgias e Pediatria, o que não aconteceu com as consultas de **Gineco-obstetrícia**, sendo esta uma das especialidades mais procuradas no concelho.

As consultas de **Psicologia** são regulares devido a colocação de uma psicóloga na Delegacia o que veio a dar vazão a uma grande lacuna nas prestações de cuidados de saúde nesta área.

É necessário que outras especialidades afectas à região se desloquem também às delegacias, nomeadamente a Nutrição e a Oftalmologia.

A colocação de uma psicóloga, na Delegacia, veio a suprir uma necessidade antiga da instituição, no sentido de estruturar os Serviços da Saúde Mental e as actividades de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde (IEC) melhorando a qualidade e a acessibi-

lidade aos serviços de saúde prestados.

Assim, pode-se estruturar as consultas de psicologia, o acompanhamento psicossocial a dependentes químicos, o acompanhamento psicológico a pacientes internados, e ainda favorecer a criação de grupos de educação e promoção para saúde da mulher, dos idosos e dos adolescentes nas diferentes comunidades do município.

DOENÇAS EM TRATAMENTO PROLONGADO (REGISTO)

| Doenças | Números |
|---------------------|---------|
| HTA | 1599 |
| Epilépsia | 198 |
| Diabetes | 190 |
| Transtornos mentais | 35 |

ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA

| | Total | Internado | Transferido |
|-------------|--------|-----------|-------------|
| Médicos | 17.165 | 448 | 418 |
| Enfermeiros | 6.995 | | |
| Total | 24.160 | 448 | 418 |

Fonte: DSSC/10

CURATIVOS/ INJEÇÕES REALIZADOS

| | CSPB | Chã da Silva | A. Fazenda | Cancelo | USBs | Total |
|-----------|-------------|---------------------|-------------------|----------------|-------------|--------------|
| Curativos | 6.457 | 276 | 672 | 807 | 262 | 8.474 |
| Injeções | 5.342 | 165 | 384 | 444 | 112 | 6.447 |

Fonte: DSSC/10

INTERNAMENTOS REALIZADOS

| Serviços | Número de camas | Doentes transitados Ano anterior | Doentes internados | Doentes que transitam | Dias de Internamento |
|-----------------|------------------------|---|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Medicina | 12 | 1 | 190 | 2 | 950 |
| Pediatria | 8* | 2 | 207 | 1 | 1.035 |
| Maternidade | 07 | 0 | 349 | 0 | 698 |
| Total | 27 | 3 | 749 | 3 | 2.683 |

Fonte: DSSC/10 * 4 Berços

Das 349 pacientes internadas na enfermaria da maternidade, 314 foram puérperas que estiveram em geral 24 horas em observação.

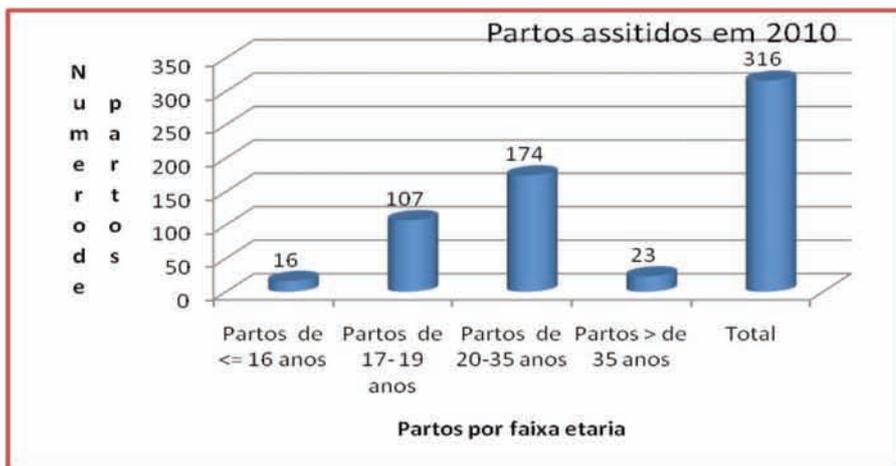
PARTOS

| Números de partos assistidos por: | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|--------------|-------------|-------------|
| • Médico | Sem registos | 13 | ND |
| • Enfermeiro | 242* | 251 | 316 |
| • Parteiras leigas | 54 | 70 | 60 |
| Total de Partos: | 296 | 334 | ND |
| • Total de crianças nascidas vivas | 239 | 332 | 310 |
| • Total de crianças nascidas mortas | 5*** | 02 | 6 |
| • Crianças nascidas vivas com menos 2.500g | 16 | 11 | 28 |
| • Aborto | 44 | 54 | 68 |



