

SISTEMA DE SAÚDE CABO-VERDIANO: PROPOSIÇÕES E DESAFIOS

CAPE VERDE OF HEALTH SYSTEM: PROPOSITIONS AND CHALLENGES

Patricia Rodrigues Sanine¹, Maísa Vitória Gayoso², Flávia Seullner Domingue³,
Elga Mirta Furtado Barreto de Carvalho⁴, Elen Rose Lodeiro Castanheira⁵, Regina Stella Spagnuolo⁶

RESUMO

Introdução: A República de Cabo Verde é constituída por dez ilhas de formação vulcânica, composta por uma população jovem de aproximadamente 500 mil habitantes. Classificado como um país de Desenvolvimento Humano Médio, apresenta importantes desafios em todas as áreas. Com princípios e diretrizes semelhantes aos da constituição e do sistema público de saúde brasileiro, está há dois anos do prazo final para (re)organizar a saúde, proposto pela reforma sanitária da Política Nacional de Saúde (PNS). Assim, compreender a percepção dos gestores de saúde em relação ao Sistema Nacional de Saúde do país pode dizer muito sobre a capacidade de mudança e reorganização dos serviços. **Objetivo:** identificar as proposições e desafios para a organização do Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde. **Materiais e métodos:** Estudo de Caso descritivo, conduzido por meio de entrevistas dirigidas a gestores de todos os níveis de organização do sistema de saúde. Analisado por abordagem representacional temática e discutida à luz da Política Nacional de Saúde de Cabo Verde. **Resultados:** Desvelou-se três categorias temáticas que evidenciam aspectos a serem priorizados: a articulação entre os níveis de atenção; a disponibilidade de infraestrutura e recursos humanos; além da importância de se instituir a participação social mais efetiva. **Conclusão:** A percepção dos gestores demonstra importantes contradições na organização do sistema de saúde que contribuem para o avanço do conhecimento no campo da saúde coletiva cabo-verdiana, além de auxiliar na reformulação de políticas públicas.

Palavras-Chave: Gestão em saúde. Sistemas de saúde. Gerência. Cabo Verde.

ABSTRACT

Introduction: The Republic of Cape Verde consists of ten islands of volcanic formation, composed of a young population of approximately 500 thousand inhabitants. Classified as a Middle Human Development country, it presents important challenges in all areas. With principles and guidelines similar to those of the Brazilian constitution and public health system, it is two years from the deadline to (re) organize health, proposed by the health reform of the National Health Policy (PNS). Thus, understanding the perception of health managers regarding the country's National Health System can say a lot about the capacity for change and reorganization of services. **Objective:** We identify the propositions and challenges for the organization of the National Health System of Cape Verde. **Materials and methods:** Case Study descriptive, through interviews directed to managers at all levels of health system organization. Analyzed by thematic representational approach, and discussed in the light of the National Health Policy of Cape Verde. **Results:** Three thematic categories were unveiled that highlight aspects to be prioritized: the articulation between the levels of attention; the availability of infrastructure and human resources; beyond the importance of establishing the most effective social participation. **Conclusion:** The perception of managers demonstrates important contradictions in the organization of the health system that contribute to the advancement of knowledge in the field of Cape Verdean collective health, besides helping to reformulate public policies.

Keywords: Health management. Health systems. Management. Cape Verde.

¹Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, Botucatu/São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0002-7668-0327 E-mail: patsanine@yahoo.com.br

²Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, Botucatu/São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0002-0869-9560 E-mail: maisavitoria@hotmail.com

³Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, Botucatu/São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0001-5248-1713 E-mail: fla.seullner@hotmail.com

⁴Universidade de Cabo Verde (Unicv), Departamento de Ciências e Tecnologias, Praia/Santiago, Cabo Verde. ORCID: 0000-0002-0269-5489 E-mail: elga.carvalho@docente.unicv.edu.cv

⁵Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, Botucatu/São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0002-4587-7573 E-mail: elen.castanheira@unesp.br

⁶Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Saúde Pública, Botucatu/São Paulo, Brasil. ORCID: 0000-0002-6977-4165 E-mail: estella.spagnuolo@unesp.br



INTRODUÇÃO

A República de Cabo Verde, constituída por dez ilhas de formação vulcânica, possui uma população de aproximadamente 500 mil habitantes, prioritariamente composta por menores de 25 anos - 54,4% (REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2012a; 2012b; DELGADO, 2009; VALDEZ, 2007).

