

Sónia Regina Soares Delgado

Cooperação Internacional e Desenvolvimento em Cabo Verde
- O caso particular dos protocolos de parceria da ARFA no âmbito do setor farmacêutico -

Universidade Fernando Pessoa

Porto

2012

Sónia Regina Soares Delgado

Sónia Regina Soares Delgado

Cooperação Internacional e Desenvolvimento em Cabo Verde

- O caso particular dos protocolos de parceria da ARFA no âmbito do setor farmacêutico -

Universidade Fernando Pessoa

Porto

2012

Sónia Regina Soares Delgado

Cooperação internacional e desenvolvimento em Cabo Verde
- O caso particular dos protocolos de parceria da ARFA no âmbito do setor farmacêutico -

Orientadora:

Prof. Doutora Maria Luísa Vasconcelos

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Cooperação Internacional e Desenvolvimento.

SUMÁRIO

Este trabalho relaciona cooperação internacional, desenvolvimento e saúde, procurando aferir de que formas a cooperação internacional em saúde, estabelecida ao nível do sector farmacêutico em Cabo Verde, em particular através dos protocolos internacionais estabelecidos pela Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares, tem contribuído e pode continuar a contribuir para uma melhor dinâmica de desenvolvimento.

Evidencia-se a forma como a cooperação internacional tem evoluído enquadrando, em cada momento, os contributos teóricos do desenvolvimento. Explicita-se a forma como a preocupação com as diversas interconexões entre a saúde e desenvolvimento, são parte integrante deste percurso, demonstrando a validade do seu reconhecimento enquanto elemento indutor de desenvolvimento, e constituindo-se como elemento relevante para a cooperação internacional. No âmbito das interconexões entre saúde e desenvolvimento, evidencia-se a relevância da regulação do sector farmacêutico, ao nível da qualidade, preço e acesso aos bens e serviços em saúde, como essencial para a saúde básica e, por essa via, para o processo de crescimento e desenvolvimento. Neste âmbito, evidenciam-se as diferentes formas de cooperação internacional na saúde, realçando a harmonização, o alinhamento e a coordenação da cooperação internacional como vectores necessários ao alinhamento dos fluxos internacionais da ajuda ao desenvolvimento, e à implementação de projetos de cooperação em sintonia com as políticas e prioridades de cada país.

Tomando-se por referência a realidade de Cabo Verde no período entre 1990 e 2010, ao nível da organização do sector da saúde, da evolução dos indicadores de saúde e do cumprimento dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio, este trabalho procede à análise de protocolos de parceria internacional no âmbito da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares, estabelecidos com as suas congéneres brasileiras e portuguesas. Evidencia-se a relevância da regulação dos produtos farmacêuticos em termos de qualidade, preço e acesso, para a promoção da saúde e, por essa via, para o crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde. Nesse sentido, apresentam-se linhas de ação a serem incorporadas nos protocolos de parceria da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares, através de aprofundamento dos protocolos já existentes e estabelecimento de novas parcerias.

Palavras-chave: Cooperação Internacional, Desenvolvimento, Cooperação Internacional em Saúde, Regulação Produtos Farmacêuticos, ARFA, Cabo Verde.

ABSTRACT

This research relates international cooperation, development, and health and reflects on the forms in which international cooperation in health, set at the level of the pharmaceutical sector in Cape Verde through the international protocols established by the Agency for Regulation and Supervision of Food and Drugs, has contributed (and may better contribute) to the country's growth and development dynamics.

The work emphasizes how international cooperation has gradually integrated the theoretical contributions of development in its framework. It enlightens how concerns with several health and development interconnections were part of this evolvement, ultimately leading to the acknowledgement of health as a development-inducing factor, and thereby becoming a relevant dimension of international cooperation. The study further highlights the relevance of regulating the pharmaceutical sector, especially in what concerns quality, price, and access to goods and services in the health market, elements that are perceived as essential to basic health and accordingly also to growth and development. Within this context, different forms of international cooperation in health are presented, and harmonization, alignment, and coordination of international cooperation, as well as the implementation cooperation projects in accordance to the policies and priorities of each country, are all affirmed as essential for the alignment of international development aid flows.

Within this theoretical framework, the research then refers to the reality of Cape Verde, from 1990 to 2010. It firstly observes the organization of the health sector, the evolution of health indicators, and the achievement of the Millennium Development Goals. It then analyses the international protocols established between the Agency for Regulation and Supervision of Food and Drugs, and its Brazilian and Portuguese counterparts. The relevance of pharmaceutical regulation in terms of quality, price and access to health, and its contribution to better health and as such to growth and development in Cape Verde is thus underlined. Finally, the research presents several proposals within the scope of the international cooperation established by the Agency for Regulation and Supervision of Food and Drugs, either by deepening the existing protocols or by establishing new international partnerships.

Keywords: International Cooperation, Development, International Cooperation in Health, Pharmaceutical Products Regulation, ARFA, Cape Verde.

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, ao meu marido e ao nosso filho,
José, Da Luz, José Manuel e Rodrigo Daniel,

Os pilares da minha existência.

Pelo Apoio, pelo Carinho e pelo Amor nos momentos bons e menos bons da vida.

AGRADECIMENTOS

À Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares (ARFA) pela oportunidade e financiamento do curso de Mestrado em Cooperação Internacional e Desenvolvimento.

Agradeço à Orientadora científico do meu estudo, Prof. Doutora Maria Luísa Vasconcelos, pelo acompanhamento, pela paciência, pelas correções, pelo ensino e pelas sugestões de caráter metodológico e científico, com reflexões ajustadas à temática em estudo.

A todos os colegas da ARFA, pela solidariedade e colaboração sempre manifestadas, especialmente ao Eng.º Miguel Lima, Emanuel Alves, Djamila Reis, Eduardo Tavares, Marlene Gomes, Íris Vasconcelos e Estefânia Santos. Agradeço à minha colega Nadège Fortes, pela amizade e dedicação, pelos “toques” e sugestões, e pela sua contribuição para o meu esclarecimento em vários aspetos importantes na elaboração de um dos capítulos do estudo.

Agradeço a todas as pessoas, entidades, e instituições entrevistadas em Cabo Verde, Brasil e Portugal pelos préstimos e pela boa vontade na disponibilização dos dados e informações, sem os quais, dificilmente este exercício de investigação ganharia corpo.

O meu mais sincero muito obrigado às amigas e colegas que de um modo ou de outro contribuíram na elaboração deste estudo: Oriana Gonçalves, Ludmilde Fernandes, Liriam Tiujo Delgado.

Não poderei esquecer-me do carinho e do amor das pessoas que me estão próximas e que, incansavelmente, me escutaram, nos meus momentos de euforia sobre a dissertação, mesmo sem entender muito do assunto – Myrcea Soares, Risanda Delgado, Irina Lopes, Nilton Delgado, Nelson Delgado e José Da Fonseca. A este último um muito obrigado pela paciência e compreensão ao sacrificar os nossos momentos.

Finalmente, obrigado a todos, que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a concretização de mais esta etapa de meus estudos e da minha vida.

ÍNDICE

SIGLAS E ABREVIATURAS	x
INTRODUÇÃO	1
I. SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	7
1.1 Cooperação internacional e desenvolvimento	7
1.1.1 Contextualização da cooperação internacional	7
1.1.2 O sistema internacional de cooperação para o desenvolvimento.....	10
1.1.3 O discurso do desenvolvimento sob o prisma da Escola da Modernização	11
1.2 A saúde no contexto das teorias de desenvolvimento	18
1.2.1 A saúde enquanto elemento indutor de crescimento e desenvolvimento	18
1.2.2 Relações propostas entre saúde e desenvolvimento	21
1.2.3 Relevância do setor farmacêutico na saúde básica	27
1.3 A saúde no contexto da cooperação internacional	29
1.3.1 Integração da saúde na cooperação internacional	29
1.3.2 Formas de cooperação internacional na saúde.....	31
1.3.2.1 Ajuda Oficial para o Desenvolvimento	31
1.3.2.2 Alianças entre o setor público e o privado	34
1.3.2.3 Cooperação técnica internacional.....	35
1.3.2.4 Protocolos de cooperação internacional na saúde	37
1.3.3 Harmonização, alinhamento e coordenação da CI na saúde	38
II. CRESCIMENTO, DESENVOLVIMENTO E SAÚDE EM CABO VERDE	40
2.1 Considerações Metodológicas	40
2.2 Crescimento e Desenvolvimento em Cabo Verde.....	41
2.2.1 Caracterização geral da economia cabo-verdiana.....	41
2.2.2 Caracterização ao nível do desenvolvimento humano	45
2.2.3 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio em Cabo Verde	47
2.3 Caracterização do setor da saúde em Cabo Verde	52
2.3.1 Evolução dos indicadores de saúde	52
2.3.1 Sistema Nacional de Saúde, sistemas de saúde e acesso a medicamentos.....	54
2.3.2 Organização do Setor Farmacêutico em Cabo Verde	60
III. PROTOCOLOS DE PARCERIA NO ÂMBITO DA ARFA.....	65
3.1 Considerações metodológicas.....	65
3.2 Caracterização da ARFA e o contexto da sua criação	67
3.2.1 Atribuições e competências no âmbito da regulação do setor farmacêutico	68
3.2.2 A regulação dos produtos farmacêuticos em Cabo Verde.....	69
3.2.3 Relevância da atuação da ARFA	72
3.3 Protocolos de parceria no setor farmacêutico no âmbito da ARFA	75
3.3.1 Parcerias da ARFA com congêneres brasileiras	75
3.3.2 Parcerias com congêneres portuguesas	79
3.3.3 Apreciação global do âmbito e alcance das Parcerias	81
3.4 Propostas de Ação para os Protocolos de Parceria da ARFA	85
3.4.1 Aprofundamento de protocolos existentes	85
3.4.2 Novos protocolos	87
3.4.3 Propostas para novas parcerias	87
CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS.....	101

SIGLAS E ABREVIATURAS

AAA	Agenda para a Ação de Acra
ABC	Agência Brasileira de Cooperação
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AOD	Assistência Oficial para o Desenvolvimento
APD	Ajuda Pública ao Desenvolvimento
ARFA	Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares
BAD	Banco Africano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CAD	Comité de Ajuda ao Desenvolvimento
CCD	Comissão de Crescimento e Desenvolvimento
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CI	Cooperação Internacional
CID	Cooperação Internacional para o Desenvolvimento
CMS	Comité sobre a Macroeconomia e Saúde
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CSS	Cooperação Sul-Sul
CTI	Cooperação Técnica Internacional
DGF	Direção Geral de Farmácia
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EMPROFAC	Empresa Pública de Abastecimento de Produtos Farmacêuticos
FMI	Fundo Monetário Internacional
GATT	<i>General Agreement on Tariffs and Trade</i>
GAVI	<i>Global Alliance for Vaccines and Immunization</i> / Aliança Mundial para o Fomento da Vacinação e da Imunização
GOP	Grandes Opções do Plano
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IGS	Iniciativas Globais em Saúde
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde, I.P.

INPHARMA	Laboratórios INPHARMA
IPH	Índice de Pobreza Humana
LMN	Lista Nacional de Medicamentos
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações não-governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPEP	Países Exportadores de Petróleo
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PA	Planos de Ação
PDM	Países de Desenvolvimento Médio
PED	Países em Desenvolvimento
PFN	Política Farmacêutica Nacional
PNS	Política Nacional de Saúde
PVM	Postos de Venda de Medicamentos
QUIBB	Questionário Unificados de Indicadores de Bem-Estar
RDH	Relatório de Desenvolvimento Humano
RUP	Regiões Ultra Periféricas
SIMFAR	Sistema Integrado de Monitorização do Mercado Farmacêutico
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UE	União Europeia
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i> / Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução da Taxa de mortalidade infantil e de menores de 5 anos (1990-2015) ..	49
Gráfico 2: Financiamento do medicamento em Cabo Verde.....	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores socio económicos	46
Tabela 2: Casos de doenças infecciosas em Cabo Verde.....	53
Tabela 3: Evolução dos indicadores de saúde.....	56
Tabela 4: Evolução das despesas do setor da saúde 1998-2010	57
Tabela 5: Estrutura Sanitária em Cabo Verde, 1990 a 2010.....	57
Tabela 6: Razão de Médicos, Farmacêuticos e Enfermeiros (*) por habitante, 1990 – 2010 .	58
Tabela 7: Identificação dos entrevistados e justificação da escolha	66

INTRODUÇÃO

Contextualização

A saúde é inquestionável indutor e parte constitutiva dos processos crescimento e desenvolvimento, sendo a sua relevância crescentemente reconhecida em diversos campos de pesquisa. A Organização Mundial da Saúde, em particular, assinala a clara relação entre as condições de saúde da população e o seu potencial de crescimento e desenvolvimento económico. Esta relação surge, ademais, subjacente aos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (2000), todos direcionados para um mundo mais justo e livre de pobreza (até 2015), e direta ou implicitamente relacionados com a saúde, em firme reconhecimento de que crescimento, saúde e desenvolvimento se inter-relacionam e se reproduzem.

As inter-relações entre saúde e crescimento e desenvolvimento são múltiplas. Assinale-se, por exemplo, a forma como a falta de acesso a uma alimentação básica, a condições de habitação condignas ou a água potável, torna as pessoas mais suscetíveis a contrair doenças, prejudicando o seu desenvolvimento pessoal, o seu contributo social e os processos de crescimento. Uma saúde precária exclui frequentemente as pessoas do exercício de uma atividade económica, favorecendo, agravando ou perpetuando círculos viciosos de pobreza. A própria pobreza afeta as infraestruturas básicas de saúde (por exemplo, hospitais, clínicas de saúde, profissionais de saúde qualificados), com impacto sobre o desempenho dos sistemas de saúde.

Neste contexto, e em articulação com a atuação governamental, recaem responsabilidades notórias sobre o setor farmacêutico enquanto indústria global direcionada para a disponibilização, e por isso para o acesso, a medicamentos, um elemento essencial para a melhoria da saúde das populações, nomeadamente pela redução da morbilidade e pelo aumento da esperança e qualidade de vida que podem promover. Esta relevância e impacto social do medicamento é amplamente reconhecida, tornando-se fundamental promover o seu desenvolvimento, produção, distribuição e regulação, de forma a se obterem medicamentos cada vez mais eficazes e com poucos efeitos secundários, e a garantir a sua utilização racional, protegendo o interesse público.

A complexidade (e gravidade) destes processos determina a existência de políticas de saúde diversas e complexas, necessariamente adaptadas às realidades e necessidades de cada país, estas últimas determinadas, desde logo, pelas fragilidades estruturais, sociais e económicas, que caracterizam cada um dos seus níveis de crescimento e desenvolvimento.

No caso particular de Cabo Verde, país que integra o grupo de Países de Desenvolvimento Médio desde Janeiro de 2008, a saúde tem vindo a ser considerada uma área de intervenção prioritária e central para o desenvolvimento humano. De forma relacionada, tem vindo a ser dedicada atenção crescente à regulação da qualidade, segurança e eficácia do setor farmacêutico, e do medicamento em particular. Assim, atualmente, o medicamento encontra-se sujeito a um conjunto de regras que abrangem a sua investigação e desenvolvimento, autorização, fabrico, distribuição, prescrição, dispensa e vigilância após autorização, através de inúmeras disposições de carácter legal, e ainda de normas várias, de carácter regulamentar ou técnico-científico. O país tem igualmente alargado a sua atenção para outras áreas relacionadas com as implicações sócio económicas do medicamento, nomeadamente os regimes de preços e de comparticipação pelos sistemas de saúde e de segurança social, aspetos que, em especial nas últimas décadas, receberam igualmente a atenção marcada da maioria dos países desenvolvidos.

O conjunto desta atuação é desenvolvido através da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares, ARFA, agência que se dedica a regulação técnica e económica, bem como à supervisão e fiscalização dos setores químico-farmacêuticos e alimentar. Contudo, e não obstante a aposta de Cabo Verde na regulação do setor farmacêutico, o desenvolvimento desta atividade reguladora vem-se fazendo com algumas dificuldades, sobretudo no que se refere às competências para assumir, na sua plenitude e com a necessária eficácia, as responsabilidades inerentes a essa atuação. A existência de parcerias internacionais e protocolos de cooperação tem constituído pedra angular da promoção de desempenho nestas áreas, mas constitui um instrumento ainda relativamente recente e passível de ser melhorado e multiplicado.

Assim, partindo do reconhecimento das interconexões entre desenvolvimento e saúde, entende-se como pertinente a observação da atividade reguladora do setor farmacêutico em Cabo Verde, avaliando-se a possibilidade de, através da cooperação internacional, se promover a melhoria da saúde e, a partir dela, dos processos de crescimento e desenvolvimento.

Objetivos

Este trabalho tem como objetivo aferir de que forma a cooperação internacional em saúde, concretizada através dos protocolos internacionais estabelecidos pela ARFA no âmbito do setor farmacêutico, contribui para a dinâmica de crescimento e desenvolvimento em Cabo Verde.

É utilizada uma definição positiva de saúde, tal como proposta pela Organização Mundial de Saúde (2005), mediante a qual saúde congrega fatores como alimentação, atividade física, acesso ao sistema de saúde e a todos os bens relacionados com a saúde. O conceito de saúde extravasa, assim, a mera ausência de doença, antes representando um estado de bem-estar físico, mental e social, com inter-relações e impactos relevantes nos processos de crescimento e desenvolvimento.

Num quadro de escassez de pesquisas sobre o contributo da cooperação internacional em saúde para os processos de crescimento e de desenvolvimento, foram utilizados os seguintes pressupostos: (i) existe uma relação intrínseca entre saúde e desenvolvimento; (ii) a qualidade e facilidade no acesso aos bens e serviços de saúde produzem efeitos na saúde, e por essa via, no crescimento e desenvolvimento; e (iii) projetos desenvolvidos no âmbito de protocolos de parceria internacionais produzem impactos na saúde e por essa via no crescimento e desenvolvimento.

Pretende-se (i) a compreensão de diversas interconexões entre saúde e desenvolvimento (ao nível da regulação, qualidade, preço e acesso aos bens e serviços em saúde), (ii) a observação concreta dos protocolos internacionais estabelecidos pela ARFA no âmbito do setor farmacêutico, e (iii) a apreciação dos resultados dos protocolos de parceria internacional ao nível do seu contributo para uma melhor saúde, e por isso para o crescimento e desenvolvimento em Cabo Verde.

Dada a impossibilidade de uma abordagem exaustiva de todas as variáveis envolvidas, formularam-se as seguintes questões orientadoras: (a) Quais as principais interconexões entre saúde e desenvolvimento? (b) Qual a relevância da dimensão da saúde na concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio em Cabo Verde? (c) De que forma a atividade reguladora da ARFA contribui para a garantia da qualidade e acesso de produtos farmacêuticos? (d) Qual a relevância da incorporação da saúde na cooperação internacional, para os processos de

crescimento e desenvolvimento? (e) De que forma a cooperação internacional pode melhor contribuir para o fortalecimento institucional da ARFA?

Nesta perspetiva, e estabelecendo uma análise circunscrita à realidade cabo-verdiana, o trabalho identifica os principais protocolos de parceria formalizados entre a ARFA e entidades congéneres estabelecendo uma análise da forma e do alcance com que contribuíram para assegurar uma adequada regulação técnica e económica de produtos farmacêuticos, garantindo o acesso, a qualidade e a segurança na utilização dos mesmos, protegendo, dessa forma, a saúde pública dos cidadãos cabo-verdianos e contribuindo para as dinâmicas de crescimento e desenvolvimento.

No quadro da cooperação internacional para o desenvolvimento, merece destaque a cooperação Sul-Sul, abordando-se especificamente o acordo de cooperação técnica na área da saúde entre Cabo Verde e o Brasil e enfatizando-se protocolos de parceria que tiveram como principal objetivo implementar projetos estruturantes com vista a melhoria das condições de saúde do país. Portugal merece igualmente destaque enquanto parceiro de desenvolvimento de Cabo Verde e contribuidor ao nível da Ajuda Pública ao Desenvolvimento. Realça-se assim o seu papel em diversos domínios da cooperação, incluindo cooperação na área da saúde, com destaque para a formação, evacuação de doentes, fortalecimento institucional e implementação de projetos estruturantes com vista a melhoria das condições de saúde do país.

Em ambos os casos, tomando como objeto de análise as parcerias e protocolos de cooperação estabelecidos pela ARFA, objetiva-se a identificação de formas de, através do seu aprofundamento e extensão, melhor promover o seu contributo para a saúde, crescimento e desenvolvimento cabo-verdianos.

Método

A análise estabelecida é diacrónica percorrendo os últimos 20 anos (1990-2010) no que se refere ao acesso e preço e qualidade de produtos farmacêuticos. Porque se procura perceber a correlação entre evolução destes referenciais para a saúde em Cabo Verde e o formato de regulação desse setor, opta-se por iniciar o estudo no início da década de noventa, fazendo-o coincidir tanto com o

período de transição política, que resultou numa alteração na visão de desenvolvimento do país e abertura ao exterior, como com o início do processo de liberalização económica.

A pesquisa recorre à análise qualitativa suportada pela análise documental. É estabelecida uma revisão de literatura nas áreas do crescimento, desenvolvimento e cooperação internacional, e recorre-se à observação e análise de indicadores estatísticos bem como à técnica de inquéritos por entrevistas.

A abordagem estatística reporta-se à contextualização do processo de crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde, com enfoque na análise da evolução da saúde da sua população. Assim, através de técnicas indireta, procedeu-se à recolha e análise de um conjunto de indicadores e índices económicos e sociais, que permitissem caracterizar e medir a evolução em termos de crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde. Foi estabelecido um recurso particular aos Relatórios de Desenvolvimento Humano (ONU) especializados na observação, medida e acompanhamento dos processos de crescimento e desenvolvimento. O recurso a outras fontes de informação ocorreu apenas quando os dados não se encontraram disponíveis através da ONU. Recorde-se que é igualmente objetivo parcelar deste trabalho perceber a evolução de Cabo Verde ao nível da saúde no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, o que acrescenta em coerência à utilização preferencial dos dados da ONU.

Procede-se igualmente à análise documental dos Protocolos de Parceria Internacional existentes entre a ARFA, instituição que regula os setores farmacêuticos e alimentares em Cabo Verde, e instituições congéneres, designadamente brasileiras e portuguesa.