Quase metade dos partos ocorreram no HAN. Em geral são auto-evacuações, já que durante todo o ano 2010 os casos da gineco-obstetria foram todas evacuadas para o Hospital Regional Santiago Norte.

PARTOS ASSISTIDOS POR FAIXA ETÁRIA

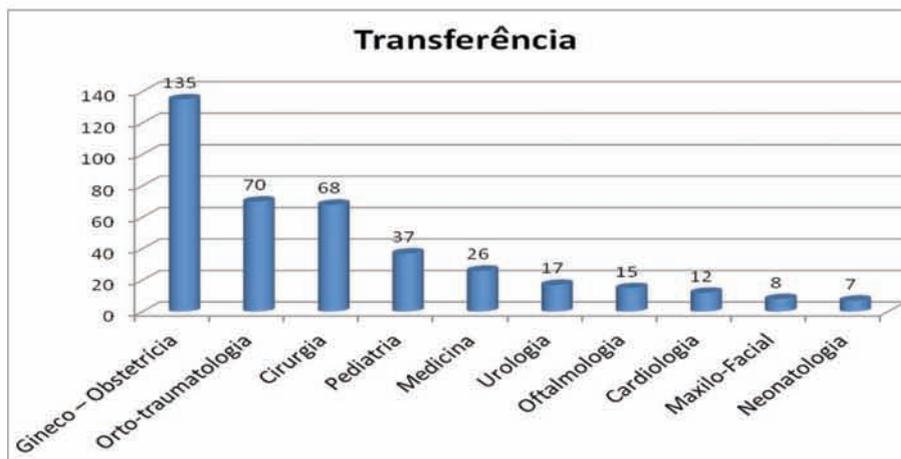


PRESPECTIVAS

- Ampliação do Centro de Saúde de Pedra Badejo (serviços de saúde reprodutiva, administração, ambulatório)
- Construção do Posto Sanitário de Cancelo
- Instalação de um Gabinete de Raio-X
- Instalação de um Gabinete de Estomatologia

Fonte: DSSC/10

DOENTES TRANSFERIDOS SEGUNDO A ESPECIALIDADE



Fonte: DSSC/10

Aconteceu

Mudança nas lideranças



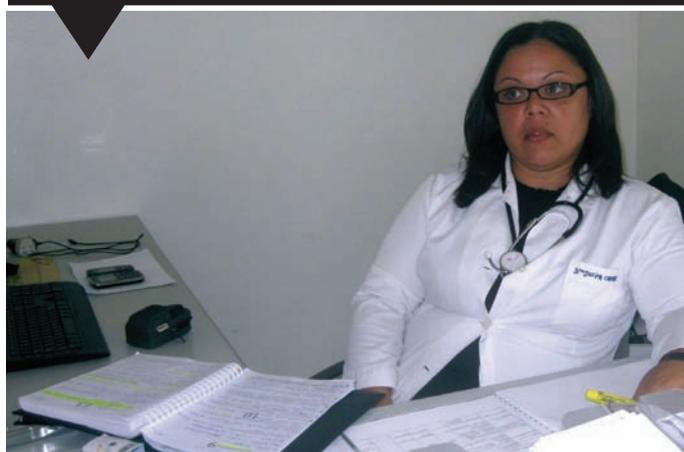
Dr. Helder Almada, Director do Hospital Regional Santiago Norte

Dr^a Dália Monteiro, Directora Clínica do HRSN



Dr. Rómulo Delgado, Delegado de Saúde do Tarrafal

Dr^a Josina Chantre, Médica Responsável do Centro de Saúde dos Órgãos



Dr^a Ângela Gomes, Médica Responsável do Centro de Saúde de Picos



Formação em Direito Administrativo e Lei Laboral para administradores e gestores da RSSN



Novas ambulâncias para Santa Cruz e Tarrafal (Agosto 2011)

Poemas

Por: SAM LASDEV

LÁGRIMAS

Da face,
Desprendem
Num desfilhar de rosário,
Lágrimas soltas,
Rolando sempre
No sentido da terra
Por estes caminhos do destino
Escavados na face.