Classificado como um país de Desenvolvimento Humano Médio, apresenta importantes desafios estruturais, tais como o abastecimento de água e energia, o saneamento básico e o transporte entre as ilhas. A taxa de mortalidade infantil, apesar de manter-se em queda, apresenta valores superiores às de outros países de rendimento semelhante (SANINE *et al.*, 2017; BOSU, 2015; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD, 2014; ROSA, 2014; REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2012a; 2012b; TEIXEIRA, 2011).

Com princípios e diretrizes semelhantes aos da constituição e do sistema público de saúde brasileiro, a Constituição da República e a Lei de Bases sobre a Saúde de Cabo Verde garantem o direito universal à saúde e a integralidade e equidade na prestação dos cuidados de saúde. Propõe três níveis de atenção - primário, secundário e terciário, destacando os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal porta de acesso e integração com o sistema de saúde, que é formado por cinco hospitais, sendo um psiquiátrico e serviços com significativas diferenças quanto às ações de APS ofertadas (32 Centro de Saúde; 17 Posto Sanitário; 05 Centro de Saúde Reprodutiva) e heterogênea distribuição territorial (FERRINHO; MENDONÇA; DELGADO, 2019; SANINE *et al.*, 2017; REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2012a).

Com um modelo financiado pelo Estado, Seguro Social e desembolso direto dos usuários, reforçado por apoio internacional, observa-se uma sobrecarga na utilização dos serviços públicos, agravada pela escassez de profissionais, também presente na rede privada. Há dois anos do prazo para (re)organizar os serviços de saúde do país, proposto pela reforma sanitária da Política Nacional de Saúde (PNS), prevista para o ano de 2010, cabe questionar como os gestores de saúde em Cabo Verde percebem a organização do Sistema Nacional de Saúde do país (SANINE *et al.*, 2017; REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2012a; 2007).

Considerando a relativa juventude das instituições de um país com 41 anos de independência e as semelhanças que guarda com o Brasil, este estudo objetiva, a partir da percepção dos gestores de saúde do nível central, identificar as proposições e desafios para a organização do Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, na forma de um Estudo de Caso do tipo descritivo. Acredita-se que tal método seja capaz de responder à pergunta do estudo de uma forma ampla e profunda, elucidando, em seu contexto, como funciona um determinado fenômeno contemporâneo e complexo, no qual os pesquisadores não possuem controle sobre o evento (YIN, 2015).

O estudo foi realizado entre os meses de março e abril de 2015 na Ilha de Santiago – uma das dez ilhas da República de Cabo Verde, África. A escolha pela Ilha de Santiago se deu por sediar a capital do país (Praia) e os órgãos gestores de nível central do sistema de saúde¹.

A formulação e implementação das políticas de saúde em Cabo Verde é realizada em nível ministerial, pelo Ministério e Gabinete de Estudos e Planeamento, seguido pela Direcção-geral de Saúde e o Gabinete de Coordenação de Saúde Pública, e em nível regional, é composto pelas treze Delegacias de Saúde (DELGADO, 2009). Assim, selecionou-se informantes-chave representantes de todas as instâncias políticas, ou seja, participantes que exerciam funções chaves na interface direta com a gestão de saúde local.

Foram eleitos gestores das três esferas governamentais do país, sendo um do Ministério da Saúde, um do Gabinete de Estudos e Planeamento, um do Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário - CNDS/INSP, e um da Delegacia de Saúde.

Partindo do pressuposto que os participantes são sujeitos ativos no processo de elaboração das políticas públicas e organização dos serviços de saúde na ilha, buscou-se proporcionar maior liberdade nos discursos optando pela entrevista aberta como técnica de coleta de dados (YIN, 2015), norteadas pela pergunta: Fale sobre o Sistema de Saúde em Cabo Verde.

O local e o horário das entrevistas foram acordados previamente e ocorreram em dias diferentes, com duração aproximada de 40 minutos cada uma.