De forma complementar procedeu-se à aplicação de entrevistas semiestruturadas junto a uma amostra não probabilística, com o duplo objetivo de estabelecer a avaliação da relação entre saúde e desenvolvimento e de avaliar os projetos de parceria internacional da instituição ARFA no âmbito da saúde. A opção pela utilização deste instrumento com amostra não probabilística e intencional justifica-se por motivos de acesso a grande quantidade de informação e seu imediato esclarecimento, e pelo reconhecimento da experiência e conhecimento específico dos entrevistados.

Maior explicitação metodológica e detalhe sobre a técnica de entrevista utilizada são apresentados no desenvolvimento do trabalho. Assinala-se que os dados recolhidos através das entrevistas foram utilizados sobretudo para a elaboração do capítulo relativo às propostas de ação para os protocolos de parcerias estabelecidas no âmbito da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares, muito embora, pontualmente, informação considerada relevante tenha sido incorporada em outros pontos da dissertação.

O trabalho inicia com a contextualização histórica da cooperação internacional e a forma como o sistema internacional se tem posicionado em cada momento da história de acordo com as teorias de desenvolvimento económico, com destaque para a escola da modernização. Procede-se com a análise das diversas interconexões entre a saúde e o desenvolvimento, para a seguir enquadrar o tema saúde tanto no contexto das teorias do desenvolvimento quanto no contexto da cooperação internacional, procurando aferir-se a saúde enquanto elemento indutor de crescimento e desenvolvimento. Da mesma forma, analisa-se a medida de crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde, aferindo-se em particular sobre a melhoria dos indicadores de saúde ao nível da qualidade, preço e acesso aos bens e serviços de saúde. Procede-se com a análise de protocolos de parceria internacional no âmbito da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares, estabelecidos com as suas congêneres brasileiras e portuguesas, evidenciando-se a relevância da regulação dos produtos farmacêuticos em termos de qualidade, preço e acesso, com efeitos positivos nos indicadores de saúde e por essa via no potencial de crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde. Termina-se com apresentação de propostas de ação para protocolos de parceria da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares, através de aprofundamento dos protocolos já existentes e propostas para novas parcerias.

I. SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

1.1 Cooperação internacional e desenvolvimento

1.1.1 Contextualização da cooperação internacional

A cooperação internacional para o desenvolvimento (CID) é assumida como área de atuação global onde se inscrevem estratégias e atores diversos que procuram atuar com vista a mudanças sociais, sobretudo nos países em desenvolvimento, com base na própria evolução das teorias e práticas de desenvolvimento (Sangreman, 2009). Neste capítulo procura-se observar a evolução histórica da cooperação internacional (CI) e a forma como o sistema internacional se tem posicionado em cada momento da história de acordo com teorias de desenvolvimento económico. Procura-se ainda analisar o tema saúde no contexto da cooperação internacional, demonstrando que o mesmo ocupa cada vez mais a agenda política dos Estados, seja a nível nacional, seja enquanto desafio global.

Na sequência da Segunda Guerra Mundial ainda não se tinha claro o conceito de desenvolvimento. Na ordem internacional emergiam as instituições do sistema financeiro internacional de *Bretton Woods* (1944), que incluíam a formação do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e a proposta de introdução de um sistema de câmbios de paridades ajustáveis. Correspondentemente, no ordenamento comercial estabelecia-se o *General Agreement on Tariffs and Trade* (GATT), que definia princípios de liberalização de comércio e normas de relacionamento comercial internacional. Na sua génese, o GATT utilizava a ideia de “países menos desenvolvidos” como uma forma de se referir ao subdesenvolvimento, este último percecionado enquanto mera etapa, estágio, num processo de crescimento (Afonso e Fernandes, 2005).

Após 1945 iniciou-se um vasto processo de descolonização, durante o qual várias colónias de potências europeias retomaram a sua independência. Deste processo de reestruturação que fundaria os pilares económicos e políticos do século XXI emerge, em particular, a problemática do desenvolvimento, iniciando-se e intensificando-se a Cooperação para o Desenvolvimento entre os Estados.

De acordo com Afonso e Fernandes (2005), este período foi dominado por duas questões principais: a primeira, ligada à esfera militar, em que a grande preocupação seria evitar uma outra guerra à escala mundial; a segunda passava por questões de segurança económica e social, procurando evitar-se a reincidência de um cenário de depressão dos sistemas económicos. Com o início da Guerra Fria, contudo, a preocupação militar predominaria muitas vezes sobre as questões económico-sociais, e o principal objetivo da CI era conduzido no sentido de impedir que os países em desenvolvimento (PED) integrassem a fileira socialista, dominada pela URSS. Assim, o surgimento da cooperação oficial internacional para o desenvolvimento, pós Segunda Guerra Mundial, baseou-se na conceção de que a transferência de recursos técnicos e financeiros para as economias dos PED, seria instrumento capaz de modernizar esses sistemas económicos aproximando-os de um modelo capitalista. Nesse contexto, a CI assume um papel essencial enquanto motor de políticas de crescimento e desenvolvimento, passando este último termo a ser paulatinamente associado à ideia de cooperação.

No campo político, no pós Segunda Guerra Mundial, assiste-se à criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, visando o estabelecimento de uma agenda económica global que promovesse a cooperação entre os Estados. Para a concretização do Plano Marshall (proposta de assistência económica e política da Europa, lançada em 1947 pelos EUA), considerado como o primeiro projeto específico de CI entre um conjunto de Estados soberanos e independentes, foi criada mais uma instituição importante ao que tange a temática da cooperação - a Organização Europeia de Cooperação Económica (OECE) - a qual viria a dar origem, em 1961, à Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE). Nesse mesmo ano foi criado o Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD)¹.

Nos finais dos anos 60, o debate sobre o desenvolvimento tornou-se mais complexo e ideológico, passando a ser realizado quer a nível económico internacional, quer a nível micro e individual. Surgem, nessa época, as teorias da dependência económica, sustentando que o subdesenvolvimento resultava da natureza da relação (interdependência desequilibrada) entre o Norte e o Sul, podendo o seu início ser historicamente datado (processos de colonização).

¹ Notar que, para Afonso e Fernandes (2005), o objetivo do Plano Marshall e do Banco Mundial (BM), foi a reconstrução de uma Europa devastada pela guerra e não necessariamente o desenvolvimento do mundo não industrializado; porém, à medida que as colónias foram ganhando a independência, as atenções começaram a deslocar-se para essa nova realidade.

Embora a questão da relação Norte-Sul e as discussões sobre a pobreza tenham merecido destaque nos anos 70, a crise do petróleo, então reinante, e os problemas na balança de pagamento dos principais países provedores de ajuda, rapidamente reorientaram as prioridades da cooperação, através do FMI e dos empréstimos de ajustamento estrutural do Banco Mundial (BM), respondendo aos problemas/interesses dos países doadores (Fernandes, 2004). Assim, sendo verdade que existiu e permaneceu a preocupação com o bem-estar dos países menos desenvolvidos e a cooperação técnica internacional, não é menos verdade que, em termos de transferências financeiras, as preocupações foram orientadas, sobretudo, para objetivos macroeconómicos.

A partir dos anos 1980, o cenário internacional começou a alterar-se substancialmente. A conjugação de vários fatores, como a crise da dívida externa e um ambiente de recessão na maioria dos países provedores de ajuda internacional, mudou radicalmente o ambiente da cooperação. Por isso se considera esta década como perdida para os PED, visto que pouco se alcançou nas negociações no âmbito internacional. Recessões económicas, crescimento negativo na América Latina e miséria em África, conduziram a um debate intenso sobre as pretensões de ajuda e cooperação, intensificando os estudos sobre a sua eficácia. É neste contexto que as organizações não-governamentais (ONG) surgem como atores capazes de fornecer ajuda internacional de forma rápida e eficaz (Afonso e Fernandes, 2005). Nota-se assim uma mudança significativa nos fluxos de ajuda e cooperação e no fortalecimento das ONG como ator internacional.

Na década de 90, o tema do desenvolvimento reaparece com a Conferência sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (ONU, 1992) e a Cúpula das Américas (ALCA, 1994). Em 2000, celebrou-se a Cúpula do Milénio, na qual se definiram os Objetivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM), assim fortalecendo a rede de instituições de desenvolvimento e a convergência de esforços e ações conducente aos objetivos enunciados na Declaração.

Muitas outras reuniões, cúpulas e declarações foram estabelecidas posteriormente. A progressiva perda de substância do modelo anterior, que se reflete de forma dramática na diminuição dos recursos alocados pelos doadores tradicionais, se por um lado não coincidiu com o surgimento de outro modelo, por outro, provoca um debate estimulante sobre o futuro da CI (Naslusky, 2002).

Há claramente, no presente século, um amadurecimento da ideia e percepção de CI, abordando-se outras formas de cooperação para o desenvolvimento, que vão além da transferência de recursos. No entanto, e apesar dessa evolução, para lograr políticas de desenvolvimento efetivas e sustentadas é necessário que a CI e os seus instrumentos sejam coerentes com as realidades dos países recetores, o que exige aprimoramentos no sentido de tomar em conta as diferenças culturais, étnicas, religiosas, os níveis de desenvolvimento e as próprias prioridades estabelecidas pelos países recetores.

1.1.2 O sistema internacional de cooperação para o desenvolvimento

O avanço da globalização e o aumento dos contatos entre vários povos são extremamente diversos. Essa constatação é inegável, face ao aumento de fluxos e relações de cooperação entre países, bem assim como preocupante, na medida em que têm sido criadas grandes disparidades internacionais e produzidos enormes problemas sociais e de saúde, principalmente nos países mais excluídos dos circuitos centrais da economia global (Buss, 2007). Ora, ao fornecer embasamento para a troca económico-financeira entre os Estados, o princípio da cooperação económica internacional suscita uma inquietação permanente quanto aos processos de crescimento e desenvolvimento e seu papel no desenrolar dos mesmos. Compreende-se assim que a evolução do papel da CI nos processos de crescimento e desenvolvimento tenha evoluído de acordo com a própria evolução das teorias dominantes neste domínio, designadamente, partindo de uma clássica avaliação circunscrita ao crescimento económico e desembocando em preocupações socioeconómicas e culturais, como a necessidade de cooperação humana, consoante as especificidades locais (Cruz, 2000).

É na década de cinquenta, em particular que se inicia a jornada no *main stream* da teoria do desenvolvimento, na medida em que, tal como afirma Lerner (1968), a teoria da modernização coloca a questão do desenvolvimento enquanto parte integrante de um processo de transformação mais geral da sociedade, que implica a consideração de outras variáveis na análise, para além das económicas. Entre os obstáculos passíveis de serem identificados como causa impeditiva da modernização e desenvolvimento de alguns países, são analisados a insuficiência na dotação de recursos ao nível de capital físico, capital humano e social e/ou igualmente fatores como clima, fragilidades ao nível da organização política, fraqueza das instituições, ou religião, entre outros (Santos, 1996).

Autores como Max Weber, Robert Redfield, Samuel Eissenstadt ou Bert Hoselitz, em particular, em sucessivas obras sobre os processos de transformação das sociedades tradicionais em modernas/desenvolvidas, buscaram diversos fatores sociopolíticos, culturais e económicos que influenciariam o desenvolvimento, indagando se a importação de recursos financeiros e técnicos, contribuiriam para aquele processo. Defendiam que o caminho a ser percorrido para a superação do subdesenvolvimento seria em tudo semelhante ao histórico das sociedades ocidentais desenvolvidas, não obstante mais rápido e fácil (Sangreman, 2009). Assim, a função da CID seria a de proporcionar recursos aos países menos desenvolvidos, possibilitando-lhes atingir o processo de desenvolvimento num período muito mais curto do que os países desenvolvidos o tinham feito.

Para as escolas dualistas, que pensavam o desenvolvimento como um processo em que dois setores evoluíam a ritmos e com funções diferentes de fornecimento de capital, poupanças e mão-de-obra, o que era solicitado à CID era, por um lado, permitir colmatar a escassez de capital através do investimento estrangeiro e, por outro, fornecer ao país as divisas necessárias para equilibrar as contas com o exterior. Nesse sentido, a teoria da modernização não apenas indagava acerca do estado de subdesenvolvimento, como aventava meios de superá-lo (Reis, 2000).

Neste contexto, e tendo em consideração os objetivos traçados para o presente trabalho, interessa aqui o enfoque particular nas teorias dos obstáculos, tal como explicitados pela escola da modernização, em que se enquadram as atuais estratégias de desenvolvimento adotadas por muitos PED, em particular Cabo Verde.

1.1.3 O discurso do desenvolvimento sob o prisma da Escola da Modernização

A escola da modernização apresenta duas correntes explicativas do desenvolvimento, uma evolucionista e outra funcionalista.

Para a corrente evolucionista, defendida por Rostow, W.W. (1964), a modernização efetua-se através de um processo evolutivo, o que equivale a dizer que entre o antigo e o moderno existe uma linha de continuidade que é comum a todos os países, uns situando-se mais à frente do que outros. Assim, a explicação para o atraso de algumas regiões fundava-se em fatores como clima, instituições políticas e sociais e posturas ideológicas conservadores.

Nesta perspetiva, Rostow (1963), elaborou a *teoria das etapas do desenvolvimento* segundo a qual o processo de desenvolvimento corresponde a um percurso histórico comum a todas as economias. O desenvolvimento é sistematizado como um processo contínuo caracterizado por cinco etapas: (i) sociedade tradicional, (ii) condições prévias para o impulso inicial; (iii) sociedade em fase de arranque (*take off*), (iv) sociedade a caminho da maturidade, (v) sociedade de consumo de massa.

A sociedade tradicional caracteriza-se pela utilização de instrumentos de trabalho rudimentares que apenas permitem uma produção de subsistência, baixa produtividade de trabalho, predomínio da agricultura, caça e pastorícia. As atividades de transformação, existindo, são de natureza artesanal. As condições prévias para o impulso inicial de crescimento atingem-se quando começam a surgir determinadas experiências de inovação da produção com aplicação da ciência experimental. Verifica-se uma expansão gradual do mercado e formam-se classes dirigentes com iniciativa e espírito de empresa, ao mesmo tempo que o poder político, baseado no princípio da defesa dos interesses nacionais, exerce-se através de uma forte ação centralizadora. A fase do arranque ou *take off* corresponde ao patamar em que o investimento se eleva significativamente, passando de um nível inferior a 5% do produto para um nível igual ou superior a 10%. A principal fonte de poupança passa então a ser os lucros industriais, sustentados por uma indústria motora da economia cujos ramos estão articulados entre si. Esta indústria constitui o estímulo ao aparecimento de novas indústrias, servindo de exemplo ao setor tradicional e arrastando diversas atividades económicas por todo o sistema. A indústria apresenta produtividades importantes com um efeito significativo nos mercados e atividades. Cria-se, assim, um conjunto de instituições capazes de enquadrar as tendências para a modernização e expansão e a economia descola para níveis mais elevados da produção. A produção industrial ganha um peso crescente, muito embora ainda não ultrapasse a importância da produção agrícola. A sociedade a caminho da maturidade corresponde ao patamar em que toda a economia se encontra já influenciada pela modernização industrial, que arrasta consigo o setor dos serviços e o setor tradicional. A agricultura mecaniza-se e moderniza-se. O peso da produção industrial ultrapassa o da produção agrícola e verifica-se a terciarização da economia. Progressivamente, a importância relativa da produção do setor terciário ultrapassa a do setor secundário.

Rostow argumentava que a transformação das sociedades tradicionais em economias modernas seguia as etapas expostas acima, cabendo aos governantes preparar as sociedades para essas transformações². Dentro dessas concepções, a assistência internacional teria um papel fundamental para que os países em desenvolvimento acelerassem a passagem pelas diversas etapas.

A corrente funcionalista considera que nos países subdesenvolvidos existem dois setores, um moderno e outro tradicional, com predomínio deste último. O setor moderno aplica tecnologias mais avançadas e atinge produtividades mais elevadas; o setor tradicional, de subsistência, utiliza tecnologias arcaicas com baixa produtividade.

De acordo com esta corrente, defendida por R. Nurke (1952) e A. Lewis (1954), o processo de desenvolvimento ocorre através do contágio exercido pelas estruturas modernas sobre as estruturas tradicionais (Reis, 2000).

Todavia, Nurkse (1952) põe em causa a capacidade para a modernização dos países subdesenvolvidos. Para este autor, a acumulação de capital nos países subdesenvolvidos encontra-se confrontada com mecanismos de circularidade que tendem a bloquear tanto a oferta como a procura de capital, reproduzindo um círculo vicioso da pobreza.

Por sua vez, Lewis (1954), descreve um modelo funcional dualista, em que a formação de excedentes pelo setor moderno (exportador) é possibilitada por uma oferta ilimitada de mão-de-obra, passível de ser mobilizada a um custo quase nulo (salário de subsistência e incentivo a transição do setor tradicional para o setor moderno), promovendo o reinvestimento nesse mesmo setor moderno. A permanência de um salário pouco superior ao salário de subsistência no setor moderno, durante um período significativo de tempo, seria o garante do despoletar e arrastar de efeitos enlace por todo o sistema económico, promovendo uma complexidade estrutural (e capacidade de mudança estrutural) próprias, apenas, de sistemas desenvolvidos. Em ambos os

² A teoria de Rostow suscitou diversas críticas, nomeadamente quanto à incongruência lógica das diferentes etapas e quanto ao carácter de descontinuidade do arranque. Igualmente, foi criticada a apresentação da modernização económica como algo positivo e o tradicionalismo como negativo, com uma clara desatenção à agricultura e outros setores tradicionais. Mais ainda, foi criticada a forma como a teoria deu ênfase desmesurado à acumulação de capital físico, sem ter em conta o capital humano.

casos, contudo, a escola da modernização extrai uma consequência inevitável: a necessidade de intervenção endógena mas igualmente de uma intervenção exterior, designadamente ao nível da cooperação internacional exógena, potenciadoras de um *big push* inicial, promotor da modernização e consequentemente o crescimento económico (Reis, 2000).

Em termos práticos, Rostow (1964), ao descrever as etapas de crescimento, realçou que os PED enfrentam um fraco investimento produtivo que pode ser superado através da ajuda ao desenvolvimento, na forma de capital, tecnologia e assistência técnica. Por sua vez, ao refletir sobre o círculo vicioso da pobreza, Nurkse (1952) defendeu que a escassez de poupança e de investimento, nos países menos desenvolvidos, tornava necessária a presença de capital externo, pois não era possível percorrer nas etapas de desenvolvimento apenas com os recursos internos. A rutura com o círculo vicioso e a entrada do setor moderno na economia subdesenvolvida teria que ser provocada pelo investimento estrangeiro na indústria e pela intervenção do Estado – através da política de crédito fiscal, de incentivos ao investimento, investimento público, proteção da indústria nacional e restrição da exportação de capitais – de acordo com uma estratégia de crescimento equilibrado.

Hirschman (1964), criticaria esta proposta de vaga inicial (de capital) e crescimento equilibrado de Nurkse (1952) defendendo que o carácter de descontinuidade no ritmo e na qualidade do investimento, está em contradição com a caracterização do subdesenvolvimento ao nível institucional e empresarial. Segundo Hirschman (1964), os recursos nos países subdesenvolvidos eram escassos, impossibilitando o investimento em simultâneo em vários setores e, se estivessem em condições de aplicar a doutrina de desenvolvimento equilibrado, não seriam à partida subdesenvolvidos. O fator mais escasso nessas economias seria a habilidade para tomar as decisões de quanto e como efetivar os investimentos. Em vez de propor amplas frentes de investimentos, a política de crescimento económico deveria ter por objetivo a criação de estratégias de desequilíbrios, capazes de responder na proporção exigida de cada estímulo. Assim, o processo de crescimento (desequilibrado), na visão de Hirschman (1964), deveria estar centralizado na escolha de atividades chaves, capazes de proporcionar a implantação e o crescimento de outras atividades interligadas, por meio de efeitos de enlace (encadeamentos produtivos, fiscais ou de consumo).

A problemática do desenvolvimento e dos contributos teóricos acima descritos, entre outros, coincide com os processos de independência da maioria dos países africanos, e influencia o pensamento sobre as estratégias a seguir para o desenvolvimento nesses países bem como o papel a ser adstrito à Cooperação para o desenvolvimento (Sangreman, 2009).

Estas preocupações são, aliás, implícitas ao principal objetivo da constituição da ONU, exposto no seu preâmbulo, enquanto *manutenção da paz e segurança internacionais* por meio do respeito dos direitos do homem, conquista indissociável do desenvolvimento social e económico (Cot e Pellet, 1991). Paz e desenvolvimento possuem uma ínfima relação. Instabilidade económica, miséria e opressão constituem um ambiente propício para a eclosão de conflitos. A consecução de um desenvolvimento efetivo, por sua vez, é possível por meio da CI.

Neste sentido, e de acordo com Sangreman (2009), as conceções de um desenvolvimento equilibrado (defendida por Nurkse) entre diversos setores e os níveis de endividamento dos PED resultantes de empréstimos de capital deram origem à lógica dos projetos setoriais da ajuda que se diversificou e passou a incluir áreas tão diferentes como o controlo de nascimentos, a introdução de tecnologias de alta intensidade de mão-de-obra, a atenção às atividades informais e à agricultura tradicional, programas de desenvolvimento de bairros de acolhimento de migrantes rurais, energia, transportes, infraestruturas, telecomunicações e projetos de desenvolvimento rural integrados, bem como projetos de melhoria habitacional, saneamento, educação e saúde.

A necessidade de CI ficou ainda mais patente após as crises do petróleo da década de 70, na medida em que o incumprimento dos países africanos e latino-americanos se agravou, acarretando novas necessidades de financiamento. A partir da década de 80, com o agravamento da crise da dívida externa, a ajuda externa direcionada através de projetos em diferentes setores sofreu alterações tornando-se mais aceites as teses neoliberais, que privilegiam a economia como motor e condição necessária e suficiente para o desenvolvimento. Assim, o FMI modificou gradualmente a natureza dos seus empréstimos e passou a adotar programas direcionados para objetivos de equilíbrio macroeconómico e financeiro dos PED, com medidas de estabilização e de ajustamento estrutural. A partir da década de 90 estas medidas passariam a incluir a boa governação, procurando evitar que os PED se endividassem mais e garantir que o sistema bancário ocidental absorvesse o impacto dos créditos não cobrados (Sangreman, 2009).