Cada gota desta lágrima,
Esconde o mistério da vida,
Caindo estrondosamente,
Estilhaçando sentimentos e esperanças,
Penetrando nas entranhas da terra
Testemunhando minhas angústias,
Moldando esperanças e vidas novas,
Nesta baía forjada
Na alegria e tristeza,
Na mágoa e esperança,
Para deleitar
Meu horizonte distante,
Criando vagas e maremotos
Em cada
Mais um gotejar de lágrimas.

No teu ombro,
Em cada lágrima,
Suplicarei mares tranquilos
Para navegar minhas esperanças.

PARTIDA

De pé,
Na berma da estrada,
Lágrimas soltas,
Olhar ofuscado
Num aceno de despedida
Desfalecido no pranto
De uma mãe incerta.

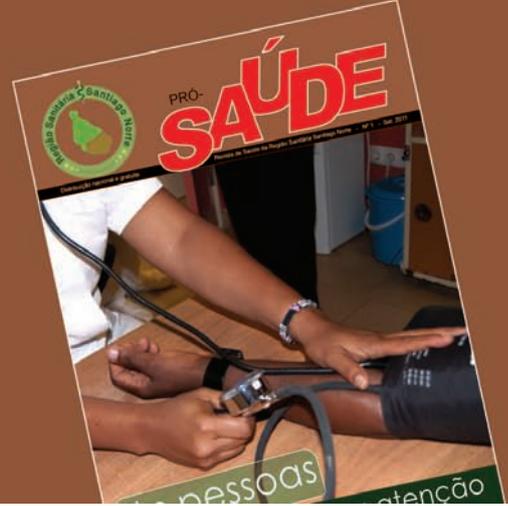
Na estrada,
Passos vagarosos e trémulos,
Olhar enevoadado,
Espreitando na penumbra das lágrimas,
A primeira curva
Para ao ninho não retornar.

Em cada partida,
Uma alma partida,
Dobrando o destino
Em cada curva da vida
Desta alma atormentada.

Òh mãe,
Quantas vezes terei de partir?
Quantas vezes?

ECOS

sobre a 1ª Edição



Ministra da Saúde

... Agradecer a recepção da revista Pró-Saúde e felicitar toda a equipa que tornou possível a edição da mesma, a qual me parece tratar-se de um trabalho de excelente qualidade.

A Ministra,

/ Cristina Fontes Lima /

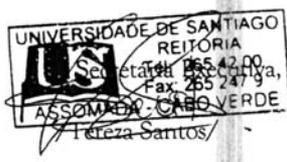

OMS – Cabo Verde

... as nossas felicitações pela importante iniciativa de criação da primeira revista em Saúde da RSSN. A OMS considera de primordial importância a disseminação da informação científica e técnica em saúde.


DR. BARRYSSON ANDRIAMAHEFAZAFY
REPRESENTANTE DA OMS

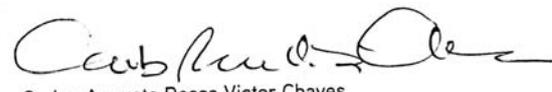
Universidade de Santiago

... Com muita satisfação manifesto as mais sinceras felicitações a RSSN, pela magnífica iniciativa.


UNIVERSIDADE DE SANTIAGO
REITORIA
Secretaria 265 42 00,
Fax 265 247 9
ASSOMADA, CABO VERDE
Tereza Santos

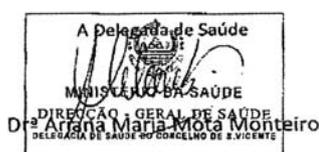
BAI

... o nosso apreço por esta louvável iniciativa que consideramos de suma importância, tanto para os profissionais de saúde assim como para a sociedade em geral, tendo em conta as várias temáticas que a Pró-Saúde aborda dentro da área da saúde.