Para tratamento dos dados utilizou-se a técnica de análise de conteúdo na abordagem representacional temática, proposta por Bardin (2011), que considera as fases de: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Os participantes receberam um código de identificação composto por uma combinação de dois caracteres: o primeiro identificado por uma letra - "G", de gestor de saúde, e o segundo, por uma variável numérica segundo a ordem cronológica das entrevistas, por exemplo, G1, G2, etc.

A discussão foi alicerçada pelos referenciais teóricos da Política Nacional de Saúde de Cabo Verde – PNS (REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2007).

Todos os participantes autorizaram a gravação em áudio após receberem esclarecimentos sobre a pesquisa, seu sigilo e a possibilidade de desistência a qualquer tempo, atendendo as exigências éticas para estudos com seres humanos da Direcção Nacional de Saúde do Ministério da Saúde de Cabo Verde e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do discurso desvelou três categorias temáticas que se articulam de forma complementar, elucidando a percepção dos gestores de saúde acerca da saúde em Cabo Verde: 1) "Articulação entre os níveis de atenção à saúde"; 2) "Disponibilidade de infraestrutura e recursos humanos"; e 3) "Construção da participação social".

Organização e utilização dos serviços de saúde

Cabo Verde, assim como o Brasil e alguns países da Europa, busca melhorar seus indicadores de saúde investindo em um modelo que tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do sistema (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015; SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014; DELGADO, 2009; VALDEZ, 2007).

Conforme preconizado no país, a APS é definida como centro ordenador e porta de entrada do Sistema de Saúde em Cabo Verde (REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2012a; 2007), o que é reconhecido pelos gestores que a apontam como uma das principais prioridades de governo:

A atenção primária é aquela que é essencial às pessoas, aquilo que pode, e deve, ser feito em qualquer ponto do país, independente da concentração de recursos ou não. (G1)

No entanto, simultaneamente explicitam o quanto, de fato, essa proposição não se concretiza uma vez que parte importante do financiamento governamental do país ainda é direcionada aos hospitais e à folha de pagamento de seus funcionários:

(...) porque os recursos [financeiros] continuam a estar mais concentrados nos hospitais (...) Quem está no hospital ganha mais. E o prestígio social, por exemplo, para quem está no hospital é maior. E isso também tem seus efeitos no profissional [que] está no Centro de Saúde, mas espera a primeira oportunidade para pedir transferência para o hospital (G2)

Esta situação também é relatada por Delgado, Tolentino e Ferrinho (2017), demonstrando uma valorização diferenciada desse nível de atenção em relação às unidades de APS. Esta contradição entre a valorização da APS preconizada nas políticas públicas e presente nos discursos dos gestores em relação a maneira como é tratada na prática do sistema, reflete um modelo de gestão ainda centrado no hospital, com desdobramentos no modo como são organizados os serviços e consequências na forma como são vistos e utilizados pela população.

Tais resultados somam-se aos estudos que apontam a postura dos profissionais de saúde que, marcados pelos interesses da corporação médica, apresentam-se como indutores de um modelo de atenção que retroalimenta e fortalece uma demanda estimulada a negligenciar ações de promoção e prevenção de agravos, e a buscar reiteradamente a atenção às doenças (SPAGNUOLO *et al.*, 2017; DELGADO, 2009).

(...) desafio grande é fazer com que a população adira esta abordagem [preventiva]. Que saiam da abordagem da doença que você vai ao médico ou a um profissional de saúde, oferece um medicamento e cura, e pronto. (G1)

O modelo que o Centro de Saúde está organizado é quase um modelo hospitalar. Os nossos Centros de Saúde estão, na verdade, organizados para atender casos agudos. Mas o atendimento a pessoa numa perspectiva mais integral, ou atendimento do doente crônico que exige de fato uma organização mais complexa, isso acontece muito pouco aqui. (G2)

Esta organização dos serviços de APS que vai de encontro com as necessidades impostas pela população, pode ser comprovada, por exemplo, pela existência de serviços de APS que funcionam 24h por dia e destinam 100% de suas consultas para demanda espontânea, conforme relatado por Sanine *et al.* (2017).