Nesse sentido, a teoria e metodologia da ajuda passaram a ser dominadas pela lógica económica e financeira, passando o FMI a atuar em conjunto com o BM (Shihata, 1991). Uma das pré-condições para a concessão pelo Banco dos créditos de ajuste estrutural era que o país aderisse ao programa de estabilização do FMI (Swaminathan, 1998). As responsabilidades apontadas ao Fundo circunscreviam-se a uma estabilização financeira de curto prazo e ativação de políticas cambiais, enquanto o Banco fora encarregado da reforma estrutural de médio e longo prazo. A evolução de toda a ajuda passou a ser feita tendo em conta pareceres anuais do FMI e do BM sobre a situação económica dos países intervencionados, passando a funcionar como atestados de bom ou mau comportamento perante financiadores de toda a comunidade internacional. Construiu-se um verdadeiro *consenso de Washington*, criando receitas e impondo reformas estruturais (Sangreman, 2009).

A crise monetária do sudeste asiático, iniciado em 1997, e os relatórios do BM, da *United Nations Children's Fund* (UNICEF)³ e de outras organizações, governamentais ou não, levam a concluir, contudo, que o papel da ajuda executada sob forma dos programas de ajustamento estrutural, concedidos a partir das organizações internacionais, fica abaixo das expectativas, tendo-se mantido ou aumentado níveis de pobreza nos países recetores. Os próprios BM e o FMI assumiram as mudanças substanciais na conceção da ajuda, designadamente através da iniciativa de perdão da dívida aos países que, claramente, não tinham capacidades para se desenvolverem se continuassem a ter, tão só, o peso do serviço da dívida. A luta contra a pobreza e a melhoria do bem-estar humano tornou-se, então e de novo, a meta da CI (Sangreman, 2009).

Essa estratégia, que alguns autores passaram a designar como *Consenso de Monterrey*, vem expressa nos Documentos Nacionais de Redução da Pobreza (DNRP) e na resolução de Monterrey sobre o financiamento da CID em 2002, bem como, pela primeira vez, na definição de metas globais designadas por ODM, aprovada em Assembleia Geral da ONU. A mudança implicou uma retoma do papel do Estado recetor da ajuda enquanto autor e ator das prioridades e de responsabilidades face à comunidade internacional, devendo às mesmas subordinar os programas de CI.

³ Sendo a mais simbólica UNICEF (1987), *Ajustamento com rosto humano*, Siglo Veintiuno, Madrid.

Neste contexto, a mobilização de recursos domésticos e a concretização de políticas nacionais eficazes representam um importante aspeto no seu desenvolvimento. O acesso ao mercado financeiro internacional e a assistência financeira oficial é, frequentemente, uma consequência de boas políticas internas, do controlo dos riscos dos países e das normas e práticas que constituem a arquitetura financeira nacional. Recentemente o desenvolvimento do mercado de capitais tem expandido as opções disponíveis para os países que apresentam maior credibilidade.

Percebe-se portanto, a necessidade de um amplo financiamento para que os países atinjam um melhor cenário macroeconómico e proporcionem um real bem-estar aos cidadãos. Nesse sentido, o Fórum de Alto Nível para a Eficácia da Ajuda, que teve lugar em Paris em 2005, lançou um novo debate sobre as condições que podem gerar impactos expressivos e duradouros no desenvolvimento (ONU, 2005). Mais tarde, em Setembro de 2008, a Agenda para a Ação de Accra (AAA) veio reforçar a exigência dos compromissos assumidos com os PED, realçando temas importantes entre os quais a transparência e da prestação de conta mútua, e alargando o debate para as Organizações da Sociedade Civil (OSC) (Oliveira, 2011).

Na sequência de preparação do encontro de Accra, a plataforma *BetterAid*, constituída por mais de 700 OSC, divulgou um documento intitulado “*Eficácia do desenvolvimento na cooperação para o desenvolvimento – Uma perspetiva baseada nos direitos*”, no qual defendia a necessidade de repensar uma mudança fundamental no conceito de desenvolvimento a nível mundial, já que o modelo atual não tinha gerado crescimento nem progresso social. De acordo com a plataforma, os progressos nos objetivos do desenvolvimento acordados a nível internacional foram distribuídos de forma desigual entre países e grupos sociais, sendo por isso necessário conciliar a implementação da Declaração de Paris com objetivos concreto de desenvolvimento, baseados nos interesses e direito das populações mais pobres e marginalizados (Oliveira, 2011).

Adicionalmente, a *BetterAid*, lançou diversas críticas ao modelo atual, desde Paris a Accra, assinalando a falta de transparência e de intercâmbio sobre os fluxos, a política e os projetos de ajuda a nível nacional e internacional, que embaraçam a prestação de contas do processo de Eficácia da Ajuda. Nesse sentido, a plataforma reclamou um novo enfoque para a Cooperação para o Desenvolvimento, centrada na Eficácia do Desenvolvimento em vez da Eficácia da Ajuda (Oliveira, 2011). Assim para nivelar as relações de desigualdade entre doadores e países em

desenvolvimento, a plataforma considerava importante a democratização dos sistemas das instituições financeiras internacionais (Oliveira, 2011), tanto mais que os temas de governação, quer na Declaração de Paris quer em AAA, eram determinados pelos doadores e definidos de acordo com os critérios do BM e do FMI.

Notar que a questão da avaliação continua a ser um ponto problemático na medida em que ainda não foram criados instrumentos independentes para avaliar a execução e o impacto efetivo da implementação dos projetos, pois nem em Paris nem em Accra foram criados vínculos entre a Ajuda Pública ao Desenvolvimento (APD) e outras fontes de financiamento para o desenvolvimento (Oliveira, 2011).

1.2 A saúde no contexto das teorias de desenvolvimento

1.2.1 A saúde enquanto elemento indutor de crescimento e desenvolvimento

Atualmente o setor da saúde é considerado como inquestionável indutor de crescimento e desenvolvimento (OMS, 2004). Este reconhecimento ocorre em diversos campos de pesquisa, ganhando expressão internacional na OMS, cujos estudos demonstram uma clara relação entre condições de saúde da população e a sua capacidade de crescimento e desenvolvimento económico (OMS, 2001). Além disso, peculiaridades do complexo industrial da saúde, relacionadas com o seu dinamismo, elevado grau de inovação e potencial de geração de rendimento e emprego transformam-no em um conjunto articulado de atividades económicas com impacto significativo no processo de crescimento e desenvolvimento (Gadelha, 2006).

A saúde, a pobreza (extrema ou absoluta, moderada e relativa) e o desenvolvimento económico podem ser compreendidos como três vértices de uma relação de interdependência. Esta perspetiva pressupõe uma conceção de desenvolvimento que, corretamente e como explicitado em ponto anterior, para além das componentes económicas leva em consideração outras dimensões, entre as quais a social, institucional e ética, que percecionam o desenvolvimento para além de uma mera reprodução alargada do sistema económico. Assim, um ciclo de desenvolvimento sustentado terá o potencial de promover relações virtuosas interdependentes, no qual o combate a pobreza produz

melhorias nas condições de saúde com efeitos positivos sobre o crescimento e desenvolvimento, que por sua vez gera impactos positivos na redução da pobreza.

Amartya Sen (2001) lançou um novo olhar sobre essas questões ao mostrar que o desenvolvimento de uma nação está essencialmente ligado às oportunidades que são oferecidas aos seus povos. De acordo com este autor, o Estado deve ter um papel ativo na garantia de que todos os cidadãos têm a oportunidade de viver em pleno o seu potencial, independentemente das condições sociais em que se encontram. Assim, as agendas de políticas sociais, políticas de saúde e políticas económicas devem complementar-se e reforçar-se mutuamente.

A preocupação com as condições de saúde das populações vem sendo cada vez mais analisada em função da progressão ou redução do desenvolvimento (WHO, 2002). Sabe-se já há alguns anos que as populações mais pobres têm maior probabilidade de adoecer, perpetuando-se assim as condições de subdesenvolvimento (WHO, 2002). A manutenção de indicadores de saúde desfavoráveis comprometem o crescimento e o desenvolvimento, e os benefícios na área da saúde podem favorecer tanto o crescimento como o desenvolvimento económico, da mesma forma que uma melhor distribuição dos benefícios de um processo de desenvolvimento também pode diminuir a pobreza e melhorar a saúde das populações (WHO, 2002).

Em Setembro de 1978, foi realizada a primeira Conferência Internacional sobre os cuidados Primários de Saúde, organizada pela OMS e UNICEF em Alma-Ata. A Conferência resultou na adoção de uma Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (OMS e UNICEF, 1978). De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), ações dos diferentes atores internacionais deveriam ser estimuladas, no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento dos países, para que fosse atingida a meta de saúde para todos no ano de 2000. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento económico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial.

Há muitas formas de promover e manter a saúde. Considerando que uma parte significativa da população fica fora dos limites do setor da saúde⁴, em resultado da dificuldade no acesso a medicamentos bem como aos sistemas de prestação de cuidados primários de saúde, o Relatório Mundial da Saúde sobre o *Financiamento dos Sistemas de Saúde – maior cobertura universal* (OMS, 2010), observa que a redução de desigualdades em áreas como a educação, habitação, alimentação e emprego promovem igualmente a redução do nível de desigualdades em saúde, influenciando de forma positiva o nível de saúde das populações.

O acesso à alimentação e à nutrição constituem igualmente requisitos básicos para a promoção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida. O acesso a uma alimentação saudável dá-se em função do consumo de alimentos e não exclusivamente nutrientes. Verifica-se, entretanto, que continuam a existir milhões de pessoas atingidas pela fome, subnutrição e insegurança alimentar crónicas, ao mesmo tempo que, em muitos outros países, existe excesso de bens alimentares, alguns dos quais destruídos por perda de validade (Cardoso, 2010).

O próprio acesso atempado a cuidados de saúde e a medicamentos, estabelecendo uma combinação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, é crítico. Sem um sistema de financiamento de saúde que funcione de forma eficiente, que permita às pessoas usar os serviços de saúde quando necessitam, uma franja significativa de população permanecerá excluída de cuidados essenciais (OMS, 2010). Nesse sentido, e devido à própria necessidade de melhoria nas condições de saúde das populações pobres e marginalizadas, essencial para o cumprimento dos ODM da ONU (OMS, 2010), os Estados Membros da OMS comprometeram-se, em 2005, a desenvolver sistemas de financiamento da saúde que possibilitem um acesso generalizado/facilitado aos serviços de saúde.

Uma significativa parte da população de países de rendimento baixo não tem acesso a medicamentos essenciais, devido principalmente à incapacidade financeira, individual e estatal, para a realização da sua compra (OMS, 2001). Acresce que, em muitos países, o acesso a medicamentos essenciais é dificultado por sistemas de aquisição opressivos, processos reguladores

⁴ Entenda-se por Setor da Saúde o conjunto da organização, prestações e financiamento de serviços que engloba o setor público e privado, com fins lucrativos ou não lucrativos (MS, 2007).

internos, e grandes impostos e taxas sobre a importação (OMS, 2001). Para evitar a falta de acesso a medicamentos essenciais, a indústria farmacêutica internacional, juntamente com os países de rendimento baixo e a OMS, procuram assegurar o seu acesso por parte dos países pobres, empenhando-se em fornecê-los (ou facilitar o seu fornecimento) ao preço comercial mais baixo (IFPMA, 2011).

Pode dizer-se que se a saúde tem consequências no desenvolvimento social e económico, as condições económicas e sociais também influenciam na saúde. Assim, não obstante a existência de indícios das inter-relações entre saúde e desenvolvimento, tal como anteriormente identificados, verifica-se ainda a necessidade de aprofundar e contextualizar alguns conceitos para que sejam estabelecidas relações mais consistentes que apoiem a formulação de políticas, projetos e ações nesse âmbito.

1.2.2 Relações propostas entre saúde e desenvolvimento

A discussão sobre a relação entre saúde e desenvolvimento incorpora a saúde numa função de produção económica, explícita ou implicitamente, relacionando-a como um fator explicativo, de maior ou menor intensidade, para a evolução do rendimento *per capita* e, portanto, para o crescimento/desenvolvimento económico.

Assim, no âmbito da saúde, começaram já a surgir inúmeros trabalhos teóricos e com forte base econométrica que incorporam a saúde na função de crescimento, por exemplo, através da medida da esperança de vida, do capital humano ou da mortalidade infantil, entre outras possibilidades. É o caso de autores como Labont (2004), com contributos de estudos sociais em saúde e inclusão social e de Barten e Gulden (2002) com estudos sobre material de análise crítica da promoção da saúde, entre outros. Como desdobramento, a saúde, passa a ser vista de forma positiva na medida em que aumenta a produtividade e promove crescimento económico, não como um segmento da estrutura económica, mas como uma área social que, indiretamente, favorece o capital humano.

Neste âmbito, uma revisão da literatura existente relativa ao papel da saúde no desenvolvimento económico remete para duas abordagens fundamentais.

De acordo com a posição neoliberal, onde o papel do Estado é minimalista, as finanças públicas neutras e o sistema económico propulsor do próprio desenvolvimento, ao Estado (mínimo) caberá tão só o enfoque de esforços nos mais necessitados que não podem exercer a sua liberdade em situações de vida tão precárias. A este Estado cabe uma intervenção bem menor na economia, ou a mínima possível, cabendo ao Executivo somente promover as condições favoráveis para o seu bom funcionamento, favorecendo a estabilidade financeira e monetária do país.

De forma contrária, um Estado intervencionista coloca a atuação estatal enquanto agente protetor, defensor social e organizador da economia, com finanças públicas ativas, moderadas e anti cíclicas. As autoridades governamentais são, assim, responsáveis pela regulação do mercado, bem como pela ação sobre a procura agregada, quando necessário, no sentido da promoção do crescimento e do emprego. O Estado intervencionista regulamenta o setor económico e cabe-lhe ainda garantir serviços públicos e proteção a toda a população, onde se inclui a saúde, educação, previdência social, seguro de desemprego, subsídio na doença, entre outros. Nessa perspetiva as taxas e impostos tendem a ser elevados, ou pelo menos, necessariamente, superiores, de forma a financiar estas funções sociais.

Os termos da perceção neoliberal, contudo, incorrem em dois riscos que passam despercebidos por diversos autores da área da saúde preocupados com a transformação social tais como Barten e Gulden (2002), Labont (2004), entre outros, que apresentaram trabalhos que enfatizam uma relação indissociável entre saúde e desenvolvimento baseados na transformação social. O primeiro desses riscos, refere-se a estudos com fortes evidências estatísticas de que a saúde não seria tão funcional para o crescimento económico. Schultz (2005), por exemplo, observa que o uso da esperança de vida e das taxas de mortalidade infantil como sendo medidas da situação sanitária pode apresentar ambiguidades, tanto por motivos concetuais como práticos. O segundo, seria o risco de abordar o processo de desenvolvimento como suave, sem conflitos, sem mudanças estruturais, bastando que aos esforços de investimento em capital físico se fizesse um esforço no investimento social, e na saúde, em particular.

O Relatório sobre Saúde e Crescimento (BIRD/BM, 2006) parece evidenciar estes riscos associados a uma visão liberal sobre a saúde e desenvolvimento. Por exemplo, Deaton (2006), questiona a relação entre a taxa de crescimento económico e as condições de saúde, utilizando a

mortalidade infantil como indicador, e conclui que, na realidade, é a educação e o contexto institucional que determinam tanto a taxa de crescimento quanto as condições de saúde, não havendo uma relação direta entre eles. Outros autores, como é o caso de Acemoglu e Jonhson (2006), não encontraram nenhuma evidência de que um aumento na esperança de vida gere crescimento do rendimento *per capita*. Além disso, no mesmo estudo, os autores observaram que a convergência na esperança de vida entre países é muito maior do que a convergência no rendimento *per capita*. Ou seja, a situação de saúde melhorou nos países pobres a um ritmo mais rápido que nos países ricos – embora a partir de uma base muito baixa -, não obstante o fato de o crescimento do rendimento ter sido mais lento nos países pobres que nos ricos. Em conformidade com os resultados anteriores, Bleakley (2007, p. 10) observa que “*é pouco provável que a simples correlação de resultados, de saúde pública e económicos, meçam o efeito causal (da saúde sobre o rendimento), dado que a saúde pública é endógena*”.

Todavia, e a despeito desses estudos recentes, o Relatório *Macroeconomia e Saúde: investindo na saúde para o desenvolvimento económico* (OMS, 2001), elaborado pelo Comité Macroeconomia e Saúde (CMS), continua a ser uma referência para o tema. Fundamenta que saúde é um fim em si e que, além disso, é um fator favorável ao desenvolvimento económico. Nesse aspeto, ressalta as regiões mais pobres com “*condições de saúde explosivas [sic]*”, como a epidemia da SIDA na África Subsaariana, indicando que a carga de doenças relacionadas com esta doença é de tal envergadura que limita qualquer possibilidade de crescimento económico e de desenvolvimento. O mesmo relatório mostrou que intervenções existentes e capazes de salvar vidas, incluindo medidas preventivas e acesso a medicamentos essenciais, não chegam até às pessoas pobres.

Assim, o Comité partiu do contrário da noção de que o desenvolvimento económico era uma condição prévia para verdadeiras melhorias em saúde e provou que melhoramentos em saúde são importantes para o desenvolvimento económico. Foi ainda mais longe e confirmou que nos países onde a população sofre de má saúde e o nível de educação é baixo é mais difícil atingir o desenvolvimento económico sustentável (OMS, 2001).

A Comissão de Crescimento e Desenvolvimento (CCD), (BIRD/BM, 2006), após cinco anos do lançamento do CMS (OMS, 2001), refutaram, em parte, as teses do Comité da OMS, e de acordo com o Relatório, não obstante as melhorias registadas nos últimos 100 anos na situação da saúde

da população, medidas por diversos indicadores, ainda assim, são difíceis de medir ou estimar, “*e um vigoroso debate em curso sobre qual delas predomina sobre a outra reflete desafios empíricos*” (BIRD/BM, 2006, p. 2). Mesmo admitindo progressos farmacêuticos que impactam na redução da incidência de doenças e morte, o crescimento económico igualmente contribuiu para que diminuísse a transmissão de doenças, “*na medida em que as pessoas mais ricas são mais bem nutridas e instruídas, e os países mais ricos têm capacidade de adquirir os bens públicos como abastecimento de água, saneamento e controlo de vetores de doenças*” (BIRD/BM, 2006, p. 1).

Nesse sentido, não obstante o mérito de procurar compreender melhor a relação entre saúde e rendimento, a CCD explorou apenas aspetos económicos da relação saúde e desenvolvimento, dando ênfase ao crescimento económico em detrimento dos aspetos sociais advindos dos avanços na melhoria da saúde. Mais ainda, critica-se um informe prévio do BM elaborado pela CCD onde se procurou enfatizar a predominância do rendimento sobre a saúde, sendo que as hipóteses de causalidade entre saúde e rendimento sejam difíceis de medir ou estimar. Não obstante os efeitos positivos entre saúde e crescimento, provavelmente são relativamente pequenos, o que equivale a dizer que, do ponto de vista desses autores, prevalece a posição do desenvolvimento sob a saúde, sem sequer haver algum equilíbrio entre si.

A CCD (BIRD/BM, 2006), conclui que apesar de estudos microeconómicos poderem oferecer sólida orientação no tocante aos benefícios marginais e a algumas das soluções de compromisso entre investimentos nos níveis do indivíduo e da família, a nível macro, o impacto da saúde sobre o crescimento é pequeno, se existe, e os resultados são ambíguos devido aos desafios referentes a mensuração dos impactos positivos da saúde. Essa posição leva esta autora a concluir que, ao defender efeitos positivos mínimos da saúde sobre o crescimento económico, a CCD descurou os avanços mundiais alcançados na saúde nos últimos 50/100 anos, sem prejuízo das ainda enormes insuficiências e aspetos críticos a melhorar. Do mesmo é exemplo a drástica redução de incidência de doenças e da mortalidade em vários PED face a campanhas de vacinação e disseminação de antibióticos e outros progressos farmacêuticos (OMS, 2001).

De forma contrária, ao estudar as relações entre saúde e desenvolvimento, o CMS (OMS, 2001) realçou os aspetos sociais no processo de desenvolvimento económico, conseguindo demonstrar que investimentos em saúde podem acelerar o crescimento económico (Bloom e Canning, 2003).

Ao concentrar o seu trabalho sobre as pessoas mais pobres do mundo, nos países mais pobres, demonstrou que os mais pobres são mais suscetíveis a doenças devido às más condições sanitárias, má nutrição e a falta de acesso aos cuidados básicos de saúde, pelo que compartilham um fardo desproporcionado de mortes e sofrimento que podem ser evitáveis (OMS, 2001). Para travar esse sofrimento e o círculo vicioso de pobreza, na aceção de Nurske (1952), são necessárias intervenções específicas, incluindo medidas preventivas e acesso a medicamentos essenciais.

Ao demonstrar a relevância da relação da saúde sobre o rendimento e crescimento económico e caminhos ou possíveis soluções face a problemas da maioria dos países pobres, ao realçar que os investimentos em saúde são essenciais e devem ser uma componente vital das estratégias nacionais de desenvolvimento, o CMS incluiu já a preocupação em apoiar os países pobres em alcançarem pelo menos em metade os ODM. Com efeito, melhorar a saúde e esperança de vida das pessoas mais desfavorecidas é um fim em si e um objetivo fundamental do desenvolvimento económico que está diretamente relacionado com os ODM (OMS, 2001). Nesse sentido e ao contrário da posição defendida no Relatório do BIRD/BM (2006), raramente serão as soluções advindas do crescimento (por exemplo, alta tecnologia), mas antes as intervenções nos cuidados primários, que podem melhor combater as doenças ligadas à pobreza.

Acresce que o CMS (2001) demonstrou que investimentos em saúde podem acelerar o crescimento económico, pelo que recomenda um aumento das despesas em saúde como meio de elevar a situação sanitária e promover o crescimento. Os investimentos em saúde são percebidos como essenciais para as estratégias nacionais de desenvolvimento, particularmente quando têm por alvo a saúde das populações pobres e dos países menos desenvolvidos. Em economias de baixo rendimento, melhorias na esperança de vida e redução no fardo das doenças tendem a estimular o crescimento, a promover taxas de fertilidade mais baixas e maiores investimentos em capital humano, conduzindo a maior estabilidade macroeconómica e social. A correlação entre melhor saúde e maior crescimento económico deriva de análises macroeconómicas sugerindo que benefícios económicos indiretos resultará em outros 180 mil milhões US\$ anuais até 2020 (OMS, 2001).