Carlos Augusto Bessa Victor Chaves
Presidente da Comissão Executiva

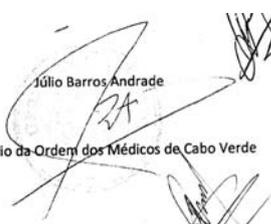
Delegacia de Saúde de São Vicente

... A revista Pró-Saúde tem muito boa apresentação, desejamos sucessos e longa vida a toda a equipa e à Revista.


A Delegacia de Saúde
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE
D^{ra} Arriana Maria Vitor Monteiro
DELEGACIA DE SAÚDE DO CONCELHO DE S. VICENTE

Ordem dos Médicos

... e felicitar pela iniciativa e pela qualidade da revista Pró-Saúde.


Júlio Barros Andrade
Bastónario da Ordem dos Médicos de Cabo Verde

Revista de Saúde da Região Sanitária Santiago Norte

A **Pró-Saúde** publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e actualização de conhecimento, sob a forma de análises de grandes temas: ensaios de natureza teórica, metodológica e técnica. Publica, também, relatos de experiências, biografias, entrevistas e depoimentos.

Do ineditismo do material

São particularmente valorizados trabalhos não publicados anteriormente.

Da selecção dos trabalhos e revisão por pareceristas

Na selecção de trabalhos para publicação, avalia-se o mérito científico dos trabalhos e sua adequação às normas editoriais adoptadas pela revista. A **Pró-Saúde** submete todos os originais à apreciação da Comissão Editorial apoiada por consultores ad hoc, que dispõem de autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo inclusive rerepresentá-los aos autores, com sugestões de alterações. Cada trabalho será apreciado por no mínimo dois relatores, cujos nomes serão mantidos em sigilo, omitindo também o(s) nome(s) do(s) autor(s) perante os relatores..

Carta de apresentação

Os trabalhos deverão vir acompanhados de uma carta do(s) autor(s), autorizando sua publicação na revista. Todos os autores devem assinar carta enviada aos editores, porem apenas um deve ser identificado como responsável para troca de correspondência, fornecendo o endereço completo, telefone, fax e correio electrónico para contacto.

Envio do material aos editores

Os trabalhos deverão ser enviados em CD acompanhados de três copias em papel para o seguinte endereço: **Pró-Saúde**, Assomada - Achada Falcão - C.P. 62; Cabo Verde; Tel.: 2655057 - Fax 265 52 34 - CP. 62

Da apresentação dos originais Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Numero máximo de paginas: 6 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas)

Imagens: os gráficos e figuras devem estar em preto e branco, alta resolução (300 dpi), em JPG e devidamente identificados. As tabelas podem ser anexadas ao texto Word.

Estrutura

Título: Conciso e informativo, na língua do texto.

Nome do(s) autor(s): com seu maior grau académico, cargo, afiliação institucional e endereço electrónico.

Resumo: deve reflectir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250. Deve preceder o texto e estar na língua do texto.

Descritores: de 3 a 6, na língua do texto, apresentados após o resumo.

Citações no texto: devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de páginas quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de "e col".

Referências

Os autores são responsáveis pela exactidão das referências citadas no texto que deverão seguir as normas da Revista, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. Em casos de documentos electrónicos deve ser citado o endereço em que o documento está disponível e a data de acesso.

Responsabilidade

As ideias apresentadas nos textos reflectem exclusivamente a opinião dos autores e a Revista não pode ser responsabilizada em qualquer situação.

Caixa. O banco que combina comigo.



caixa

Novidades

lindas estão a chegar. As agências renovadas da Caixa estão a abrir. Uma depois da outra, com novas ofertas, novos produtos e novos serviços. Tudo num novo estilo. Mas, continuo a dispor da experiência de mais de 80 anos.

combinam comigo.