Assim, apesar dos gestores apontarem a procura imediata da população em busca de cuidados dirigidos às doenças como sendo um desafio ao sistema de saúde, cabe notar que, ao mesmo tempo, reconhecem às limitações no funcionamento dos serviços que encontram-se organizados para responder a esta demanda da população,

evidenciando que os gestores tendem a responsabilizar a própria população pela cultura hospitalocêntrica, sem atentar para o quanto o modelo efetivamente operado alimenta esse processo, inclusive pelos serviços de APS que repetem o modelo hospitalar de atendimento dirigido às queixas agudas com menos recursos e menor resolubilidade quando comparado aos serviços de urgência e emergência.

Esta vivência por parte da população de uma APS com pouca incorporação de tecnologias e baixa resolubilidade dos problemas, que elegem os serviços de urgência como mais acessíveis e resolutivos, também, é referenciada nos estudos de Valdez (2007) e Spagnuolo *et al.* (2017).

A comparticipação por meio do pagamento de taxa moderadora é apontada pela PNS como uma estratégia para a melhoria da qualidade assistencial nos serviços (SANINE *et al.*, 2017; REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2007), porém, este pagamento pela assistência recebida parece agravar a eleição dos serviços de APS como porta de entrada, especialmente se considerado que já são desvalorizados pelos profissionais e pelo modo como encontram-se organizados, pois ao se aproximarem do modelo dirigido às queixas agudas, reforçam a opção do usuário de preferir pagar pelo atendimento hospitalar, uma vez que com aproximadamente o mesmo valor, acreditam receber uma assistência mais qualificada no hospital, pois contam com a realização de exames que não são disponibilizados na APS.

Estudos que abordam o uso de serviços de saúde pela população cabo-verdiana, apontam que aqueles que nunca viveram em outro país, tendem a optar por recursos terapêuticos populares, como o uso de remédios caseiros e “curandeiros”, ou priorizam a busca pelo hospital, mas que ao residirem em outro país passam a utilizar o sistema de saúde de um modo mais regrado, ou seja, procurando os hospitais apenas em situações de emergência extrema (SPAGNUOLO *et al.*, 2017; BÄCKSTRÖM, 2011; DIAS, 2010; VALDEZ, 2007; FRANÇA, 1992).

Desconsiderando os recursos terapêuticos populares, que são indisponíveis fora do país, esta situação exemplifica como o modo de utilização dos serviços está diretamente ligado à sua organização, permitindo inferir que se o sistema de saúde cabo-verdiano estivesse estruturado de modo a valorizar a APS como primeira opção, como por exemplo, com a qualificação dos profissionais e/ou a gratuidade do acompanhamento neste nível de atenção, provavelmente, a população a buscaria antes do hospital.

Após uma década da homologação da PNS, observa-se que mais do que adequações ou inadequações no uso de serviços, tais situações caracterizam antigas deficiências do país como as referenciadas “na organização da rede hierarquizada por níveis de prestação e por tipo de estruturas” (REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2007).

A valorização do nível terciário já na graduação, somado a falta de vivência pelos profissionais nos serviços de APS, conforme relatado por Sanine *et al.* (2017), também é evidenciado nos discursos:

(...) o processo de formação tem que ser um processo repensado, para formar gente que está à altura dos problemas que nós vivemos agora, e este é pra mim um grande problema. (G3)

[recurso humano qualificado] É o desafio da qualidade que nós temos. Esta qualidade tem que estar traduzida no espírito das pessoas que estamos formando, pois a maioria delas estão se formando para ter um emprego, para ter salário [não por gostarem]. (G1)

Tenho defendido a oferta de um curso de 6 meses ou 1 ano para a enfermeira depois que termina a graduação, para ir trabalhar no Centro de Saúde com competências sobre o trabalho na comunidade, a promoção da saúde, ações de prevenção. Trabalhar a ideia de

que isto, não é um trabalho de segunda categoria, de que ele não é menos importante, [reforçar] de que todo trabalho, na verdade, é importante. (G2)

Questões como estas apontadas representam outro fator que fortalece este modelo organizacional de atenção, resultado de profissionais que desconhecem a complexidade do sistema e que acabam por potencializar a desarticulação da rede de serviços que o compõem. Essas limitações relacionadas à formação e capacitação profissional evidenciam outro importante aspecto - a qualificação e comunicação entre os profissionais - uma vez que este nível de atenção apresenta uma grande heterogeneidade e complexa realidade sanitária, exigindo “conhecimentos e habilidades específicas para trabalharem junto às comunidades, além de criatividade e adequado suporte técnico-científico” (CAVALCANTI, OLIVEIRA NETO, SOUSA, 2015).