Para atingir estes enormes benefícios, o CMS (OMS, 2001) pede um aumento nos recursos atribuídos ao setor saúde. De acordo com o mesmo CMS, cerca de metade desse aumento seria

proveniente do Apoio ao Desenvolvimento (AOD), juntamente com os PED que forneceriam a outra metade dando novas prioridades nos seus orçamentos. O investimento total em saúde refere-se à expansão gradual de intervenções necessárias à luta contra o VIH/SIDA, saúde reprodutiva, incluindo planeamento familiar e acesso à contraceptivos e no reforço dos sistemas de saúde que assegurem a acessibilidade a todas as pessoas, especialmente as mais pobres.

Bloom e Canning (2003), partiram desse ponto de vista para defender aumentos na despesa governamental com a saúde. Nessa perspetiva, para alargar intervenções de saúde e reforçar sistemas de prestação de cuidados de saúde, de forma a garantir o acesso a tais intervenções, especialmente aos mais pobres, seria necessário um aumento dos recursos financeiros destinados à saúde. Em Abril de 2001, os Chefes de Estado e de Governo africanos reuniram-se em Abuja, Nigéria, comprometendo-se em atribuir pelo menos 15% dos orçamentos nacionais à saúde, como forma de realizar os ODM (ECA e AUC, 2011).

A Resolução 58.33 (ONU, 2005) assinala que todos devem ter acesso a serviços de saúde sem sacrifício financeiro (OMS, 2010). Para fazer face a essa Resolução, em Julho de 2010, durante a Cimeira de Kampala (OMS, 2010), os Chefes de Estado comprometeram-se a realizar ações no sentido de *“proporcionar financiamentos sustentáveis com a melhoria da mobilização de recursos domésticos, incluindo a parceria público-privada e o seguro nacional de saúde, de modo a alcançar a cifra de 15% da meta de Abuja”* (ECA e AUC, 2011, p. 1).

O *Relatório Mundial da Saúde sobre o Financiamento dos Sistemas de Saúde – a caminho para a cobertura universal* (OMS, 2010) identifica vários fatores que contribuem para o lento progresso registado na concretização dos ODM, designadamente, a falta de recursos financeiros, a má governação, infraestruturas e sistemas de saúde débeis, falta de enfoque sobre resultados, harmonização e alinhamento da ajuda. Os fatores exógenos incluem a instabilidade política e as catástrofes naturais. A nível nacional, as principais fontes de ineficiência podem incluir, a débil definição da estratégia que leva à atribuição inadequada de recursos e opções de financiamento, processos de aquisição, gestão e utilização de medicamentos inadequados, utilização excessiva de financiamento de determinados serviços de saúde e distorções no mercado.

A desigualdade no acesso aos cuidados de saúde contribui igualmente para a ineficiência do setor saúde, o que leva a que a classe rica beneficie mais dos serviços de saúde subsidiados pelo Estado. Estes serviços são frequentemente inacessíveis aos desfavorecidos, cujas despesas diretas com a saúde são enormes e geralmente representam mais de metade das despesas totais do setor da saúde de um país (OMS, 2010). Como forma de ultrapassar esses desafios o Relatório recomenda que é necessário um diálogo constante que deve incidir sobre as seguintes grandes áreas e resultados: melhorar a situação do atual financiamento do setor saúde; aplicar os recursos disponíveis de forma eficiente e eficaz; priorizar investimentos na saúde que atinjam maior desenvolvimento; melhorar a articulação entre os Ministérios das Finanças e da Saúde no processo de orçamentação, monitoramento e avaliação; melhorar a articulação entre o setor privado (OMS, 2010).

Assinale-se por fim a relação entre alimentação e saúde básica, tendo em atenção que a promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada fazem parte de cuidados primários de saúde, consagrados na Declaração de Alma-Ata (OMS e UNICEF, 1978). Segundo esse princípio a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano. De acordo com a OMS (2001), as pessoas pobres cuja alimentação é deficiente têm mais probabilidades de ficarem doentes e correm um risco maior de morrer devido às suas doenças do que indivíduos com mais possibilidades económicas.

1.2.3 Relevância do setor farmacêutico na saúde básica

De acordo com a Declaração da Alma-Ata (OMS e UNICEF, 1978), o fornecimento de medicamentos essenciais, fazem parte de cuidados primários de saúde. Segundo a *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations* (EFPIA, 2008), é responsabilidade do setor farmacêutico, enquanto indústria global cujo objetivo é melhorar a saúde e em conjunto com os governos e outras organizações, participar na satisfação desta necessidade. Ora, se é verdade que o acesso a um tratamento adequado é crucial para muitos pobres no mundo, esse acesso só pode ser melhorado se forem combatidas as causas que estão na origem da pobreza. Porquanto, as barreiras mais evidentes e fundamentais ao acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos prendem-se em questões de pobreza.

A incipiente infraestrutura de saúde nos PED é acompanhada por uma séria escassez de médicos, enfermeiros e farmacêuticos, entre outros fatores. Além disso, os PED, especialmente os menos avançados, muitas vezes apresentam custos muito elevados agravados por sistemas de aquisição opressivos, o que inflaciona os preços dos medicamentos. Exemplos de sistemas de aquisição opressivos podem ser os custos de distribuição, tarifas de importação, taxas portuárias, margens dos importadores, impostos sobre medicamentos e as elevadas margens do grossista e retalho da cadeia de abastecimento (OMS, 2001).

Adicionada à pobreza, a falta de melhor educação em saúde pode ainda dificultar o acesso aos medicamentos. As pessoas pobres com acesso limitado a nutrição e vivendo em condições precárias deparam com a incapacidade de adquirir produtos e serviços básicos de saúde. A redução da pobreza, em geral, consiste em intervenções orientadas, como por exemplo criação de programas para uma melhor nutrição para as mães, as campanhas de vacinação em massa, melhor acesso a antibióticos básicos. Esses esforços podem ser altamente eficazes na redução da mortalidade.

Assim, a indústria farmacêutica constitui um dos alicerces de um sistema de saúde eficaz e com bom funcionamento, sendo que os produtos farmacêuticos, assim como os medicamentos e as vacinas, são fundamentais para controlar, diminuir ou erradicar doenças e porquanto requerem financiamento adequado (OMS, 2001). No entanto, a despesa farmacêutica representa apenas uma pequena percentagem da despesa total em saúde.

No sentido de minimizar as necessidades dos PED, o CMS (2001) recomenda uma nova estrutura mundial para o acesso aos medicamentos que inclua planos de fixação de preços diferentes em mercados mais pobres como norma de funcionamento, atribuição mais alargada de licenças a produtores de medicamentos genéricos e acordos sobre compras por atacado, o que significa dizer que os medicamentos podem ser adquiridos por um preço comercial mais baixo possível. Igualmente recomenda que os países de rendimento baixo e a indústria farmacêutica reúnam esforços e estabeleçam parcerias sobre diretivas para fixação de preços e de licenças de produção de tecnologias essenciais, nos países de baixa renda de forma a assegurar um fornecimento sem interrupção de medicamentos essenciais. Tais diretivas identificariam um conjunto designado de medicamentos essenciais para países de rendimento baixo, a preços reduzidos (OMS, 2001).

1.3 A saúde no contexto da cooperação internacional

1.3.1 Integração da saúde na cooperação internacional

As primeiras formas de CI na saúde datam do século XIX e foram desenvolvidas objetivando o entrave à propagação de doenças infecciosas que refletiam de forma negativa sobre o comércio entre países. Isso permitiu, assim, demonstrar a relevância da segurança sanitária dos portos.

Um exemplo notável que expressa a necessidade de ação urgente de todos os governos e da comunidade internacional para promover a saúde de todos os povos do mundo é a Declaração de Alma Ata sobre a atenção primária de saúde, em 1978. Tal declaração foi possível graças ao intenso e prolongado diálogo diplomático que gerou a mobilização de interesses convergentes de um considerável número de países que assumiram como suas a visão estratégica de atingir saúde para todos no ano 2000 formulada na OMS (OMS, 2010). A importância da saúde nas Metas da Declaração do Milênio (2000) e no Relatório do CMS da OMS (2001) revela igualmente que a saúde passou a ocupar uma posição central nos debates internacionais sobre política social e desenvolvimento económico.

Todavia, o crescente e acelerado processo de globalização repercute-se em múltiplas dimensões da vida social. As mudanças tecnológicas, económicas e políticas a nível mundial afetam as relações estabelecidas entre os Estados. Nos últimos anos, configura-se um sistema político em escala mundial que modifica os intercâmbios entre os Estados e redefine aspetos do desenvolvimento humano. Esse sistema mundial influi diretamente na complexa relação entre a saúde e as relações internacionais no campo da CI no âmbito da saúde (Buss e Ferreira, 2010). Surgem novos atores internacionais com diferentes papéis e responsabilidades. Formam-se novas alianças e associações e surgem com força alguns critérios na relação internacional pelo maior papel da sociedade civil, expresso em função da transparência e prestação de contas.

Assim, nos últimos 12 anos, o diálogo entre os campos da saúde e das relações internacionais foi-se intensificando gradualmente, com a emergência da saúde enquanto tema relevante da política externa, com progressivamente maior presença e prioridade na agenda internacional, e consequências notáveis e desafios significativos tanto para os países como para as organizações

internacionais (Kickbusch e Berger, 2010). De assinalar, em particular, o aumento no número de atores nacionais e transnacionais (governamentais e não governamentais) e a formação de uma complexa interação entre tais atores, bem como o surgimento de novos mecanismos organizacionais destinados a esta finalidade, que tornam efetiva tal interação, na qual se vê, cada vez mais claramente, uma tendência para a participação do setor privado empresarial e corporativo e de OSC.

Reconhecendo a forma como os sistemas de saúde da maioria dos países pobres são incapazes de enfrentar as necessidades de suas populações, as doenças prevalentes, seus principais fatores de risco e as péssimas condições de vida que afetam a saúde, dessa forma colocando-os em situação de grande dependência da ajuda internacional, a ONU, as agências de cooperação dos países mais desenvolvidos do mundo e a filantropia internacional tratam de responder aquelas preocupações e colocam a saúde como prioridade na agenda da CI e dos programas de ajuda para o desenvolvimento.

Com efeito, sendo as políticas de saúde da responsabilidade dos Estados, no mundo atual, as políticas e as ações sanitárias locais e nacionais requerem CI e intervenções coletivas transnacionais para garantir a saúde das populações, sobretudo diante de problemas da saúde e riscos que ultrapassam fronteiras. Neste contexto, existe cada vez mais um reconhecimento de que a estrutura, as regulamentações e as formas de organização de todos os Estados precisam melhorar substancialmente para incluir e beneficiar a todos, reduzindo os níveis da exclusão dos processos do desenvolvimento.

Em particular, considerando que o mundo se encontra a três anos da data indicada para o alcance das Metas da Declaração do Milénio, há que reconhecer que o rápido crescimento dos fluxos de AOD na saúde e o grande número de agentes provedores de recursos financeiros no setor têm criado um cenário complexo, tanto para os esforços de alinhamento e harmonização como para assegurar uma adequada governação em todos os níveis (Garret, 2007). Com efeito, se o compromisso mundial de trabalhar por um mundo com maior igualdade social e sem pobreza, expresso nos ODM, orienta e dirige a agenda da CI, as AOD, as Parcerias Público Privadas (PPP) e a cooperação técnica entre os países fazem parte das variadas formas de expressão da CI. Ora, o âmbito da AOD, em particular, de forma a assegurar maior efetividade, torna-se necessário

acentuar a importância de maior harmonização (esforços dos doadores para coordenar suas atividades), alinhamento (coordenação das prioridades do doador com as prioridades do país recetor, contrapondo-se as prioridades deste último) e um processo de reforma da ONU que se propõe a coordenar as operações de suas várias agências nos países em desenvolvimento (OCDE, 2006).

1.3.2 Formas de cooperação internacional na saúde

1.3.2.1 Ajuda Oficial para o Desenvolvimento

A **Ajuda Oficial para o Desenvolvimento (AOD)**⁵, estabelecida na década de 1960 no âmbito do CAD, agrega recursos financeiros de governos de países desenvolvidos destinados a governos dos chamados PED com o propósito da promoção do desenvolvimento em vários setores. O CAD define AOD como doações ou empréstimos para países em desenvolvimento que obedecem a três critérios: “(a) realizados pelo setor oficial; (b) tendo a promoção do desenvolvimento econômico e bem-estar como o principal objetivo; e (c) de caráter financeiramente concessional (se um empréstimo, com pelo menos 25% dos recursos a fundo perdido)” (Campos, Almeida e Fonseca, 2009, p. 104).

A alocação de recursos de AOD para países e regiões de todo o mundo ocorrem anualmente em cada país ou instituição multilateral a partir de processos políticos complexos, permeados por considerações estratégicas e políticas, que definem as prioridades. A AOD é considerada uma ferramenta essencial de crescente importância no alcance dos ODM (OCDE, 2006). De acordo com a OCDE, a AOD incluem as doações a fundo perdido e empréstimos subvencionados a países e territórios em vias de desenvolvimento e que integram a lista do CAD de recetores de AOD. Assim, os países recetores das AOD são aqueles que figuram na lista, a que foi publicada pelo

⁵ A AOD pode ser oferecida aos países na modalidade bilateral ou multilateral. Por AOD bilateral entende-se todo o fluxo de recursos alocados ou desembolsados que se enquadram nos três critérios de AOD do CAD/OCDE, a partir de um país membro do CAD diretamente para um país em desenvolvimento ou para ONG e PPP, ou ainda contribuições para programas específicos, destinados a um determinado país e disponibilizados por meio de organizações multilaterais. Neste último caso, apesar de os recursos serem disponibilizados via uma organização multilateral, são classificados como bilaterais quando “marcados” especificamente para aplicação em programas específicos para um dado país (Campos, Almeida e Fonseca, 2009).

CAD pela primeira vez em 1962, com o propósito de estabelecer um sistema exaustivo de registo da AOD e das contribuições restantes dos membros do CAD aos PED. A lista atual do CAD incorpora quatro grupos de países que podem ser recetores: países menos desenvolvidos; os de baixo rendimento; os de rendimento médio baixo (de que Cabo Verde faz parte), e os de rendimento médio alto. Essa classificação é feita com base no rendimento nacional bruto *per capita* (RNB_{pc}) dos países.

A coordenação e complementaridade de todos os atores ativos na área de cooperação são fatores cada vez mais importantes para reduzir os custos da AOD e melhorar a eficácia da cooperação entre todos os parceiros, públicos e privados, que estão ativos na área.

A Cimeira do Milénio da ONU (2000) culminou com a assinatura da Declaração do Milénio que estabeleceu os oito ODM. Desses objetivos, o oitavo previa precisamente a criação de uma parceria global para o desenvolvimento, em que, por um lado, os PED assumiam o compromisso de encetar esforços de boa governação e transparência, e desenvolver e implementar políticas com vista à consecução dos ODM, e por outro, os países desenvolvidos comprometiam-se a reestruturar a ajuda pública ao desenvolvimento (APD) e as políticas comerciais, colaborando, assim, nos esforços dos PED rumo ao alcance dos ODM. Para auxiliar no cumprimento dos ODM, o CAD propôs durante a Conferência de Monterrey (2002) que, de acordo com a meta da ONU, os países membros da OCDE doassem 0,7% do seu Produto Nacional Bruto (PNB)⁶. Contudo, apenas 5 dos membros da OCDE conseguiram alcançar ou exceder esse valor (OCDE, 2006).

A AOD para a saúde, corresponde à parte da AOD destinada ao setor da saúde, integrando a saúde básica, assistência básica de saúde, infraestrutura básica de saúde, controlo de doenças infecciosas, saúde geral, serviços médicos, capacitação e investigação, políticas e gestão administrativa da saúde, população, políticas e gestão administrativas da população, atenção e saúde reprodutiva, planeamento familiar, controlo de doenças sexualmente transmissíveis (DST), inclusive VIH/SIDA, e saúde e população (Campos, Almeida e Fonseca, 2009).

⁶ A Conferência de Monterrey ocorreu em Março de 2002, na cidade de Monterrey, México, convocada pelas Nações Unidas, na qual foram abordadas questões-chaves para o desenvolvimento mundial e seu financiamento. Esta Conferência integrou de maneira definitiva as organizações não-governamentais, no âmbito do financiamento e da cooperação internacional ao desenvolvimento.

De acordo com os mesmos autores a AOD para a saúde, em todo o mundo, segue uma tendência bastante própria, lenta e oscilante no período de 1970 ao final do século XX e aumentando de forma acentuada nos primeiros anos do século XXI. De acordo com relatórios da OCDE (2006), a AOD para a saúde cresceu de US\$ 6 bilhões em 1999 para US\$ 13,4 bilhões em 2005. O crescimento médio da AOD para a saúde em 15 anos foi de 5,4% ao ano. No período de 1996-2004 a proporção de ajuda bilateral e ajuda multilateral se manteve constante: dois terços da ajuda na saúde foi bilateral enquanto um terço foram multilaterais. No período de 2002-2004, o desembolso da AOD para a saúde no mundo chegou a US\$ 8.560 milhões, dos quais 45% foram destinados à África Subsariana. Estes recursos foram concedidos principalmente para o controlo de DST, entre os quais o IVH/SIDA, e para a execução de políticas de saúde e assistência primária de saúde (OCDE, 2006).

A grave crise económica e financeira e o baixo crescimento económico no Ocidente (IEEI, 2012), de natureza estrutural, têm reflexos nos recursos nacionais para a saúde bem como nas AOD, com o conseqüentemente risco de comprometer o progresso registado nos últimos anos com vista à consecução dos ODM. Para além disso, o aumento dos preços do petróleo e dos bens alimentares pode desfazer os efeitos potencialmente positivos da AOD, na medida em que afeta a procura nos países industrializados e as oportunidades económicas dos PED, particularmente para os que são mais dependentes de petróleo e bens alimentares importados (Picão, 2011).

Contudo, de acordo com a OCDE, apesar da crise financeira mundial, a APD concedida pelos países avançados teve um aumento de 0,7% entre 2008 a 2009, tendo a contribuição dos 23 países do CAD totalizado 87,9 milhões de euros, o equivalente a 0,31% do seu PNB. Apesar de tudo, o aumento não é suficiente para permitir que os países ricos cumpram a meta assumida internacionalmente, nos ODM. Os cálculos feitos pela Organização indicam que, em 2010, caiu em 13,2 mil milhões de euros em AOD para que possam ser cumpridos os objetivos fixados há doze anos em sede da ONU. O principal afetado com esta quebra foi o continente africano (Viegas, 2010). Isso significa que os objetivos para 2010 não foram cumpridos pela maioria dos países da União Europeia.

De registar que em 2010, Cabo Verde foi beneficiário, em forma de empréstimo, de quatro projetos e programas relacionados com recursos de AOD para a saúde, nomeadamente construção e equipamento de cinco centros de saúde; uma policlínica; reabilitação e equipamentos de cinco estruturas de saúde. Os principais atores da AOD para a saúde foram Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), Banco Africano de Desenvolvimento (BAD); e BM.

1.3.2.2 Alianças entre o setor público e o privado

Enquanto a AOD se canaliza através da participação de agências oficiais dos países contribuintes e dos países recetores, nos últimos anos foram fortalecidas distintas **alianças entre o setor público e o privado**.

As iniciativas globais em saúde (IGS) foram criadas na procura de desenvolver um modelo organizacional necessário, para enfrentar os complexos desafios da agenda sanitária mundial e canalizar recursos adicionais para a saúde. Nos últimos anos, foram estabelecidas mais de 120 IGS, algumas das quais tido grande êxito como a Iniciativa Global para Erradicação da Poliomielite, o Fundo Global de Combate à IVH/SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM), a Aliança Mundial para o Fomento da Vacinação e da Imunização (GAVI), o Programa Multilateral de Combate ao IVH/SIDA (MAP) do Banco Mundial, entre outros (OPAS, 2008).

Ollila (2005), Oomman (2007), Bernstein e Rosenzweig (2007), e Drechsler e Zimmermann (2006), por sua vez, demonstraram que a entrada de novos atores (atores dos setores privado, filantrópico, não-governamental, entre outros) no financiamento à saúde ao nível global contribuiu para o aumento no grau de dificuldade em medir esses fluxos de recursos para a saúde. Além disso, Oomman (2007), e Bernstein e Rosenzweig (2007) também relataram que *“nenhum dos doadores disponibiliza publicamente todos os dados de seus fundos necessários para realmente vincular os recursos das fontes com seus fins últimos”* (Almeida, Campos e Fonseca, 2009, p. 105)

Além das IGS, deve também considerar-se novos atores quais sejam as fundações filantrópicas, empresas privadas e a sociedade civil (OCDE, 2007). A crescente importância destas IGS estabelece profundos e novos desafios e exercem pressão sobre a soberania dos Estados sobre os

arranjos institucionais vigentes em termos de cooperação internacional. Notar que em Cabo Verde as PPP na área da saúde têm desempenhado papel relevante.

O sistema nacional de saúde conheceu uma evolução positiva, nos últimos anos, embora algumas deficiências persistam, nomeadamente na procura e na capacidade de resposta. No que se refere aos orçamentos dos Estados (OE) atribuídos ao setor saúde, a nível global e, particularmente o de Cabo Verde, têm apresentado insuficientes para cobrir as procuras do cidadão sendo que os riscos de colapso são evidentes. Com o estabelecimento das PPP, o Estado passou a ter *“a complementaridade necessária aos serviços de saúde disponibilizados à população, com claro alívio para as estruturas públicas de saúde e ganhos em termos de qualidade e eficiência de prestação dos serviços”* (A2, Q12).

No que se refere a GAVI, os PED conseguem vantagens importantes na introdução de vacinas nos seus mercados. Existem dois principais fatores que influenciam a GAVI dos outros atores no que se refere à ajuda internacional em saúde: o modelo de parceria e o modelo de negócio. O primeiro capitaliza maior soma de vantagens em comparação aos outros *players*; o segundo consegue influenciar e moldar o mercado de vacinas (A2, Q13). *“No caso específico de Cabo Verde, onde os recursos são marcadamente escassos, este tipo de parceria para o financiamento da saúde ganha uma relevância ainda maior, na medida em que o acesso em quantidade e variedade é amplificado”* (A2, Q13).

1.3.2.3 Cooperação técnica internacional

O termo **Cooperação Técnica Internacional** (CTI), tal como se pretende utilizar no presente trabalho, constitui uma das vertentes e modalidades clássicas da Cooperação para o Desenvolvimento, juntamente com a Cooperação Financeira (CF) e a Assistência Humanitária (AH), entre outras. Também chamada de cooperação horizontal ou cooperação sul-sul, a CTI é também entendida como parte da AOD, nascendo como uma iniciativa complementar que procura responder ao fenómeno da redução da oferta de cooperação por parte dos doadores habituais.

De acordo com Iglesias Puente (2010), a cooperação técnica destaca-se de entre as modalidades da CI representando uma parcela considerável do esforço global em prol do desenvolvimento. A CTI atua em ambos os sentidos e pode ser entendida, segundo Soares (1994), como um processo de transferência de conhecimentos e técnicas, em bases não comerciais, envolvendo envio de técnicos, programas de treinamento, intercâmbio de informações e incluindo compras de equipamentos e material bibliográfico e a realização de estudos e pesquisas. A CI contém a ideia do trabalho coordenado entre Estados, tendo como meta o alcance de resultados comuns. Os benefícios seriam, assim, mútuos, mas não necessariamente de iguais proporções, ou seja, a cooperação recebida acarreta uma noção de desigualdade de atribuições de cada parte.

Para Afonso e Fernandes (2005), a evolução do conceito de cooperação técnica e o fortalecimento desta como principal veículo de fortalecimento de instituições frágeis, deve-se conjuntamente à tónica colocada da prática da cooperação técnica, e à criação e reforço das capacidades humanas e institucionais. Reconhece-se a importância do referencial adotado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que indicou que a CTI deveria ser pautada por interesses mútuos, na qual os atores envolvidos disponibilizassem recursos próprios de forma proporcional. Este conceito passaria a substituir o conceito dominante anterior, ligado ao termo assistência técnica (AT).

A CTI pode ser feita através de programas que permitem transferir conhecimento, experiências consideradas de sucesso e equipamentos sofisticados, o que contribui para a capacitação de recursos humanos e fortalecimento das instituições do país recetor, possibilitando um salto qualitativo que seja duradouro. Assim, sua principal característica permite compartilhar capacidades especializadas e experiências com êxito, por exemplo na área da saúde, entre países numa relação mais horizontal, solidária e integral, do que a clássica AOD que tende a ser unidirecional.

Como se verá no Capítulo III, a CTI estabelecida no âmbito dos protocolos de parceria internacional, através de projetos entre a ARFA e as suas congéneres, promovem de forma notória a capacitação dos recursos humanos e o fortalecimento da própria instituição, o que possibilita consolidar o processo de regulação dos setores de intervenção da Agência em Cabo Verde.

1.3.2.4 Protocolos de cooperação internacional na saúde

Os Protocolos de Cooperação Internacional são os documentos que formalizam as relações de um determinado país com outro (s) e organismos multilaterais, ou seja, um documento inicial que prevê atividades futuras a serem formalizadas através de convênios (ABC, 2005). Neles são descritas as intenções, obrigações e regras que regem o intercâmbio entre um país, uma instituição, empresa ou organismo de um país e outro país, instituição, empresa ou organismo parceiro.

Durante o período de 1990-2010, Cabo Verde estabeleceu protocolos de cooperação internacional com outros países, principalmente os europeus, América Latina, Ásia e África, na área de saúde. Igualmente recebeu recursos que proporcionaram intercâmbios de experiências e capacidades em temas como controlo de doenças, gestão e riscos, saúde familiar, serviços de saúde, bolsas de estudo e vagas para estudantes de medicina, bolsas e vagas para especialização para profissionais de saúde, emergências e evacuações.

Atualmente Cabo Verde é signatário de vários protocolos de cooperação internacional na área da saúde. Destacam-se os seguintes: (i) **China** – projeto de construção do edifício da central de consultas de maternidade do Hospital Agostinho Neto (HAN); projeto de equipamento central consultas e maternidade HAN; Projeto de melhorias nos edifícios do HAN; projeto relativo à doação de um lote de equipamento e material médico; formação em medicina; formação de curta duração para curso de capacitação de enfermeiros; (ii) **Cuba** – assistência técnica para apoiar na estratégia de eliminação do paludismo em Cabo Verde; formação de médicos clínicos gerais por contingentes de 30 médicos/ano num total de 120; (iii) **Egipto** – assistência médica especializada; (iv) **Eslovénia** – projeto de telemedicina direcionado para a conexão interna entre os hospitais periféricos, regionais e centrais; formação/duas bolsas de estudo para licenciatura; (v) **Índia** – projeto Pan-africano de telemedicina; formação em medicina; formação de curta duração na área da saúde; (vi) **Luxemburgo** – projeto de construção do hospital da região sanitária em Santiago Norte; projeto cantina escolar e saúde escolar; (vii) **Marrocos** – assistência técnica especializada em diferentes especialidades; (viii) **Portugal** – projeto de apoio à criação de um centro de oncologia; projeto de apoio na criação de uma unidade de hemodiálise; e (ix) **Sérvia** – formação/duas bolsas de estudo para licenciatura; (ix) **Brasil** - programa de cooperação

internacional em VIH/AIDS; Consolidação da ARFA como agente regulador dos setores farmacêutico e alimentar visando ao fortalecimento de sua capacidade institucional. (Vide ponto 3.3.1.); fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Cabo Verde; apoio Técnico para Implantação/Implementação de Bancos de Leite Humano (BLH) em Cabo Verde; Apoio ao Programa de Prevenção e Controle da Malária em Cabo Verde.

1.3.3 Harmonização, alinhamento e coordenação da CI na saúde

Um dos mais importantes desafios da CI na saúde é a necessidade de sua harmonização, alinhamento e coordenação⁷.

Conforme já referido, a multiplicação de atores envolvidos na cooperação para o desenvolvimento, torna o sistema internacional de ajuda cada vez mais complexo e multidimensional. As doações filantrópicas, as novas formas de financiamento do setor privado, o investimento direto estrangeiro (IDE) e as remessas dos emigrantes são alguns exemplos de fluxos que financiam o crescimento e desenvolvimento. Porém, devem ser analisados.

A crescente multiplicidade de atores, embora munidos de melhores intenções em ajudar as populações dos PED, estabelece novos desafios e exercem pressão sobre a soberania dos Estados representando um grande desafio para os PED. Estes muitas vezes têm dificuldades em organizar as próprias procuras, devido à falta de coordenação entre seus Ministérios da Saúde e Relações Exteriores e outros parceiros e privados. Embora parte da ajuda possa ser mal dirigida e utilizada, no seu conjunto, contudo, têm desempenhado um papel importante no progresso económico e social dos PED (OPAS, 2008). Ainda assim, os resultados obtidos não são completamente favoráveis. A maior parte da ajuda está orientada para programas verticais de controlo de doenças, com bem apoio ao fortalecimento da infraestrutura sanitária básica e aos sistemas de saúde. Além disso, estas intervenções sobrecarregam o trabalho das autoridades sanitárias nacionais, enfraquecendo o desenvolvimento nacional da saúde. Pode dizer-se que, se antes o problema era a

⁷ Por harmonização entende-se os esforços dos doadores para coordenar as suas atividades entre si; o alinhamento é a coordenação das prioridades do doador com as prioridades do país recetor, contrapondo às prioridades desse último. O principal objetivo do alinhamento e da harmonização da ajuda é incrementar a liderança e apropriação dos objetivos da ajuda por parte dos países recetores evitando, além disso, a duplicidade de ações e de estruturas para entrega da ajuda e o monitoramento da mesma (IEEI, 2012).

falta de recursos, agora o problema central é a governança desta complexa rede de atores envolvidos (OPAS, 2008).

Assim, como forma de evitar essa sobrecarga de financiamento de projetos, em 2003, foi realizado o Fórum de Alto Nível sobre a Harmonização da Cooperação Internacional. Dois anos depois, em 2005, a Declaração de Paris sobre a eficácia da ajuda (OCDE, 2006), assinada pelos delegados que participaram no segundo Fórum de Alto Nível, introduziu uma mudança no programa sobre a eficácia da ajuda, estabelecendo compromissos mais concretos para aumentar os esforços em termos de harmonização, alinhamento e gestão. Além disso, o Fórum de Paris estabeleceu mecanismos para a monitorização dos avanços. O principal objetivo do alinhamento e da harmonização da ajuda é aumentar a liderança e apropriação dos objetivos por parte dos países beneficiários, evitando assim a duplicação de ações e de estruturas para a prestação da ajuda e o seu monitoramento (IEEI, 2012).

De certa forma, o desafio central permanece o mesmo seja para aumentar seja para coordenar a ajuda de forma a apoiar o cumprimento dos ODM até 2015. Todavia o relatório de progresso de 2007 salienta que estes apenas podem ser atingidos com uma ação internacional suplementar, concertada e sustentada, até ao fim do prazo proposto. Tal implica aumentar a quantidade da ajuda, mas sobretudo a sua qualidade, alinhando cada vez mais os fluxos internacionais com as políticas e prioridades de cada país e assegurando que a ajuda seja afetada de forma contínua, previsível e não ligada à compra de produtos e serviços nos países doadores (IEEI, 2012).

II. CRESCIMENTO, DESENVOLVIMENTO E SAÚDE EM CABO VERDE

2.1 Considerações Metodológicas

Este capítulo caracteriza Cabo Verde em termos de crescimento e desenvolvimento, aferindo a melhoria dos indicadores de saúde e a evolução do sistema nacional de saúde, e relacionando ambos com a melhoria de acesso aos bens e serviços de saúde a população. Para tal, procede-se à recolha e análise de um conjunto de indicadores que permitam caracterizar e medir a evolução em termos de crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde.

No âmbito da medida do crescimento e desenvolvimento em Cabo Verde estabelece-se uma caracterização com base nos seguintes indicadores: PIB, IDE, IDH, esperança média de vida, estrutura da população, taxa de mortalidade infantil, taxa de fertilidade, taxa de alfabetização de adultos, taxa de escolarização bruta combinada com primário, secundário e superior, taxa de desemprego, força de trabalho na área da saúde, despesa pública em saúde, taxa de negócios da indústria farmacêutica, índice desenvolvimento ajustado ao género, índice de pobreza humana, índice de desenvolvimento humano.

No âmbito específico da saúde, são observados os seguintes indicadores: prevalência de crianças com peso deficiente, menores de cinco anos; proporção de pessoas abaixo de um nível mínimo de consumo de energia dietética; taxa de mortalidade de menores de cinco anos; taxa de mortalidade infantil; proporção de crianças de 1 ano vacinadas contra o sarampo; taxa de mortalidade maternal; percentagem de partos atendidos por técnicos de saúde qualificados; prevalência de VIH; taxa de pessoas infetadas por VIH com acesso a tratamento.

Na componente da promoção de parceria mundial para o desenvolvimento, são analisados os seguintes indicadores: proporção da APD bilateral total, atribuível sectorialmente, dos doadores da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico/Comité de Assistência para o Desenvolvimento, para serviços sociais básicos (ensino básico, cuidados de saúde primários, nutrição, água potável e saneamento); e proporção da população com acesso sustentável aos medicamentos essenciais.

Relativamente ao ponto sobre a caracterização do setor da saúde em Cabo Verde, relembra-se que é redigido tendo como suporte a análise documental e a observação das respostas às entrevistas realizadas a altos representantes do corpo do Ministério da Saúde de Cabo Verde, amplamente conhecedores do tema.

2.2 Crescimento e Desenvolvimento em Cabo Verde

2.2.1 Caracterização geral da economia cabo-verdiana

Cabo Verde é uma República Democrática Parlamentar, com regime multipartidário, assente nos princípios da soberania popular, no respeito pelos direitos e liberdades fundamentais. Desde 1990, altura em que foi implementado a mudança do regime foram introduzidas mudanças a nível da Constituição. O regime democrático⁸ tem permitido a mudança alternada de partido – Movimento para a Democracia (MPD) e Partido Africano da Independência de Cabo Verde (PAICV), os dois maiores partidos, em que a partir dessa época o MPD conduziu o governo por duas legislaturas, para depois a partir do ano 2000 ser sucedido pelo PAICV até o momento e conta já com 3 legislativas. A estrutura do Estado assenta num sistema descentralizado, dividido em 22 Municípios, cujos presidentes das Câmaras são eleitos desde 1990, época em que deixou de existir um partido único.

A economia cabo-verdiana é condicionada por constrangimentos específicos de pequenos países insulares, como por exemplo, a ausência de economias de escala originada pela descontinuidade territorial e a exiguidade do mercado interno que obrigam à multiplicação de infraestrutura - aeroportos, portos, estradas, escolas, energia, saúde entre outros (MTIE, 2011). Apresenta algumas dificuldades em atrair investimentos externos e o setor público é o principal empregador num mercado de trabalho formal limitado.

⁸ A abertura política e a implementação da democracia foram impulsionadas por fatores internos e externos. No que se refere aos fatores internos destacam-se as pressões dos profissionais liberais e dos comerciantes importadores que almejavam o fim do monopólio estatal e a liberalização económica, bem como o agravamento da situação económica e social. Dentre os fatores externos, a própria conjuntura internacional foi uma fonte de inspiração – fim da Guerra Fria, o processo de liberalismo económico na Europa, a desintegração do socialismo e o descrédito do mundo marxista terceiro-mundista (Estevão, 1999).

A partir de 1991, verificou-se alteração na visão do desenvolvimento do país, que teve por base as propostas e recomendações do BM e do FMI. De acordo com o documento *As Grandes Opções do Plano – GOP* (1996), referente ao programa do primeiro Governo Constitucional da II República (1991-1996), constata-se algumas alterações e reajustamentos às prioridades do Governo na política externa do país (Estevão, 2007).

As linhas básicas dessa agenda de reforma económica encontram-se definidas em três eixos: estabilização económica – correção dos desequilíbrios macroeconómicos; reformas estruturais – redução do papel do Estado e liberalização dos mercados; e a orientação para o exterior – transformações das exportações no motor de crescimento económico. O referido Governo defendeu um sistema de democracia económica em que coexistam e atuem em condições de concorrência e igualdade dos agentes económicos públicos, associativos e privados, devendo a atividade económica pública resumir-se ao mínimo social e estrategicamente indispensável (Estevão, 1999).

Graças aos condicionalismos favoráveis existentes na década de 90, o país conheceu um forte e rápido crescimento económico suportado pelo setor privado (Estevão, 2007). De acordo com o mesmo autor, o sucesso do processo de desenvolvimento do país não só depende do modo de inserção na economia mundial como também da capacidade de aproveitar as “oportunidades potenciais”. E uma das oportunidades mais importantes que a economia mundial oferece é o IDE - um dos objetivos centrais das GOP.

De acordo com a Direção Geral do Comércio e Indústria – DGCI (MTIE, 2011), a economia do país, em virtude do clima desértico em todo o território, ressentia-se de uma carência generalizada de recursos naturais, tornando-se bastante dependente de importações, sobretudo de produtos alimentares e bens de equipamento, da ajuda externa e das remessas dos emigrantes. Deste modo, a economia cabo-verdiana enfrenta alguns problemas e restrições que colocam algumas dificuldades para o seu crescimento e desenvolvimento. Ainda assim, na última década e fruto essencialmente de reformas económicas com enfoque na criação de um setor privado forte, o crescimento económico, tem sido substancial, com uma média superior a 5%. De registar que o PIB *per capita* é um dos mais elevados da África Ocidental, tendo atingido os US\$3.306 em 2005 (RDH-CV, 2009).

Os principais setores e subsetores da economia cabo-verdiana são o do setor terciário, em particular o Comércio (pelo seu peso no PIB), os Serviços Governamentais (pelo seu impacto), as Comunicações (pela sua dinâmica), a Construção Civil (pelo seu impacto), e a Agricultura (pelo seu peso e importância estratégica na criação de emprego, fixação das populações e redução da pobreza, apesar de escassez das chuvas) (MTIE, 2011).

Neste contexto, pode afirmar-se que o futuro da economia cabo-verdiana se encontra no setor de serviços, sendo o desenvolvimento dos serviços internacionais a vertente privilegiada. Há que se destacar o setor turismo como a área de maior potencial, e que pode dar uma maior contribuição para o desenvolvimento do país, uma vez que, este é um setor que está crescendo muito em Cabo Verde devido à própria condição geográfica e climática que permite o seu desenvolvimento e atrai investimento externo. Estima-se que o comportamento do IDE tem vindo a melhorar e sua realização registada na balança de pagamentos traduzindo-se em 2005, numa taxa de crescimento de 70% (MTIE, 2011).

De acordo com as estimativas mais recentes, a economia cabo-verdiana manteve em 2008 a boa tendência dos últimos anos tendo o PIB real apresentado um crescimento em torno dos 6%. Apesar de estar abaixo do valor registado no ano anterior, em cerca de 1,8 p.p., situa-se num patamar favorável tendo em conta os desenvolvimentos na esfera internacional, caracterizada pelos efeitos nefastos da recessão económica em cadeia vivenciado por diversos países, com destaque para os da zona euro que se figura como uma referência para Cabo Verde (MTIE, 2011).

No âmbito do contexto internacional, a dependência de Cabo Verde face aos acontecimentos e transformações globais deve-se não só às condições estruturais do país, mas também à ausência de políticas e estratégias económicas e institucionais internas que visam a redução de vulnerabilidade do país (Estevão, 1999). Devido a essa incapacidade institucional, o país vem adotando, em termos de relações internacionais, uma Diplomacia de Desenvolvimento⁹. O seu desempenho diplomático considerado satisfatório, tem granjeado reconhecimento internacional de parceiros úteis e credíveis que vem contribuindo para a continuidade do seu processo de desenvolvimento.

⁹ O conceito de Diplomacia de Desenvolvimento foi formulado pelo então Ministro de Negócios Estrangeiros Abílio Duarte. O objetivo principal desta política foi angariar recursos externos para o seu desenvolvimento interno (Estevão, 1997).

O país procura parcerias fortes com os países do Norte e com alguns países do Sul através da cooperação Sul/Sul para colmatar défices significativos de prestação de serviços de saúde, educação e oferta de infraestruturas de base (IPAD, 2007). Assim, a nível multilateral, os principais parceiros de Cabo Verde, nomeadamente Portugal, Luxemburgo, China, Japão, França, Brasil, EUA, entre outros, têm contribuído de forma expressiva para o desenvolvimento do país. Entretanto torna-se necessária uma seleção rigorosa de áreas prioritárias de cooperação económica, científica e técnica, cultural e de saúde, embora com essa a estratégia tenha alargado a sua cooperação com o maior número possível de países.

Com a finalidade de criar mecanismos capazes de acumular capitais que permitam minimizar a dependência externa, sem contudo ter a pretensão de substituir a importação (Estevão, 2007), Cabo Verde passou a fazer parte de várias Organizações Internacionais de apoio ao desenvolvimento, procurando sempre, através da abertura à economia mundial, colher os benefícios das economias de escala e dos rendimentos crescentes, e dessa forma criar potencialidades internas de acumulação de capital.

Assim, é membro do Sistema das Nações Unidas e organizações de âmbito regional tais como a União Africana, a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) e ao Comité Permanente inter-Estados de Luta Contra a Seca no Sahel (CILSS). É igualmente membro ativo da **Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP)**, estabelecida em 1996, tendo como objetivo promover a língua portuguesa e a cooperação no seio da CPLP. No âmbito da saúde, em particular, a CPLP tem sido um catalisador essencial para a procura de parcerias e de busca a APD (CPLP, 2009). Dessa forma a CPLP tem tido um papel sobejamente importante na afirmação da lusofonia nas organizações multilaterais e no estreitamento dos laços entre a Europa e a África e entre a UE e a América Latina.

No âmbito da **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, Cabo Verde, estabeleceu o primeiro acordo de cooperação em 1977. A estratégia de cooperação com a OMS no período de 2008-2013, constitui uma segunda geração de estratégias e visa reforçar a sua ação no desenvolvimento de sistemas de saúde e na melhoria global da situação sanitária das populações, apoiando a ação do Governo e reforçando as capacidades no tocante a coordenação da ajuda, planificação, seguimento e avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) (OMS, 2009).

No quadro da **União Europeia (UE)**, Cabo Verde, beneficia de ajuda comunitária desde a Convenção de Lomé II, à qual aderiu dois anos após a independência. As fortes relações económicas, o facto de ser um espaço que acolhe grande parte da diáspora cabo-verdiana e a localização periférica em relação ao espaço europeu, levaram as autoridades cabo-verdianas a optarem pelo aprofundamento do relacionamento com a UE, que culminou, em Novembro de 2007, com a adesão ao *Estatuto de Parceria Especial junto da União Europeia*, parceria que oferece novas perspectivas, nomeadamente no campo das relações económicas e comerciais, no acesso ao mercado interno e às Regiões Ultra periféricas (RUP) e na convergência técnica e normativa às Normas da UE (GCV, 2008). Assim, a parceria especial destina-se a reforçar concertação e a convergência das políticas entre ambas as partes e responde a outros interesses comuns, com relevo especial em matéria de segurança e desenvolvimento. Inscreve-se no contexto da aplicação do Acordo de Cotonou e procura explorar todos os aspetos do Acordo que permitem definir um novo modelo de cooperação UE/Cabo Verde.

A adesão à **Organização Mundial do Comércio (OMC)**, em 2008, constitui outro pilar que altera significativamente a lógica de integração da economia do país no mercado mundial (OMC, 2007), passando a beneficiar ao nível da confiança e credibilidade externa, do aumento da abrangência do comércio de bens e serviço para o exterior, e da adequação das leis nacionais às normas do comércio internacional que torna a economia mais competitiva, entre outras. Do relatório de adesão da OMC, de referir como a Empresa Pública de Abastecimento de Produtos Farmacêuticos (EMPROFAC) consta como uma das empresas estatais colocadas em lista para privatização.