O discurso dos entrevistados salienta, o já apontado na PNS que descreve a existência de uma distorção no entendimento do que está previsto em cada nível de atenção, fato que conduz a confusão de funções na rede (REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2007), conforme relatado a seguir:

A articulação é deficiente. É um dos maiores problemas que encontramos hoje. Temos essa deficiência na articulação com a organização do sistema de saúde (...) os mesmos doentes que são atendidos no Centro de Saúde, são atendidos no hospital, como pode ser visto, não há uma articulação, uma comunicação. (G2)

O problema é que existe a falta de comunicação que as vezes atrapalha. Os profissionais [no hospital] não sabem o que acontece na atenção primária. (G3)

Desse modo, pode-se depreender contradições relacionadas a valorização da APS, além da desarticulação entre os serviços, que corroboram para que a população não incorpore os serviços de APS como porta de entrada do sistema, além de não os considerar como espaços de acompanhamento das condições de saúde, uma vez que se encontram organizados de forma a estimular e retroalimentar uma cultura de consumo fortemente promulgada pela valorização do imediatismo ofertado pelo modelo hospitalocêntrico.

Disponibilidade de infraestrutura e recursos humanos

A disponibilidade de infraestrutura e recursos humanos, como equipamentos e insumos básicos, é apontada como um importante aspecto para garantia da qualidade do cuidado em saúde (DONABEDIAN, 2005), no entanto, insuficiências foram extraídas dos discursos:

(...) muitas vezes nos sentimos limitados, porque nós temos falta de recursos, principalmente falta de médico, falta de enfermeiro, falta de técnico de saúde em geral, e, também, falta muitas vezes de materiais (...). Não temos nutricionistas, psicólogos, e nem assistente social. (G1)

Também não temos meio de transporte que nos dificulta, porque nem sempre as localidades ficam próximas umas das outras. (...) isso nos limita muito. Tenho muitos planos, por exemplo, de programar as visitas domiciliares, e mesmo para os técnicos terem uma proximidade com a comunidade, mas isso ainda não está sendo possível. (G3)

Documentos oficiais e estudos sobre a saúde em Cabo Verde apontam deficiências relacionadas a este aspecto, mesmo diante do expressivo aumento de médicos entre os anos 2004 e 2007 - que ampliou de 49 para 108 (DELGADO,

TOLENTINO, FERRINHO, 2017; SANINE *et al.*, 2017; PNUD, 2014; REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2012a; 2007; TEIXEIRA, 2011; DELGADO, 2009; VALDEZ, 2007).

Estas falhas de infraestrutura são justificadas na PNS pela não uniformidade instrumental, decorrentes da aquisição de equipamentos por ajuda internacional (REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2007), no entanto, se agravam quando somadas à falta de articulação e comunicação dos serviços, e às limitações na formação dos profissionais de saúde discutida anteriormente.

Neste sentido, um dos entrevistados apontou a informatização dos serviços como um importante recurso do país na busca em superar carências relacionadas à comunicação entre os serviços, mas também de capacitação (à distância) e atuação dos profissionais de saúde:

A Telemedicina é um destes componentes [em busca da melhoria da articulação entre os níveis de atenção]. Neste momento, os dois hospitais centrais estão ligados a todas as infraestruturas de saúde - aos centros de saúde. Já há infraestrutura técnica que permite as ligações, falta completar alguns centros. Isto vai permitir que o médico do centro de saúde também veja o histórico do seu doente que mandou para o hospital, o que é que se passou lá e, também, quem está no hospital poderá ver o histórico do doente que chegou. (G4)

Os serviços de urgência já estão informatizados e os doentes são atendidos online [por teleconsultas] (...) (G4)

(...) as teleconferências para a questão da formação do pessoal a distância já começaram a funcionar. (G4)

O Programa Nacional de Telemedicina refere-se a um projeto que tem como objetivo principal, organizar o sistema de referência e contra referência, principalmente, entre os hospitais e os centros de saúde (CORREIA, 2015). Em países, como no Brasil, estes sistemas informatizados são utilizados para manter o registro dos procedimentos e trajetória percorrida pelo usuário, favorecendo a troca de informação, mas também, como auxiliares na regulação dos serviços, além de subsidiarem a organização do sistema de saúde como um todo, uma vez que podem colaborar no planejamento, administração, controle e avaliação dos serviços (WEN, 2008).