2.2.2 Caraterização ao nível do desenvolvimento humano

De acordo com o Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano (RDH-CV, 2004), entre 1986 e 1991, a média do crescimento cabo-verdiano foi de 3,5%, passando para 6% entre 1992 e 2002, e mantendo alguma estabilidade a partir de então, entre os 6% a 7%. Com um crescimento demográfico da ordem dos 2,2% por ano, o PIB *per capita* aumentou, em média e em termos reais, 2,4% por ano durante a década de 90. Em 2001 e 2002, a progressão foi reduzida em cerca de 2,8% por ano e nos restantes anos (2003 a 2010) aumentou cerca de 2,3%. O PIB real *per capita* passou de \$US 1.120 em 1990 para \$US 3.644 em 2009, registando algumas flutuações

pouco acentuadas (RDH-CV, 2009). Durante os anos analisados, o IDH não sofreu movimentos de inflexão e o IDE aumentou consideravelmente ao longo do período de análise. O perfil apresentado na Tabela 1 mostra os avanços progressivos da sociedade cabo-verdiana em matéria de longevidade e acesso ao conhecimento, mas também melhorias consideráveis do nível de vida e de rendimentos.

Tabela 1: Indicadores socio económicos

Indicadores	1990	1995	1998	2000	2005	2009	2010
PIB <i>per capita</i> US\$	1,120	1,257	3,233	2,863	3,306	3,644	3,607
Taxa crescimento do PIB <i>per capita</i>	2,4		2,3				
PIB (milhões)	0,3	0,4	0,52	0,6	0,8	1,6	1,88
Taxa crescimento do PIB	0,7	7,5	8,4	7,3	6,5	3,9	5,1
Investimento Direto Estrangeiro % PIB	0,1	-	1,9	8,0	13,0	7,7	-
Evolução da População (milhões)	0,3	0,35	0,39	0,4	0,45	0,48	0,5
Crescimento médio anual população %	2,3		2,0	1,81	1,54	1,74	1,2
Esperança média de vida (anos)	64,7	65	69,2	69,7	70	71	71,9
Taxa de fertilidade	4,9		3,8		2,5		
Taxa de alfabetização de adultos	66,4	68,3	72,9	74,8	84,8		82,8
Percentagem de população com insuficiência calórica	22	16	16	16	14	13	12
Percentagem de crianças menores de 5 anos com mal nutrição	22	-	17	16,3	14,5	7,2	6,3
População com acesso a água potável %	42	56	65	70	82	89,5	94,7
Taxa de escolarização combinada com o primário, secundário e superior %	64	70	65	75			82,7
Taxa de emprego 15 a 64 anos	56,7			41,4		55,7	58,2
Taxa de desemprego	-	-	25,4	21	-	-	10,7
Índice Desenvolvimento ajustado ao género	-	-	0,675	-	-	0,701	-
Ajuda Pública ao Desenvolvimento % PIB	31,8			18,0	12,9	13,1	12,8
Posição no IDH	-	123	117	105	105	121	118
IDH	0,474	0,591	0,593	0,523	0,543	0,564	0,566
Taxa média anual de crescimento do IDH	-			0,75			
IPH	28,8	24,8	22,1	19,1	18,7	14,5	14,1

Fontes: RDH até 2009; RDH (2010; 2011) com os recálculos dos valores desde 2000, usando a nova fórmula.

Notar que os progressos em matéria de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em Cabo Verde têm sido positivos e regulares. A situação é evolutiva e não se verificou qualquer tendência de declínio nos anos analisados. Note-se também que durante o mesmo período, o Índice de Pobreza Humana (IPH) não parou de diminuir. A evolução positiva do IPH durante esse período prova que as políticas de desenvolvimento e de inclusão levadas a efeito conduziram à

estabilização desde índice de privação, apesar de se verificar uma evolução demográfica de cerca de 0,64% em média, por ano. O IPH passou de 28,8% em 1990 para 14,1% em 2010.

Durante este período, a probabilidade de morrer antes dos 40 anos diminuiu sensivelmente em 7,1%, nomeadamente devido ao progresso na área da saúde; igualmente houve melhorias evidentes nas condições de acesso à água potável. De forma relacionada, o nível de subnutrição das crianças foi reduzido substancialmente para 6,3% (2010), a proporção de crianças com peso insuficiente para a idade correspondia a menos de metade do valor em 1990. Do mesmo modo, os progressos atingidos no domínio da luta contra o analfabetismo foram fundamentais.

Cabo Verde apresenta hoje indicadores socioeconómicos bastante positivos no conjunto dos PED, sendo de destacar o desempenho referente as políticas adotadas. Os progressos notáveis estão ao nível do capital humano, nomeadamente nos setores da educação e dos cuidados básicos de saúde (Sousa, 2010). Esta evolução determinou que Cabo Verde iniciasse, em 2008, uma nova fase do seu desenvolvimento, marcado pela graduação ao Grupo de Países de Desenvolvimento Médio (PDM). Esta graduação deve-se essencialmente aos resultados obtidos na sua governação e no seu desenvolvimento económico e social, sendo de ressaltar os ganhos na área da saúde, refletidos na evolução positiva dos principais indicadores de saúde (OMS, 2009).

2.2.3 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio em Cabo Verde

Em Setembro de 2000 todos os Estados membros da ONU promulgaram a Declaração do Milénio donde emergem os ODM, constituídos por um conjunto de 8 objetivos e 14 metas mensuráveis e com prazos específicos e 28 indicadores. Muitas das metas dos ODM refletem um nível de ambição modesto em termos de desenvolvimento humano que os países da ONU comprometeram-se a atingir até 2015. Essa assunção impõe a integração das metas e indicadores ODM nas políticas nacionais.

De acordo com os Relatórios de Progresso de Execução dos ODM em Cabo Verde (RDH-CV, 2004; 2007; 2009), existem fortes probabilidades de realização de grande parte das metas e dos objetivos do milénio no horizonte preestabelecido, caso permaneça a tendência verificada nos dados do país, referentes à realização dos ODM.

A análise da evolução de cada um dos ODM¹⁰ durante o período de análise, com enfoque na análise da evolução da saúde da sua população, possibilita uma caracterização do processo de crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde.

Com referência ao 1º objetivo - **Erradicar a pobreza extrema e a fome** - importa referenciar que o combate a pobreza é um dos grandes desafios que o país enfrenta. Entre 1989 e 2007 os dados sobre a evolução da incidência da pobreza indicam que Cabo Verde vai cumprir o objetivo de reduzir a pobreza extrema e a insegurança alimentar. A percentagem da população a viver abaixo do limiar da pobreza é de 26,6%, de acordo com o Questionário Unificados de Indicadores de Bem-Estar – QUIBB (2007). Em 1990 essa percentagem foi estimada em 49%. Estima-se que em 2015 essa taxa será de 24,5%. Realça-se que a pobreza tem maior incidência sobre o meio rural do país e afeta em particular as famílias chefiadas por mulheres (33%) contra 21% das famílias chefiadas por homens (RDH-CV, 2009). De acordo com o Relatório Nacional de Desenvolvimento Humano – Cabo Verde (RDH-CV, 2009), a fome deixou de ser um fenómeno massificado pelo que falar de insegurança alimentar (IA) é mais apropriado às circunstâncias.

O 2º objetivo - **Alcançar o Ensino Primário Universal** - apresenta como desafio proporcionar a todas as crianças os meios de finalizar o ciclo de estudos primários. No ano letivo 2008/2009 os indicadores de eficácia interna no Ensino Básico traduzem ganhos substanciais conseguidos na sequência de esforços ao longo dos anos. No ano letivo 1990/91 a taxa líquida de escolarização era de 71,5%, tendo aumentado para 91,7% em 2007/08. Estima-se que em 2015/2016 essa taxa chegará aos 100%, assegurando assim a escolarização universal. O objetivo global é reduzir a taxa de analfabetismo para 5% até 2015 para a faixa etária dos 15 aos 49 anos.

No que se refere ao 3º objetivo - **Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das Mulheres** - o maior desafio é de eliminar disparidades entre sexos no ensino e a todos os níveis até 2015. Apesar de o período 2000 a 2009 ter sido marcado por ganhos significativos em matéria de igualdade entre homens e mulheres, o ODM III não foi totalmente alcançado pelo país, pois ainda persistem alguns indicadores desfavoráveis às mulheres e começam a surgir indicadores menos favoráveis aos homens. Os ganhos mais relevantes relativamente a autonomia das

¹⁰ Ver os ODM, as metas e os indicadores de Cabo Verde em Anexo I.

mulheres estão a nível da área social (Saúde e Educação) e a nível da participação no poder executivo onde desde de 2008 temos uma situação de paridade. Entretanto no setor económico mantém-se uma disparidade em desfavor das mulheres, onde o rendimento das mesmas representa metade da dos homens. Pode concluir-se, de acordo com os dados que nos últimos dez anos¹¹ houve avanços substantivos na conquista da equidade de género.

O 4º objetivo - **Reduzir a Mortalidade Infantil** - tem por desafio reduzir em dois terços, entre em 1990 e 2015, a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos. Nesse sentido, foram feitos investimentos no setor da saúde particularmente orientados para a expansão da infraestruturização e aquisição de equipamento e formação de recursos humanos capaz de intensificar a capacidade nacional de diagnóstico (RDH-CV, 2004).

De acordo com os relatórios nacionais de progresso (RDH-CV, 2004; 2007; 2009), os avanços em matéria de sobrevivência das crianças são relevantes e devem-se essencialmente ao aumento, ao longo dos 20 anos, da oferta da prestação de cuidados de saúde e de estabelecimentos de saúde que estão mais próximos dos cidadãos. Uma média de 75,7% dos agregados familiares estão a menos de 30 minutos de um centro de saúde sendo essa taxa menor na zona urbana (91,6%) do que na rural (77,1%). Em matéria de mortalidade infantil os resultados são favoráveis quando comparados com os países vizinhos de Cabo Verde. A taxa de mortalidade infantil passou de 56 por mil em 1990 para 38,8 por mil em 2000 e 25,7 por mil em 2007, passando ainda para 22,3 por mil em 2009 (RDH-CV, 2011) (ver Gráfico 1).

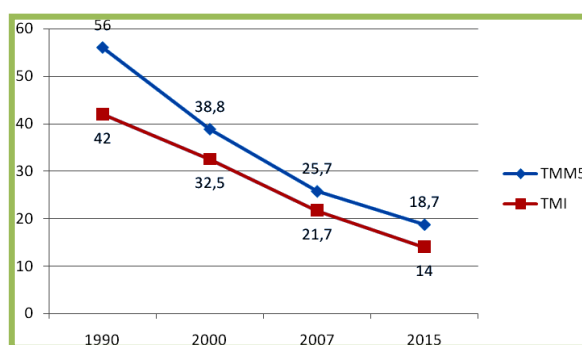


Gráfico 1: Evolução da Taxa de mortalidade infantil e de menores de 5 anos (1990-2015)

Fonte: MS, 2008

¹¹ Ausência de dados referentes ao período anterior (1990-1999).

Reduzir em dois terços a mortalidade nas crianças, no horizonte 2015, conforme os ODM, implica reduzir o valor da taxa para 18,8 por mil em 2015. Porém, as afeções perinatais e parasitárias são a principal causa de mortalidade e a prevalência das infeções e doenças diarreicas está entre as principais causas da mortalidade infantil, o que prova a relação entre a saúde e a pobreza, já que estas doenças têm a ver com a precariedade das condições ambientais e com a qualidade e a disponibilidade da água (RDH- CV, 2004).

O quinto objetivo - Melhorar a **Saúde Materna** - apresenta como primeira meta a redução em três quartos, entre 1990 e 2015, o índice de mortalidade materna; e como segunda meta alcançar, até 2015, o acesso universal à saúde reprodutiva. As oscilações anuais das taxas de mortalidade materna têm sido grandes entre 2000 e 2009. Ao se agregar os dados médios anuais, pode constatar-se que no período 2005-2009 a taxa média de mortalidade materna terá sido de 28,9 por cem mil nascidos vivos, enquanto no quinquénio anterior fora de 41,9 por cem mil nascidos vivos (RDH-CV, 2007). Partindo da taxa de mortalidade materna em 1995, que foi de 69,1%, a meta a atingir em 2015 seria de 17,3%. Para se atingir o objetivo do milénio em 2015, seria desejável um esforço consistente de melhoria da atenção pré-natal e ao parto para se poder manter uma regularidade na redução deste indicador (RDH-CV, 2009).

Segundo o Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva – IDRS (MS, 1998) a cobertura do pré-natal é praticamente universal. Do total de crianças nascidas vivas nos cinco anos anteriores ao inquérito, cerca de 97% das suas mães tiveram acesso ao acompanhamento durante a gravidez. O atendimento por profissionais de saúde é mais frequente no meio urbano (82%) do que no meio rural (36%). O IDRS II (2005) assinala progressos consideráveis pois cerca de 77,8% dos partos ocorreram em estruturas de saúde, sendo que em meio rural essa proporção foi de 63,5%.

O sexto objetivo corresponde a **Combater o VIH, a malária e outras doenças**. Por força das transformações climáticas, o comportamento de certas epidemias e infeções pode ser negativo e o país tem de estar preparado para os desafios que aparecerem, tal como a epidemia da Dengue que assolou o país em 2009. Investimentos substanciais vêm permitindo executar medidas estruturantes no setor da saúde, na vertente equipamento e instalações físicas orientadas para melhorar a capacidade de diagnóstico e tratamento. Quanto ao paludismo pode dizer-se que tem sido instável, com transmissão sazonal, esporádica, de baixa incidência endémica, bastante

variável de ano para ano, responsável por uma flutuação da morbidade, com picos cíclicos, dependendo muito das chuvas. As chuvas têm uma relação direta com o aumento da densidade, longevidade e capacidade de infecção do vetor. Relativamente à incidência dos casos de infecção VIH, tem vindo a aumentar. A taxa de deteção de 6,2 por cem mil habitantes em 1995 passou para 17 por cem mil em 2000 e atinge 62,7 por cem mil em 2009.

No que se refere ao objetivo sétimo – **Assegurar um ambiente sustentável** - apresenta como maior desafio a integração de princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e inversão da tendência atual de diminuição dos recursos naturais. Em decorrência de medidas implementadas houve uma melhoria da oferta dos serviços de abastecimento de água, que resulta numa rápida melhoria da saúde e das condições de vida das pessoas. A percentagem de população com acesso à água passou de 42% em 1990, para cerca de 82% em 2005, 85% em 2006 e deverá atingir os 91% em 2015, com vista a realização desta meta no quadro dos ODM. Quanto a utilização de esgoto o acesso é privilégio de apenas cerca de 30.5% da população – 54% da população da área urbana e não mais de 9% da população rural. A maioria da população continua a dar tratamento inadequado às águas residuais. Assim, no que se refere ao saneamento, Cabo Verde, está muito aquém do minimamente desejado.

No que se refere ao oitavo e último objetivo - **Estabelecer uma parceria Mundial para o Desenvolvimento** compete dizer que a sua realização não é da competência exclusiva de qualquer país em particular. O exercício de avaliação desse objetivo requer uma análise conjunta com a comunidade internacional sobre políticas e medidas que visem a promoção de parcerias para o desenvolvimento tendo em vista as sinergias e interatividade de todas e, tendo em atenção a capacidade de Cabo Verde em promover políticas diretas no sentido de as realizar (RDH-CV, 2009).

Assim, a cooperação internacional, conjugada com a eficácia das parcerias e a boa governação, é instrumento importante de suporte aos esforços nacionais de realização dos objetivos do milénio. Todavia, atingir todos os ODM e assegurar que não haverá reincidentes, passa pela reversão da tendência atual de queda da APD em relação ao PIB em Cabo Verde.

Notar que ainda que as médias nacionais indicam um progresso adequado em direção à realização dos ODM, nos prazos fixados, podem esconder profundas bolsas de pobreza. Isto porque nalgumas ilhas o progresso económico é mais lento do que noutras, o que equivale dizer que o crescimento económico não tem sido distribuído uniformemente no interior e entre as ilhas. Nesse sentido, aumentos verificados no PIB não se tem traduzido em desenvolvimento humano no ritmo desejável para que os ODM se tornem mais provável (RDH-CV, 2009).

2.3 Caraterização do setor da saúde em Cabo Verde

2.3.1 Evolução dos indicadores de saúde

Conforme já explicitado pela observação do cumprimento dos ODM, Cabo Verde tem registado progressos inegáveis no setor da saúde que se encontram refletidos na melhoria significativa das taxas de mortalidade infantil e materna, nas altas taxas de cobertura vacinal e de acesso aos serviços de saúde e conseqüentemente no aumento da esperança de vida (RDH-CV, 2009). De referir que *“os indicadores de saúde de Cabo Verde são considerados como um dos melhores, estando em lugares cimeiros em praticamente todos os indicadores de saúde a nível do continente africano”* (MS2, Q4), embora não se pode inferir que o alcance positivo desses indicadores *“correspondem ao ideal pretendido”* (MS1, Q4).

Assim, alguns indicadores revelam uma tendência negativa, não obstante se reconheçam progressos importantes em termos da qualidade e pertinência das intervenções em curso, designadamente na vertente do Planeamento Familiar, na Luta contra a Poliomielite e Sarampo, e no Programa Alargado de Vacinação (PAV). Cada vez mais, as doenças não transmissíveis ganham importância pelo que se torna necessário aumentar os esforços na prevenção dessas doenças (RDH-CV, 2009). Em média, perde 13,6 anos de vida saudável e produtiva por causa dessas doenças no caso dos homens e 11,3 anos no caso das mulheres (RDH-CV, 2007). Ou seja, embora as pessoas vivam mais tempo, uma parte significativa dessa vida é passada de má saúde, com impactos negativo tanto no crescimento económico como nos custos do sistema de saúde (OMS, 2001). Ainda que a incidência das doenças não transmissíveis estejam a aumentar e as infecciosas a diminuir, a epidemia da Dengue que assolou o país em 2009 indica que o país tem que estar preparado para os desafios que aparecem - controlo de doenças infecciosas (ver Tabela 2).

Tabela 2: Casos de doenças infecciosas em Cabo Verde

Doenças Infecciosas	1990	1998	2000	2005	2009	2010
Cólera	0	204	0	0	0	0
Dengue	0	0	0	0	21.137	383
Febre tifoide	-	285	239			
Malária (espécie importada)	-	32	10	55	35	
Malária (espécie local)	-	9	128			
Meningite	-	82	232	194	112	64
Paludismo			138	68	46	18
Poliomielite	-	-	56	0	0	0
SIDA	24*	43	75	122	93	52
Sífilis	297*	339	335	-	-	-
Tuberculose	-	330	217	228	352	365

Fonte: RDH, 2010; INE CV, 2010; * (1995)

Recentes surtos de doenças endémicas evidenciam os problemas que, muitas vezes, imobilizam o sistema de saúde pública, na maioria associados aos recursos limitados. A incidência de surtos corresponde a um declínio contínuo de taxas de vacinação e problemas organizacionais (MS, 2003). O país tem deparado com dificuldades acrescidas em dispensar as campanhas de vacinação dirigidas por doadores, na medida em que requer financiamento interno de vacinas e gestão de *stocks*. A facilidade de resposta foi dificultada pela ausência de *stocks* suficientes de medicamentos, que não foram adquiridas por razões de ordem orçamental (MS, 2003).

Os progressos alcançados na saúde da população devem-se, em grande parte, “*ao desempenho dos serviços, nomeadamente, as políticas públicas se repercutem na sociedade e à vacinação das crianças, com coberturas elevadas*” (MS1, Q10), e igualmente, “*em boa parte graças aos recursos da cooperação internacional – APD e CTI*” (MS1, Q5). Todavia esses resultados escondem disparidades regionais significativas – as taxas, de acordo com os registos variam entre as ilhas, assim como entre as zonas urbanas e rurais e consoante os níveis de rendimento. As principais razões destas disparidades, muitas vezes, residem fora do sistema de saúde em si – questão de acesso a água potável, saneamento e nutrição das crianças (MS, 2003).

No domínio da luta contra o VIH/SIDA, iniciou-se já a implementação do novo Plano Estratégico, com uma forte dimensão descentralizada e envolvimento significativo de privados e do terceiro setor. De igual modo, vem sendo dada atenção particular às famílias, jovens e crianças afetados e infetados pelo VIH/SIDA, sendo de assinalar a introdução de antirretrovirais com acesso universal, a execução de ações preventivas e vigilância epidemiológica (RDH-CV, 2009).

As OSC têm vindo a assumir um papel ativo no domínio da promoção da saúde, particularmente da saúde sexual e reprodutiva, trabalhando em forte articulação com o Serviço Nacional de Saúde Reprodutiva (SNSR). No domínio dos cuidados obstétricos e ginecológicos avanços significativos foram registados, com a oferta de serviços no quadro dos Hospitais centrais e regionais ou ainda dos Centros de Saúde Reprodutiva a nível dos municípios (RDH-CV, 2007; 2009). A intervenção do setor privado neste setor tem aumentado o leque de serviços disponíveis.

2.3.1 Sistema Nacional de Saúde, sistemas de saúde e acesso a medicamentos

O Serviço Nacional de Saúde¹² de Cabo Verde conseguiu avanços significativos após a independência e especificamente durante o período de análise, tendo vindo a promover o bem-estar físico, mental e social das populações e a garantir cuidados de saúde a toda a população cabo-verdiana (MS, 2007).

Até finais dos anos 80, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) era basicamente um sistema estatal, com tendência socialista e de caráter gratuito (Delgado, 2009). Dessa forma, *“a gratuitidade permitiu o aumento da procura dos cuidados de saúde o que desencadeou problemas relacionados com a sustentabilidade do sistema”* (MS1, Q3). Todavia, com a contestação por parte dos profissionais de saúde e com a constatação da inviabilidade da gratuitidade dos serviços, desde 1989 a Lei de Bases de Saúde redefiniu o SNS, organizado tanto pelo setor público como privado e *“os utentes passaram a participar para o acesso aos cuidados de saúde”* (MS1, Q3). Para ambos os setores foram atribuídos responsabilidades no tocante a prestação de cuidados, informação sanitária, vigilância epidemiológica, financiamento, acesso aos medicamentos, entre outros. No seguimento foram abertos postos de enfermagem privados, consultórios médicos e policlínicas, e procedeu-se à privatização das farmácias e postos de vendas estatais. Outros intervenientes privados na área da saúde são as seguradoras – seguro da doença (MS, 2003).

¹² Serviço Nacional de Saúde é o conjunto integrado de todos os RH, financeiros e materiais de propriedade pública, privada ou mista, reunidos para assegurar o direito à saúde da população e, em particular, a prestação de cuidados de saúde adequados às suas necessidades (MS, 2007).

As condições precárias do saneamento do meio e do abastecimento de água, colocam Cabo Verde no grupo de países que tem como principais causas de morbi-mortalidade, as doenças infecciosas, particularmente, as doenças diarreicas, as infecções respiratórias agudas, entre outras. Todavia, com a diminuição progressiva da taxa de mortalidade infantil, passando de 56 por mil, em 1990 para uma média de 23,7 em 2009 (Tabela 3) e o aumento da esperança de vida evidenciam a transição do perfil epidemiológico com prevalência de doenças não transmissíveis.

Assim, tem-se dado, atualmente, prioridade a criação de condições de prestação de serviços diferenciados de cuidados terciários de saúde na medida em que essa transição do perfil epidemiológico acarreta novos desafios para o SNS tanto no que se refere à insuficiência de recursos para satisfazer as procuras do setor, bem como as expectativas das populações em matéria de saúde.

Com o propósito de intensificar a capacidade nacional de diagnóstico, têm sido feitos investimentos no setor da saúde sobretudo os orientados para a expansão da infraestrutura e aquisição de equipamentos e formação dos recursos humanos – RH, (RDH-CV, 2009). Esses investimentos constituem medidas estruturantes que permitem fazer face a diferentes problemas – por exemplo para combater o surto da epidemia da Dengue que atravessou o país, ilha de Santiago em particular, em finais de 2009 e 2010. Nesse contexto foi formulada uma Política Nacional de Saúde (PNS), com o propósito de definir um novo quadro de referência para responder às necessidades e as expectativas da população de forma adequada e promover assim o desenvolvimento social e económico do país (MS, 2007). Para a concretização da PNS foram identificados três eixos estratégicos, quais sejam: (i) SNS moderno e sustentável; (ii) mais e melhores serviços de saúde; (iii) desenvolvimento de RH.

No que se refere a primeira estratégia, propõe-se garantir um SNS de qualidade, assegurando a equidade no acesso e num quadro de sustentabilidade financeira a longo prazo. As despesas totais em saúde são superiores a 6% do PIB e, em 2007, representavam 129 dólares *per capita* (Tabela 4). O Orçamento do Estado (OE) atribuiu atualmente para o funcionamento da saúde cerca de 9%, o que demonstra uma “*evolução positiva mas é de destacar que é insuficiente para cobrir todas as necessidades atuais do serviço público de saúde*” (MS1, Q5).

Cooperação Internacional e Desenvolvimento em Cabo Verde
O caso particular dos protocolos de parceria da ARFA no âmbito do setor farmacêutico

Tabela 3: Evolução dos indicadores de saúde

Indicadores de Desenvolvimento do Milênio referentes aos objetivos 4, 5 e 6	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
4.1 Mortalidade <de 5 anos por 1,000 Nascidos Vivos	56	...	31,9	27,4	25,1	23,9	28,5	27,0	28,6	25,7	28,1	23,7
4.2 Mortalidade infantil (0-1 ano) por 1,000 Nascidos Vivos	42	57,9	26,2	23,2	21,3	19,8	23,9	24,1	24,9	21,7	24,9	20,1
4.3 Proporção de crianças de 1 ano imunizadas contra o sarampo (%)	...	76,1	76,4	76,3	73,3	72,7	77,6	76,3	76,7	74,2	77,4	94,0
5.1 Mortalidade materna por 100,000 Nascidos Vivos	...	71,1	86,3	39,8	8,1	33	42,2	17,3	41,9	16,2	15,8	53,7
5.2 Partos assistidos por profissionais qualificados (%)	75	...	75,9	76,4	74,4	74,6	75,6
5.3 Percentagem de mulheres de 15 a 49 anos casadas/união que usam algum método de contraceptivos	47,3	44,4	30,9	...	28,5	27,5	29,3	30,7	29,0	31,2
5.4 Taxa de gravidez na adolescência (a)	11,4	14,5	13,9	13,5	14,8	12,5	15,8	12,6	21,0	14,7
5.5 Percentagem de grávidas com pelo menos uma consulta pré-natal	72,3	78,7	100	96,7	78,7	78,2	78,4	86,5	82,0	88,4
5.5 Percentagem de grávidas com pelo menos quatro consultas pré-natais	96,7	...	...	...	...	...	...
5.6 Necessidades não satisfeitas em planeamento familiar
6.1 Taxa de prevalência (%) de VIH na população de 15 anos a 24 anos (b)	—	—	—	—	—	0,4	—	—	...	...
6.2 Percentagem de mulheres de 15-24 que usam preservativos na última relação de risco (b)	—	—	—	—	—	79,7	—	—	...	...
6.2 Percentagem de homens de 15-24 que usam preservativos na última relação de risco (b)	—	—	—	—	—	55,8	—	—	...	...
6.3 Proporção de homens entre 15 e 24 anos com conhecimento correto do VIH/SIDA (b)	—	—	—	—	—	36,9	—	—	...	...
6.3 Proporção de mulheres entre 15 e 24 anos com conhecimento correto do VIH/SIDA (b)	—	—	—	—	—	38,0	—	—	...	...
6.4 Relação entre frequência escolar de crianças de 10 a 14 anos órfãs e não órfãs (b)	—	—	—	—	—	...	—	—
6.5 Percentagem da população com infeção avançada de VIH em tratamento com drogas antirretrovirais (b)	24,2	...	...	...
6.6 Casos notificados de malária por 100,000 habitantes	28,8	21,4	3,6	13,6	9	13,6	16	3,7	9,2	13,0
6.6 Taxa de mortalidade por malária por 100,000 habitantes, todas as idades	0,5	0,5	0,2	0,2	0,2	0,2	1,4	0,2	0,2	0,4
6.9 Incidência de Tuberculose por 100,000 habitantes	...	60,3	51	65	65,6	43,3	57,6	56,7	52	53,3	63,4	62,7
6.9 Prevalência de Tuberculose por 100,000 habitantes	57	59,8	69,8	69,2
6.9 Taxa de mortalidade por tuberculose por 100,000 habitantes	...	10,6	3,2	4,3	3,1	2,8	4,1	2,7	3,5	3,1	1,2	3,2
6.10 Taxa de deteção de casos de Tuberculose tratados com DOTS (%)	100	100	...	...	...	...
6.10 Taxa de sucesso do tratamento de tuberculose com o DOTS (%)	67	81	...	72	...

Fonte: MS (2010)

(a) 1999 a 2006 – faixa etária de 15 a 17 anos, calculado sobre o número de grávidas que tiveram pelo menos uma consulta pré-natal

(b) Inquérito Nacional de sero prevalência do VIH, Cabo Verde, 2005

... Dados não disponíveis

— não se aplicam

As despesas do setor da saúde aumentaram nestes últimos anos sobretudo devido ao crescimento consumo de medicamentos e dos cuidados de saúde nos hospitais de base (ver Tabela 4). A entrada em funcionamento de novas estruturas sanitárias – hospitais e centros de saúde – conduziu ao aumento das despesas correntes, designadamente as despesas com o pessoal (MS, 2007).

Tabela 4: Evolução das despesas do setor da saúde 1998-2010

Despesas	1998	1999	2000	2001	2002	2007	2009	2010
Total despesas% PIB	6.9	5.9	6.5	7.3	6.5	6.8	7.9	8.6
Despesas funcionamento%	5.5	5.1	5.4	5.7	5.8	5.9	5.5	5.8
Despesas investimento%	1.3	0.5	0.8	1.5	1.8	2.1	1.8	1.9

Fonte: GCV, FMI

Com a reforma do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) aumentou a extensão de cobertura e o reforço da sua sustentabilidade financeira – em 2007 a taxa de cobertura do INPS era de 23.8% da população. As famílias contribuem em cerca de 20% das despesas totais de saúde, sendo um terço para os medicamentos.

Com o objetivo de aumentar a cobertura e equidade na oferta e organização dos cuidados de saúde torna-se necessário a criação de novas estruturas e transformação das existentes de forma a prever uma melhor distribuição espacial (ver Tabela 5). Para tal foi implementada uma rede de centros de saúde tanto na cidade da Praia e do Mindelo para oferecer uma atenção primária de qualidade e acessível a 25% da população como forma de aliviar os hospitais centrais (MS, 2007).

Tabela 5: Estrutura Sanitária em Cabo Verde, 1990 a 2010

Estruturas	1990	1998	2003	2007	2010
Hospital Central	2	2	2	2	2
Hospital Regional	3	3	3	3	3
Centro de Saúde	12	17	18	26	30
Centro Saúde Reprodutiva	17	12	5	5	5
Centro Terapia Ocupacional	0	0	1	1	1
Centro de Saúde Mental	0	0	0	0	1
Posto Sanitário	29	21	20	34	34
Unid. Sanitária de Base	55	91	93	112	113
Sede própria de delegacia	2	2	2	2	2
Hosp. “especial” Casa Betânia	1	0	0	0	0
Total	121	148	144	185	191

Fonte: SIE/DNS/MS /Relatórios das Delegacias de Saúde

No que se refere a estratégia de desenvolvimento dos RH, o plano estratégico de desenvolvimento dos RH reconhece de forma clara a ineficiência no que diz respeito à gestão dos RH. Assim, uma das prioridades é investir na formação do pessoal de enfermagem, do pessoal médico e para os demais técnicos de saúde – farmácia, análises clínicas, fisioterapia, tecnologias de saúde, economia de saúde entre outros (MS, 2007). Embora a evolução seja positiva no número de pessoal afeto ao setor da saúde, esse valor ainda está aquém do minimamente desejável (ver Tabela 6). Acresce ainda assimetrias regionais importantes na sua distribuição - há uma forte concentração de RH nos hospitais centrais.

Tabela 6: Razão de Médicos, Farmacêuticos e Enfermeiros (*) por habitante, 1990 – 2010

	População	Médicos	Razão M./ hab.	Enfermagem e obstetrícia	Razão Ef. hab.	Pessoal Farmacêutico	Razão F. /Hab.
1990	341.491	112	2.3	215	4.6	21	0.4
2000	434.812						
2007	491.419	230	4,7	477	9,7	36	0.6
2009	491.533	251	4,9	496	9,8	50	1,0
2010	491.683	292	5,9	543	11,0	61	0,3

Fonte: SIE/DNS/MS; RGPH/INE; * Só Pessoal em efetividade de serviço no Sector Público de Saúde.

No que se refere ao acesso dos medicamentos, Cabo Verde dispõe de uma Política Farmacêutica Nacional (PFN) que define os grandes objetivos e eixos estratégicos tendo como finalidade tornar disponível e acessível a toda a população em termos de eficácia, segurança, qualidade e preço dos produtos farmacêuticos, nomeadamente os medicamentos, e assegurando o seu uso racional (OMS e CV, 2009).

De realçar que o financiamento público, no domínio dos medicamentos, tem crescido significativamente. Entre 1996 a 2001, as despesas públicas com os medicamentos representava cerca de 20% do Orçamento da Saúde. De referir a reduzida capacidade de aumentar o investimento público nesse domínio, impondo-se uma maior eficácia na gestão e distribuição dos medicamentos essenciais a nível das farmácias públicas (OMS, 2009). O financiamento do consumo efetuado através da aquisição dos medicamentos nas farmácias é repartido pelos pagamentos diretos efetuados pelos utentes e pelas participações do INPS tanto para os funcionários públicos como privados (ARFA, 2010).

Embora o SNS assegure o acesso universal a serviços médicos e medicamentos, designadamente à população mais (pobre e) vulnerável, as ruturas de *stock* das farmácias públicas podem constituir um entrave ao acesso aos pobres. Assim, como forma de superar esse entrave, as populações mais pobres são apoiados pelo Ministério da Saúde (MS) em articulação com o Programa Nacional de Luta contra a Pobreza (PNLP) e do Ministério do Trabalho, Família e Solidariedade Social (MTFS). Esse último ministério responsabiliza-se para assegurar o apoio médico e medicamentoso e evacuações internas e externas para as pessoas sem cobertura do sistema contributivo de proteção social, geralmente pessoas muito pobres e vulneráveis (OMS, 2009).

De acordo com o Relatório de Progresso dos ODM (RDH-CV, 2009), relativamente a meta 3, do ODM oitavo, no que se refere ao indicador acesso a medicamentos, Cabo Verde regista uma evolução positiva. A proteção e previdência social têm vindo a desenvolver esforços no sentido de alargamento da cobertura e criação de regimes especiais, com vista a execução de ações para a criação de um sistema de seguros de saúde de base nas comunidades rurais com o objetivo de melhorar o acesso a cuidados de saúde e a aquisição de medicamentos. Notar que o país passou a ter maior capacidade para garantir os meios necessários às campanhas de prevenção e aquisição de medicamentos para a luta contra a malária e tuberculose, em 2009 ao ser selecionado para aceder ao financiamento do Fundo Global de combate ao VIH/SIDA.

No que se refere ao acesso aos cuidados de saúde, de acordo com o QUIBB (2007), a perceção dos utentes dos serviços de saúde é muito boa (73,5% dos inquiridos têm acesso aos serviços de saúde com uma taxa de satisfação a situar em 89,9%). A taxa de insatisfação ronda os 11% sendo apontada a demora no atendimento para a população urbana, e o custo da saúde para a população rural. A PNS tem por base a universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência sanitária; “*a solidariedade de todos na garantia do direito a saúde e na contribuição para o financiamento dos cuidados de saúde*” (MS2, Q6); a defesa da “*equidade e não discriminação*” (MS2, Q1) na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços; a salvaguarda da dignidade humana e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores; a salvaguarda da ética e deontologia profissionais na prestação de serviços (MS, 2006). Segundo os dados do QUIBB, cerca de 73,3% da população do país tem acesso aos serviços de saúde a menos de meia hora do local de residência, sendo 88,8% nos meios urbanos e 61,2% nos meios rurais.

2.3.2 Organização do Setor Farmacêutico em Cabo Verde

O setor farmacêutico em Cabo Verde conheceu uma nova fase, a partir de 1976, de acordo com a política farmacêutica definida na base das recomendações da OMS. Naquela altura, o setor era constituído pelo Depósito Central de Medicamentos responsável pelo aprovisionamento das estruturas sanitárias públicas e 5 farmácias privadas importadoras (MS, 2003). Os objetivos preconizados na política farmacêutica eram basicamente os seguintes: assegurar um aprovisionamento suficiente em medicamentos a preços razoáveis e melhorar os métodos de compra e armazenagem; promover uma distribuição eficaz e regular; garantir a eficácia, a inocuidade, a aceitação e o uso racional de medicamentos; desenvolver uma capacidade tecnológica nacional; criar e desenvolver uma produção local dinâmica. Conforme avaliação de consultores internos e externos, a limitação de recursos humanos e materiais não permitiu que os objetivos preconizados fossem atingidos, ainda que o setor farmacêutico tenha conhecido profundas alterações.

A **estrutura do setor farmacêutico** nacional conta atualmente com as instituições: Direção Geral de Farmácia (DGF); Lista Nacional de Medicamentos - LNM; um importador e distribuidor – EMPROFAC; um produtor nacional - Laboratórios INPHARMA (cobre 35% do consumo global); laboratório de controlo de qualidade; dois depósitos de medicamentos (um central e outro regional); serviços farmacêuticos a nível hospitalar; 34 farmácias privadas e 4 postos de venda de medicamentos (PVM); um Sistema Nacional de Previdência Social (INPS), que cobre atualmente apenas 36.5% da população contra 25% em 2000; uma entidade de regulação na vertente técnica, económica e de qualidade dos produtos farmacêuticos (ARFA); reduzido número de técnicos farmacêuticos.

A administração da Saúde é da responsabilidade do Ministério da Saúde, no qual se integra a **Direção Geral de Farmácia** (DGF), criada em 1976 como serviço central de regulamentação, orientação, execução, avaliação e inspeção da atividade farmacêutica, e de coordenação e apoio técnico à gestão dos equipamentos médico-hospitalares. A gestão dos medicamentos compete a DGF que elabora anualmente o quadro de despesas de consumo de medicamentos por concelhos,

ilhas, hospitais e delegacias de saúde. Adstrita a DGF estão dois Depósitos Centrais, uma para cobrir as ilhas de Barlavento e outra para as de Sotavento (OMS, 2009).

O **aprovisionamento e a distribuição** do mercado interno de medicamentos são feitos a partir da produção local e da importação (ARFA, 2010). A importação e produção de medicamentos processa-se em regime de monopólio, quer da importação e distribuição grossista, quer da produção, exercidas pela EMPROFAC e INPHARMA, respetivamente.

A **Empresa Nacional de Produtos Farmacêuticos – EMPROFAC**¹³, é criada com o objetivo de atender às necessidades de abastecimento do mercado de medicamentos, é uma empresa de capitais públicos e com estatuto de empresa privada a 100%, que atua como grossista do setor público a partir de dois centros de armazenamento - cidade da Praia e Mindelo, e do setor privado. Posteriormente a distribuição retalhista é garantida pelas farmácias - zonas urbanas e pelos postos de medicamentos - zonas rurais (MS, 2003). A escolha dos medicamentos a serem importados obedece a LNM, embora, ao abrigo do Decreto-Lei nº 21/2001, seja permitida a importação de medicamentos, em casos excepcionais (doenças raras, ruturas de stock), que não constam da lista. Nessas circunstâncias, a DGF deve autorizar previamente a importação do produto mediante prescrição médica. Para se adaptar melhor às necessidades do mercado, a EMPROFAC atende às encomendas e faz as entregas quatro vezes ao ano, em quantidades que se ajustem as necessidades sazonais do mercado.

Para reduzir a dependência do exterior, em 1991 foi criada a empresa luso cabo-verdiana **Laboratórios INPHARMA** dedicada fundamentalmente à fabricação de genéricos. A partir de então, a produção de medicamentos e produtos farmacêuticos conheceu um desenvolvimento apreciável, tendo alcançado uma taxa de penetração de aproximadamente de 36% (ARFA, 2010). Tendo em conta a exiguidade do mercado nacional, o crescimento da INPHARMA passa pela exportação, tendo-se registado nos últimos anos exportações para países como Angola e Moçambique ainda que pouca expressivas. A partir de 1999 a INPHARMA passou a agir como distribuidor para o setor público de consumo de medicamentos, ainda que a distribuição seja feita

¹³ Está prevista a sua privatização a curto prazo no quadro de uma política macroeconómica global que aconselha que o Estado se retire progressivamente das atividades económicas onde o setor privado apresenta vantagens sobre o setor público (MS, 2003).

através do estatuto monopolista da EMPROFAC. Na distribuição, há ainda a considerar os retalhistas, entre os quais as farmácias e os PVM privados e as farmácias públicas que fazem chegar os medicamentos aos utentes (ARFA, 2010).

No que se refere ao consumo, importa também identificar os **prestadores de cuidados de saúde**, na sua maioria públicos, designadamente os Hospitais Centrais, Regionais, Centros de Saúde e Postos Médicos. Verificam-se também entidades privadas entre os quais clínicas e consultórios privados, que consomem uma percentagem residual do total de medicamentos (ARFA, 2010).

De acordo com a ARFA (2010), com base em dados de 2007, estima-se que o total de consumo de medicamentos em Cabo Verde ultrapassa a ECV 1.3 mil milhões. Denota-se um aumento no consumo global de medicamentos que resulta não apenas do crescimento demográfico, mas igualmente do consumo por habitante, ligado tanto à melhoria das condições de acesso às estruturas de saúde, aumento da rede de distribuição retalhista como também de uma população cada mais informada (Reis, 2010). A distribuição do rendimento gerado pelo medicamento em Cabo Verde pode ser observada no Gráfico 2:

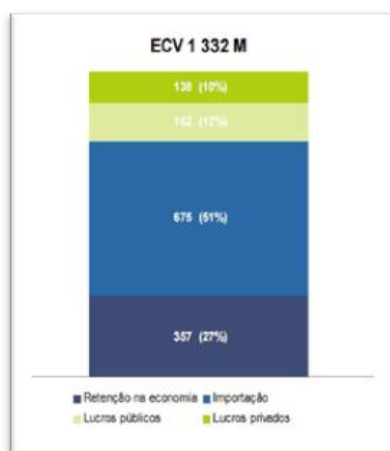


Gráfico 2: Financiamento do medicamento em Cabo Verde

Fonte: ARFA-MED n°2 Março/10

No que se refere ao regime de preços, até 2009, não existia em Cabo Verde uma política de preços de medicamentos, pelo que os preços eram fixados pela EMPROFAC e pela INPHARMA, respetivamente para os produtos importados e fabricados localmente (IBF e IPQ, 2002). Apesar do fato da legislação farmacêutica geral anteriormente vigente (Decreto-Lei n° 03/93) mencionar que

“o regime de preços dos medicamentos é fixado por decreto conjunto dos Membros do Governo responsáveis pelos setores de Saúde e do Comércio e Indústria” (Artigo 29), esse decreto nunca foi publicado.

Assim, foi aprovado e publicado o diploma que estabelece o regime de fixação de preços de medicamentos (Decreto Lei, 22/2009) o qual vem retomar e dar desenvolvimento a disposições legislativas anteriores, concedendo a ARFA a competência de estabelecer os mecanismos de fixação de preços, critérios para a sua formação de preços de venda de medicamentos e as margens de comercialização, proceder a aprovação e revisão dos preços. A partir de então os preços passaram a ser estabelecidos e regulados pela ARFA, permitindo uma prática de descontos em todo o circuito do medicamento, desde o fabricante ao retalhista e igualmente introduz uma certa margem de manobra aos agentes produtores e comercializadores, formando preços até um montante máximo (Decreto-Lei, 22/2009). Todo esse processo permite o incentivo à comercialização e utilização de medicamentos genéricos, permitindo maior acesso.

De notar que *“em Cabo Verde os preços dos medicamentos tem estado historicamente a níveis bastantes elevados, comparativamente à Europa e a outros países africanos. Os preços praticados em Cabo Verde revelam não só o custo acrescido para a aquisição de medicamentos à escala do país, marcadamente pequeno, mas também o próprio design do sistema monopolístico do setor farmacêutico. Um estudo de 2005 revela que os preços de medicamentos comercializados em Cabo Verde são, em média, seis vezes superiores àqueles praticados em outros países da África” (A2, Q6).* Notar ainda que o facto que não existir antes um mecanismo de aprovação e fixação de preços máximos de medicamentos *“dificultava o acesso a grande parte da população como igualmente acarretava dificuldades a própria administração pública no que se refere a gestão e planificação das suas compras” (A1, Q4).*

No respeitante à **qualidade dos produtos farmacêuticos** foram atribuídas à então DGF competências e atribuições específicas. Porém, a DGF não dispõe de meios técnicos, regulamentos e normas que permitam a sua operacionalidade e limitação a concretização de todas as ações visando a implementação da política farmacêutica. Dentre as limitações estão a carência de RH com formação técnica específica, a ineficácia do Laboratório de Controlo de Qualidade, e

inexistência de um serviço de inspeção (IBF e IPQ, 2002). Assim, o sistema de controlo dos produtos importados limita-se à certificação da OMS e a certificados de análise fornecidos pelo fornecedor, que não oferecem uma garantia total dos produtos se não forem acompanhados de certificados de registo ou homologação.