No caso específico de Cabo Verde, que nem todas as ilhas dispõem de serviços que atendam os três níveis de atenção (SANINE *et al.*, 2017) e que não há um sistema de regulação e de referência e contra referência entre os serviços, a informatização dos serviços apresenta-se como um importante recurso para a assistência médica.

Cabe destacar que o Programa Nacional de Telemedicina se encontrava em processo de finalização de implantação no momento deste estudo, mas que, no entanto, mesmo não estando em pleno funcionamento já demonstra avanços em direção a uma melhor comunicação entre os serviços, promovendo maior articulação entre os níveis de atenção, incluindo orientação e capacitação dos profissionais de saúde. Houve registro de redução das transferências entre as ilhas, além de importantes benefícios em relação a capacitação profissional, inclusive internacionais, conforme relatado por Ferrinho, Mendonça e Delgado (2019) e por Correia (2015).

No entanto, o fato de apenas um dos entrevistados terem referenciado o Programa, já demonstra a existência de barreiras em sua concretização.

Neste sentido, para que esta prática seja efetiva, torna-se essencial o engajamento de profissionais que possuam uma visão integral do indivíduo e da comunidade, promovendo ações dialogadas que valorizem a troca de saberes e experiências, pois caso contrário, mesmo diante de capacitações, corre-se o risco de manterem atividades

que mais reproduzem certos comportamentos, mantendo o foco nas doenças e suas queixas agudas, culpando o usuário pelo seu adoecimento ou pelo serviço que procura o primeiro atendimento, ao invés de os conscientizarem sobre seu papel de protagonista na produção da saúde, empoderando-o por seu saber e em como melhor utilizar os recursos disponibilizados pelos serviços de saúde.

Construção da participação social

Um das maneiras de empoderar o usuário sobre seu papel de protagonista na produção da saúde é por meio de seu envolvimento como interlocutor na formulação das políticas públicas e organização dos serviços de saúde.

Sousa, Franco e Mendonça (2014) apresentam este envolvimento, também, como um importante mecanismo de controle social e busca pela equidade, princípios previstos na PNS de Cabo Verde (REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2012a; 2007).

Especialmente, quando se pensa na gestão de saúde de um país formado por dez ilhas, que devido a sua constituição geográfica, é marcado por grandes dificuldades territoriais como a heterogeneidade de hábitos e dificuldades na comunicação e acesso, a representação social ganha maior valor.

A PNS, documento que norteia o sistema de saúde do país, garante esta representatividade uma vez que foi construída por meio de participação social e que prevê a participação de integrantes da sociedade junto ao Conselho Nacional de Saúde e nas Comissões Municipais de Saúde (TEIXEIRA, 2011; DIAS, 2010; REPÚBLICA DE CABO VERDE, 2007).

Entretanto, os relatos demonstram que apesar de prevista por lei, a participação e os movimentos populares de saúde ainda são incipientes e encontram-se em diferentes estágios de construção no país:

Quisemos copiar um pouco da experiência brasileira, é uma experiência boa, eu acho. Mas falta progredir muito nessa área. (G2)

A implantação das Comissões Municipais tem sido um pouco confusa. Quer dizer, um pouco conturbada - funciona bem em alguns e ainda não funciona em outro sítio [cidade]. (G4)

E tem uma Comissão Municipal de Saúde, que só tivemos um encontro, mas tem um próximo que está complicado agendar, porque temos que entregar os relatórios do final do ano, final do trimestre, muita coisa para fazer agora. Acredito que depois, de me libertar destas questões, vamos ter a oportunidade de reunir mais vezes, sempre pra envolver, assim, essas pessoas que trabalham também com o público. (G3)

Para além do grau de implantação destas comissões, os discursos evidenciam que a população possui apenas um caráter consultivo e não deliberativo, ou seja, contribuem com as propostas, porém, não participam na tomada de decisões, pois não têm direito ao voto:

[as Comissões Municipais de Saúde] são consultivas - aconselham e capitalizam os esforços locais. Funcionam bem quando há epidemias, por exemplo: dengue, paludismo, cólera. Quando há um problema social grave, então todos se reúnem e contribuem a nível da causa. (G4)

Assim, a participação popular e controle social no país, além de encontra-se em processo de construção, podem ser compreendidos como práticas reconhecidas pelas políticas públicas, mas com baixo poder de representatividade. Esta situação, de certo modo, corrobora com alguns pesquisadores que afirmam que o simples reconhecimento legal

de espaços de controle social não assegura sua garantia nas decisões políticas (SOUSA, FRANCO, MENDONÇA 2014; CAMPOS *et al.*, 2014).

Ainda neste sentido, evidenciou-se em alguns discursos receios governamentais em estimular esta participação popular em espaços de construção de políticas sociais, especialmente, as relacionadas à saúde:

(...) as pessoas não participam. Mas eu não sei se as pessoas é que não participam ou se de fato isto não está bem trabalhado, bem explicado né. Porque na verdade o que eu percebi é que o próprio ministério, institucionalmente quase que tinha medo sabe, você sente que está em dúvida, que o outro só vai estar lá para cobrar. Então, porque você tem que estar lá para se autoflagelar? (G2)

(...) é um outro presidente de câmara que põe dificuldade, é outro que facilita, outro delegado de saúde que é muito dinâmico, outro que é menos. Então há essas dificuldades. (G4)

Soma-se a esta postura governamental, o comportamento de alguns usuários do sistema de saúde que participam, porém não compreendem o valor de sua voz como defensores dos interesses coletivos, utilizando os espaços participativos para defesa de particularidades pessoais, ou com a intenção de receber alguma contrapartida pela participação:

Ao ir para lá [Conselho Municipal] o que eu ganho? Tem alguma coisa? É assim que os usuários pensam. (G2)

Hoje, quando se fala em participação da saúde as pessoas querem nos dizer o que temos que fazer nos hospitais. (G3)

É uma participação individual, mas as participações que têm que ser no momento em que um bairro ou um quarteirão se organiza em torno dos problemas que tem, por exemplo, de lazer, diversão, humanização. (G1)

No entanto, conforme evidenciado nos relatos abaixo, esta não é a realidade de todas as ilhas. Observa-se que algumas regiões do país têm avançado na ampliação da representação social junto aos conselhos consultivos, divulgando os espaços de escuta e estimulando a participação popular:

[Comissão Municipal de Saúde] São elos de ligação entre os diferentes níveis, então nós vamos tentar dar mais dinâmica a essa comissão. E ver o que cada um pode fazer, para nossa melhoria, e dar opiniões, sugestões, discutir aquilo que tem que ser discutido, relatórios. (G3)

(...) saiu na televisão, na comunicação social e foi muito, muito bom! (...) temos representantes também da sociedade civil que participam. Mas a gente vai mesmo atrás, é mandar, é telefonar para levar as pessoas." A população de fato tem falado, exprimido as mágoas, as ideias, soluções (...). (G2)

Acho que a cidadania para saúde tem se desenvolvido muito em Cabo Verde (...) muitas dessas ONGs ganharam espaço e demonstraram a sociedade que era possível fazer a sociedade também colaborar e participar no processo de promoção da saúde. (G4)

Os discursos evidenciaram uma trajetória de transição em busca de maior participação popular, que como o esperado em todo processo de mudança, produz tensões entre as novas proposições e as já existentes. Neste sentido,

cabe destacar a importância de se promover a participação popular como mecanismo de controle social capaz de colaborar com a estimulação da autonomia e do protagonismo dos sujeitos na produção de sua saúde, especialmente, em relação às novas demandas de saúde do país.

CONCLUSÃO

Pode-se apreender a percepção de gestores do nível central acerca do processo de implementação da Política Nacional de Saúde em Cabo Verde desvelando importantes contradições na organização do sistema de saúde.

Revelou-se como principais aspectos a serem priorizados: a articulação entre os níveis de atenção; a disponibilidade de infraestrutura e recursos humanos; além da importância de se instituir a participação social mais efetiva.

Observa-se que o sistema de saúde cabo-verdiano atravessa um momento importante de reformulações políticas no campo da saúde, que devem se constituir como base para cenários mais participativos e resolutivos em todos os níveis de atenção.

Neste sentido, este estudo contribuiu para o avanço do conhecimento no campo da saúde coletiva na medida em que retrata olhares dos atores sociais envolvidos na formulação das políticas públicas cabo-verdianas. Os resultados, inovadores, fornecem subsídios para novas pesquisas do sistema de saúde nacional que favoreçam sua melhoria, assim como despertem um olhar crítico dos entrevistados, permitindo subsidiar reformulações políticas.

REFERÊNCIAS

- BÄCKSTRÖM, B. Comportamentos de saúde e doença numa comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa. **Saúde Soc.**, v. 3, n. 20, p. 758-72, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BOSU, W. K. An overview of the nutrition transition in West Africa: implications for non-communicable diseases. **Proc Nutr Soc.** n. 74, v. 4, p. 466-77, 2015.
- CAMPOS, R. T. O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, v. 38, n. Esp., p. 252-64, 2014.
- CAVALCANTI, P. C. S.; OLIVEIRA NETO, A. V.; SOUSA, M. F. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? **Saúde Debate**, v. 105, n. 39, p. 323-36, 2015.
- CORREIA, A. J. Implementação da Telemedicina em Cabo Verde: das políticas à organização dos serviços de saúde. *In*: 6ª Jornadas Científicas do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, 6., 2015, Lisboa. **Anais [...]**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2015.
- DELGADO, A. P. C. **Políticas de Saúde em Cabo Verde na Década de 1980-1990: experiência de construção de um Sistema Nacional de Saúde**. Praia: Edições UNICV, 2009.
- DELGADO, A. P.; TOLENTINO, A. C.; FERRINHO, P. The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. **Hum Resour Health.**, v. 5, n. 5, 2017.
- DIAS, O. P. **Uma análise compreensiva da reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde: identificando as perspectivas de futuro na opinião dos principais atores**. 2010. 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
- DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Q.**, v. 4, n. 83, p. 691-729, 2005.

- FERRINHO, P.; MENDONÇA, M. L. L.; DELGADO, A. P. The need for planning training among public health officers in Cape Verde. *Int J Health Plann Manage*. v. 34, n. 1, p. e1-e5, 2019.
- FRANÇA, L. **A comunidade cabo verdiana em Portugal**. Lisboa: Instituto de Estudos para o desenvolvimento, 1992.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano 2014**. New York, 2014. Disponível em: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf. Acesso em: 15 Jan. 2019.
- REPÚBLICA DE CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016**. Praia, 2012b.
- REPÚBLICA DE CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde**. Praia; 2007.
- REPÚBLICA DE CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Relatório Estatístico 2011**. Praia, 2012a.
- ROSA, Q. C. B. **Cabo Verde: das Políticas Públicas aos Objetivos do Milênio**. 2014. 115 f. Dissertação (Mestrado em Gestão e Políticas Públicas) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2014.
- SANINE, P. R. *et al.* Atenção primária à saúde em Cabo Verde: desafios gerenciais ou financeiros? *In: Associação das Universidades de Língua Portuguesa (AULP) (Org.). Confluências de culturas no mundo lusófono*. Campinas: AULP, 2017. p. 185-196.
- SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014.
- SPAGNUOLO, R. S. *et al.* Percepção dos usuários sobre a triagem com classificação de risco em um serviço de urgência de Cabo Verde. *Rev Bras Promoç Saúde*. v. 2, n. 30, p. 249-254, 2017.
- TEIXEIRA, D. D. **Equidade na distribuição geográfica de médicos nos serviços de atenção primária à saúde em Cabo Verde**. 2011. 85 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
- VALDEZ, T. A. S. **Regionalização e Integração Sistêmica: cenários para a reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde**. 2007. 240 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.
- WEN, C. L. Telemedicina e Telessaúde – um panorama no Brasil. *Informática Pública*, v. 2, n.10, p. 07-15, 2008.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

Financiamento

O presente trabalho se insere no Programa Internacional de Apoio à Pesquisa e ao Ensino por meio da Mobilidade Docente e Discente Internacional financiado pelo Programa Pró Mobilidade Internacional CAPES e Associação das Universidades de Língua Portuguesa (CAPES/AULP), desenvolvido na Ilha de Santiago, Cabo Verde.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Recebido: 08/10/2019

Aprovado: 21/09/2020