O Laboratório Oficial de Controlo de Qualidade, integrado na então DGF, nunca esteve operacional, necessitando de ser reestruturado e equipado para estar em condições de dar resposta às necessidades do setor farmacêutico em matéria de controlo de qualidade. Por outro lado, como a capacidade inspetiva da DGF é manifestamente fraca, isto devido à carência de pessoal técnico e de recursos financeiros, não são feitas inspeções regulares às unidades de venda de medicamentos nem à produção. A inoperância da atividade fiscalizadora incentiva a venda de medicamentos na rua e em estabelecimentos não autorizados, o que é extremamente grave para a Saúde Pública.

Relativamente aos produtos fabricados localmente, a INPHARMA assegura a qualidade dos mesmos controlando todos os lotes de fabrico ao longo do circuito de produção, desde as matérias-primas e produtos intermediários aos produtos acabados, na medida em que dispõe de um laboratório de controlo bem equipado e dotado de pessoal técnico competente.

A venda de medicamentos na rua tem sofrido um incremento nos últimos anos, abrangendo todo o tipo de medicamentos, nomeadamente antibióticos. Apresentam-se muitas vezes em más condições de embalagem, aparecendo produtos a granel, em sacos sem qualquer etiqueta e vendidos obviamente sem qualquer critério (ARFA, 2011). É uma situação que muito preocupa, dados os riscos que representa para a Saúde Pública, não se podendo descartar a hipótese de circulação de produtos veterinários, cuja importação não parece ser controlada, misturados com produtos de uso humano.

III. PROTOCOLOS DE PARCERIA NO ÂMBITO DA ARFA

3.1 Considerações metodológicas

Nesse capítulo analisam-se os protocolos de parceria internacional da ARFA estabelecidos com as suas congéneres brasileiras e portuguesas evidenciando-se a relevância de atuação da agência na regulação do controlo de qualidade, preço e acesso de produtos farmacêuticos essenciais para a saúde pública, promotora de crescimento e desenvolvimento. Apesar de a ARFA ser uma agência multissetorial para os setores alimentar e farmacêutico, o enquadramento deste trabalho encontra-se no âmbito da regulação farmacêutica, pelo que se optou metodologicamente por apenas analisar esta vertente, ainda que, em certos momentos, se faça referência pontual ao setor alimentar.

O capítulo é redigido tendo como suporte a análise documental e por recurso a inquéritos por entrevistas realizadas ao corpo técnico da instituição ARFA e a técnicos diretamente envolvidos nos projetos de cooperação internacional estabelecidos entre a ARFA e as suas congéneres.

Na fase de planeamento das entrevistas, foi preparado um guião comum para as entrevistas, mantendo objetivos comuns na captação de informação mas adaptável em função do entrevistado e das suas funções. Em particular procurou-se informação no sentido de (a) auxiliar uma melhor compreensão das diversas interconexões entre saúde e desenvolvimento, ao nível da regulação, qualidade, preço e acesso aos bens e serviços em saúde, (b) avaliar a implementação de diferentes projetos no âmbito de parcerias internacionais e (c) procurar aferir sobre a relação entre os protocolos de parceria internacional e a evolução dos indicadores de desenvolvimento de Cabo Verde. O guião de entrevista é apresentado em anexo (Anexo II).

Estabeleceram-se igualmente decisões relativamente à escolha dos entrevistados, ao local e à duração prevista das entrevistas (uma hora no máximo), tal como se apresenta na Tabela 7.

Tabela 7: Identificação dos entrevistados e justificação da escolha

Instituição	Entrevistados	Justificação da escolha
ARFA	Presidente do Conselho de Administração (PCA)	<p>Conhecimento da missão e funcionamento da ARFA, pelas funções que desempenha.</p> <p>Conhecimento do sector farmacêutico, por formação (Farmacêutica).</p> <p>A experiência na área de regulação e as responsabilidades que assume no pelouro das áreas farmacêutica e da cooperação internacional e parcerias, poderá auxiliar na avaliação da implementação de projetos no âmbito das parceria internacionais, na avaliação da relação entre protocolos de parceria internacional e a evolução dos indicadores de desenvolvimento de Cabo Verde, e na relevância da qualidade, preço e acesso dos produtos farmacêuticos e medicamentos, para esse processo.</p>
	Diretor de Regulação Farmacêutica (DRF)	<p>Conhecimento da missão e funcionamento da ARFA, pelas funções que desempenha.</p> <p>Conhecimento do sector farmacêutico, por formação (Farmacêutico).</p>
Ministério da Saúde	Diretor Nacional de Saúde (DNS)	<p>Conhecimento de funcionamento do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Saúde.</p> <p>Conhecimento da saúde pública, por formação (médico).</p> <p>Além da função que ocupa possui vasta experiência na área da saúde, tendo sido um dos fundadores do Plano Nacional de Saúde, potencial que poderá auxiliar na melhor compreensão das inter-relações entre saúde e desenvolvimento, acesso aos bens e serviços de saúde, evolução dos indicadores de saúde e de desenvolvimento de Cabo Verde.</p>
	Presidente da Comissão Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS)	<p>Conhecimento de funcionamento do Ministério da Saúde e da Política Nacional de Saúde.</p> <p>Conhecimento da saúde pública, por formação (médico).</p> <p>Anterior Diretor do Hospital central da cidade da Praia e conhecedor das políticas de saúde, poderá apoiar na análise da evolução do setor saúde e na compreensão das diversas interconexões entre saúde e desenvolvimento, acesso aos bens e serviços de saúde, evolução dos indicadores de saúde e de desenvolvimento de Cabo Verde.</p>
<u>Congéneres</u>		
ANVISA	Especialista em Vigilância Sanitária	<p>Conhecimento em vigilância sanitária e do projeto de cooperação ARFA-ANVISA 2008 a 2010 – fase I.</p> <p>Conhecimento da cooperação e relações internacionais, por formação (Relações Internacionais e Vigilância Sanitária).</p> <p>Sendo responsável pelo seguimento e execução do primeiro projeto de parceria entre a ARFA e a ANVISA poderá auxiliar na análise da implementação e seguimento do projeto de cooperação e sua avaliação.</p>
INFARMED	Especialista envolvido no projeto	Por solicitação do entrevistado preserva-se o anonimato.

Na fase de aplicação das entrevistas, em momento prévio à sua realização, o âmbito da pesquisa foi explicado aos entrevistados, informando-os sobre os objetivos do estudo e da sua razão - análise do contributo da cooperação internacional em Saúde para o desenvolvimento de Cabo Verde, através da observação concreta dos protocolos estabelecidos pela ARFA no âmbito do setor farmacêutico. Este contacto prévio revelou-se de grande utilidade, na medida em que contribuiu para uma maior motivação e adesão do entrevistado e, por conseguinte, para o sucesso da entrevista. Foi igualmente solicitada autorização escrita aos entrevistados para utilização dos dados recolhidos no âmbito exclusivo dos objetivos do estudo, tal como descritos, assegurando-lhes a possibilidade de salvaguarda de anonimato quando/sempre que solicitado. A transcrição das entrevistas é apresentada em anexo (Anexo III).

3.2 Caracterização da ARFA e o contexto da sua criação

As mudanças que se vêm operando na estrutura económica de Cabo Verde, justificaram que o Estado reduzisse a sua presença na economia através de empresas públicas e de participações em empresas de capital misto, reduzindo a sua ação fundamental à função de agente regulador. Esta opção implicou o acolhimento da figura de Agência Reguladora na ordem jurídica e institucional do país, enquanto via tida como apropriada para o pleno exercício dessa função de regulação.

É desta opção que resulta a criação da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares (ARFA), pelo Decreto-Lei nº 42/2004, de 18 de outubro¹⁴, dando cumprimento aos objetivos de defesa da Saúde Pública em matéria de segurança e qualidade alimentar e dos produtos farmacêuticos. Criada com estatuto de Autoridade Nacional da Qualidade de medicamentos e alimentos, para uso humano e veterinário, bem como de certificação e acreditação, a ARFA age em concertação com as entidades competentes, nos domínios da gestão dos mecanismos de fixação e controlo de preços dos medicamentos e géneros alimentícios, da supervisão do *stock* nacional de medicamentos, e do controlo da Qualidade da produção local e dos produtos importados. Tem por finalidade “*a regulação técnica e económica, bem como a supervisão e fiscalização dos setores químico-farmacêutico e alimentar*” (ARFA, 2006).

¹⁴ A publicação deste diploma e a consequente revogação da Resolução nº 71/98, de 31 de dezembro, faz de facto renascer a ARFA, uma vez que a referida instituição não chegara a ter existência efetiva.

De acordo com o documento Debate sobre o Estado da Nação (ARFA, 2011), perante os desafios que se colocam a Cabo Verde em matéria de segurança sanitária de alimentos e em matéria de acesso, segurança e qualidade de produtos farmacêuticos, a par da globalização do comércio, bem como dos riscos associados a estes produtos essenciais, esforços têm sido envidados no sentido de modernizar o sistema de controlo e vigilância no país, de forma que seja integrado, preventivo e com uma maior capacidade de resposta face a emergências.

A estratégia de intervenção da agência culminou com a conceção e implementação dos instrumentos de regulação nos setores sob sua competência. Na área farmacêutica, as questões de regulação económica e de implementação do Sistema Integrado de Monitorização do Mercado Farmacêutico (SIMFAR) mantiveram o enfoque, tendo como eixos prioritários de intervenção a vertente de acesso, seja na perspetiva do preço como do *stock*¹⁵. A informação, educação e comunicação foi, igualmente, um dos domínios eleito como essencial para a implementação da nova legislação e recomendações ao Cidadão, em particular no que se refere aos critérios para fixação de preço de medicamentos, o uso racional do medicamento, o combate a venda ilícita, a promoção da notificação de problemas com medicamentos e reações adversas medicamentosas.

3.2.1 Atribuições e competências no âmbito da regulação do setor farmacêutico

Sob coberto do Decreto-lei nº 43/2005 de 27 de Junho (ARFA, 2006), compete à ARFA na regulação dos produtos químico-farmacêuticos:

- Regular e supervisionar as atividades de produção, importação e distribuição dos produtos farmacêuticos - incluindo a capacidade consultiva e sancionatória;
- Promover o estabelecimento de mecanismos de controlo e fixação de preços, e supervisionar o seu cumprimento, nos sectores regulados, na importação e na produção;
- Proteger o equilíbrio económico-financeiro dos prestadores dos serviços por ela regulados;
- Proteger os direitos e interesses dos consumidores designadamente, em matéria de abastecimento do mercado, preços e qualidade dos serviços prestados;

¹⁵ Numa fase subsequente, o sistema prevê também a integração das questões de segurança, qualidade e eficiência dos medicamentos através das atividades de Farmacovigilância.

- Colaborar na definição e execução de políticas dos medicamentos de uso humano e veterinários, de produtos de saúde e cosméticos;
- Colaborar na adaptação, atualização e modificação da Lista Nacional de Medicamentos;
- Zelar pelo bom funcionamento das empresas que atuam no sector farmacêutico, verificando o cumprimento das normas e regulamentos;
- Promover averiguações, inquéritos e sindicâncias, em qualquer serviço do sector farmacêutico;
- Colaborar com as autoridades competentes, no licenciamento e instalação de indústrias farmacêuticas e dos estabelecimentos do comércio por grosso e a retalho de medicamentos;
- Emitir pareceres no licenciamento de laboratórios produtores de medicamentos ou produtos de saúde;
- Fiscalizar a publicidade dos medicamentos;
- Participar na elaboração de regras relativas a atividades de investigação, produção, importação, distribuição, comercialização e utilização de medicamentos, produtos de saúde e cosméticos;
- Avaliar, inspecionar e supervisionar a atividade farmacêutica;
- Assegurar a elaboração de estudos e pareceres relativos a acessibilidade e utilização dos medicamentos no sistema de saúde.

Tendo em consideração a aprovação recente (Lei n.º 14/VIII/2012 no B.O. n.º 39 I Série de 11 de Julho de 2012) do Regulamento Jurídico das Entidades Reguladoras Independentes (RJERI), que dotou as agências de maior autonomia, transparência e sustentabilidade financeira, foi solicitada à ARFA apresentar uma proposta de alteração de seus Estatutos, de forma a melhor definir suas atribuições e competências assim como as suas fontes de captação de recursos. Nesse sentido aguarda-se ainda a aprovação de novos Estatutos e assim a jurisdição de novas competências que estão espalhadas entre diversas instituições entre as quais a DGF.

3.2.2 A regulação dos produtos farmacêuticos em Cabo Verde

O contexto de desenvolvimento sustentável de Cabo Verde, associado à necessidade de iniciar um processo de abertura do mercado do medicamento e à tendência do crescimento do peso da despesa pública em saúde e, em particular, do sistema de previdência social, exige uma monitorização e intervenção clara e independente no setor farmacêutico, tanto mais tratando-se de um setor de interesse vital para a saúde e bem-estar da população cabo-verdiana (ARFA, 2010).

De acordo com o documento “*Análise Económico-Financeira do Setor dos Medicamentos na Perspetiva da Regulação Económica do Setor*” (ARFA, 2008), na perspetiva da liberalização do mercado farmacêutico nacional, o mecanismo de fixação de preços dos medicamentos assume um papel fundamental, de âncora a todo o sistema económico e financeiro e de abastecimento de medicamentos à população de Cabo Verde.

A regulação do mercado farmacêutico é um dos grandes objetivos da agenda regulatória da ARFA, responsabilidade que vem assumindo com notória profundidade desde 2007, atuando, numa primeira linha de prioridade, na construção dum modelo de fixação de preços dos medicamentos, já feito, aprovado e publicado (Decreto-Lei n.º 22/2009, de 6 de Julho), e na regulamentação desta lei, no tocante a poderes de supervisão e outras obrigações relacionadas com a distribuição e *stocks* nacionais de medicamentos (ARFA, 2011).

Com a entrada em vigor desse Decreto-Lei e seus regulamentos, a ARFA passou imediatamente a assumir responsabilidades de regulação económica, através do atendimento de pedidos de fixação de preços e de gestão de eventuais conflitos que disso possam vir a ocorrer, bem como na gestão dos procedimentos relativos ao funcionamento do SIMFAR, como são por exemplo o registo e cadastro de todos os medicamentos em circulação no país e a atribuição do atual código em vigor a ser utilizado em todo o setor.

Foram alcançados ganhos notórios¹⁶ para o sistema de regulação dos produtos farmacêuticos e atingidas metas fundamentais para a contribuição na defesa do acesso, qualidade e segurança de medicamentos, entre as quais se identifica:

- Aprovação do Decreto-lei 22/2009, de 6 de Julho, que estabelece o regime de preços dos medicamentos de uso humano e cria o SIMFAR;
- Aprovação do Decreto-lei nº 64/2009, de 21 de Dezembro, que estabelece as normas de organização e funcionamento do SIMFAR;

¹⁶ Realça-se que muitos desses ganhos conseguidos devem-se aos protocolos de parceria estabelecidos com congéneres no âmbito da cooperação técnica internacional (vide ponto 3.3).

- Aprovação do Decreto-regulamentar nº 23/2009, de 21 de Dezembro, que define as normas de vigilância da vertente económica do SIMFAR.
- Cadastro e aprovação do preço de 66% do mercado total de medicamentos;
- Conceção do sistema de informação de suporte à monitorização do mercado;
- Sessões de divulgação sobre o novo mecanismo de fixação de preço;
- Campanhas de sensibilização no âmbito do “Uso racional de medicamentos”;
- Processo de identificação de lacunas e prioridades em matéria de legislação e regulamentação farmacêutica, bem como ao estabelecimento da agenda regulatória da ARFA na área farmacêutica;
- Elaboração de um estudo de caracterização do sector farmacêutico e do inquérito nacional para caracterização da venda ilícita de medicamentos;
- Preparação do anteprojecto de enquadramento legal do funcionamento do Sistema Nacional de Farmacovigilância e implementação do respetivo Projeto-Piloto com a participação dos dois hospitais centrais, dois hospitais regionais, um centro de Saúde e quatro farmácias.

No que se refere aos instrumentos de intervenção pode dizer-se que foi identificado como prioritário o SIMFAR, concebido com a configuração de um observatório do mercado farmacêutico, abarcando todo o circuito do medicamento.

O SIMFAR abrange a vigilância das vertentes económica e técnica, nomeadamente a monitorização do acesso ao medicamento, seja pela via do cumprimento das regras constantes do Decreto-lei nº 22/2009, de 6 de julho, como pela regulação das oscilações de abastecimento do mercado de produtos farmacêuticos, e a monitorização do perfil da qualidade e segurança dos medicamentos no mercado, sempre com o objetivo de acautelar os interesses dos cidadãos e contribuir para a proteção da saúde pública (Reis, 2010). Assim, o SIMFAR é um instrumento de execução das orientações da PFN visando facilitar e garantir a acessibilidade, através do equilíbrio entre a disponibilidade e o preço, a qualidade do produto farmacêutico, a segurança e eficácia e uso racional de medicamentos (ARFA, 2010).

O SIMFAR está a ser implementado de forma progressiva, estando as suas funcionalidades previstas num sistema de informação que dará suporte tanto ao sistema que estabelece o mecanismo de fixação de preços e a monitorização do *stock* de medicamentos no mercado nacional, como também ao sistema de farmacovigilância que o presente diploma vem prever, face ao vazio a que se refere a Lei do Medicamento, no número 2 do artigo 83º do Decreto-lei 59/2006 de 26 de dezembro (Reis, 2010). Os meios de operacionalidade do SIMFAR são baseados em relatórios de comercialização de medicamentos e formulários de notificação de problemas de qualidade e segurança na utilização de medicamentos remetidos pelos intervenientes do mercado farmacêutico.

3.2.3 Relevância da atuação da ARFA

A ARFA, instituída enquanto Autoridade da qualidade de medicamentos e alimentos, para uso humano e veterinário tem por missão garantir à população o acesso a alimentos e produtos farmacêuticos com qualidade e segurança. Integra o novo figurino institucional de autoridades administrativas independentes, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial (ARFA, 2006).

A instalação e funcionamento da ARFA tem-se pautado por construir, de forma evolutiva, uma instituição de características identificadas como fundamentais para a credibilidade da regulação: (i) transparência; (ii) independência técnica; (iii) excelência técnica; e (iv) delimitação precisa.

De realçar que a ARFA tem por missão: (i) regulação técnica; (ii) regulação económica e (iii) supervisão do mercado dos produtos químicos-farmacêuticos e alimentares; e (iv) contribuição para a proteção da Saúde Pública. A ARFA intervém nas atividades de produção, importação e distribuição dos produtos farmacêuticos e alimentares através do desenvolvimento e implementação de mecanismos de controlo e monitorização destes mercados.

No que se refere às suas atribuições e competências, e de acordo com o documento Debate sobre o Estado da Nação (ARFA, 2011), o enquadramento legal atual estabelece a ARFA como coordenador do SIMFAR. No entanto, a operacionalização já iniciada do SIMFAR e a intervenção

da ARFA de modo a assumir o *core* essencial de competências de regulação de medicamentos e produtos de saúde mantém-se dependente de determinadas competências¹⁷ como são a certificação de produtos e entidades através de: (1) Avaliação em sede de Autorização de Introdução no Mercado (AIM), (2) Licenciamento, (3) Sistema de monitorização de mercado que inclui farmacovigilância, comprovação da qualidade, fiscalização e inspeção; (4) Informação e utilização racional do medicamento (5) uso racional de medicamentos veterinários.

Na vertente de regulação económica prevista no âmbito do SIMFAR (preço e *stock*), ressalta-se que, num quadro de monopólio público da importação de medicamentos, o impacto e aferição das questões relativas ao mecanismo de cadastro, fixação de preços e monitorização de *stock* se têm mantido refém do reiterado incumprimento quanto a envio da informação pela entidade regulada, aplicação dos preços aprovados e garantia de disponibilidade de medicamentos essenciais.

Decorrente da forma como tem assumido questões de monitorização da qualidade e segurança de medicamentos no mercado, a ARFA foi recentemente designada como centro nacional de farmacovigilância, resolvendo desta forma uma das lacunas nas suas atribuições e necessidade de clarificação de competências. Desta forma, encontram-se, na prática, mas pendente de formalização legal, a assunção das questões de AIM, Farmacovigilância e Promoção do Uso racional de medicamentos, a serem previstos no âmbito da revisão dos estatutos.

Para o pleno exercício das suas atribuições na área farmacêutica, a solução passa pela transferência de outros instrumentos de regulação que confeririam maior eficácia da regulação na gestão dos procedimentos acima referidos, designadamente, as competências institucionais no tocante ao licenciamento do exercício da atividade, desde o licenciamento de operadores ao controlo de medicamentos pela AIM, recomendação, aliás, sustentada na prática internacional, em que é predominante a interligação desses dois instrumentos à atividade reguladora (ARFA, 2011). “*A existência de um sistema funcional e integrado de controlo de todo o circuito com o licenciamento, a AIM e a Farmacovigilância constituem o cerne da regulação técnica de qualquer setor farmacêutico*” (A1-Q2).

¹⁷ Muitas das atribuições e competências previstas nos Estatutos da ARFA continuam a ser exercidas por diversas outras entidades, sendo indispensável um sistema de articulação e clarificação, o que mais realça a necessidade de aprovação de novos Estatutos (Reis, 2010).

Nesse sentido a regulação do setor farmacêutico é considerada fator essencial para a proteção da saúde pública, exigindo a articulação entre os diversos atores intervenientes. *“A regulação é igualmente essencial para o melhor acesso, qualidade e preço de produtos farmacêuticos e medicamentos e porquanto implica o reforço de enquadramento legal, sistema de inspeção robusta, quadro regulatório claro e laboratórios de comprovação de qualidade”* (A1-Q2).

É importante referir que quer a informação quer a comunicação constituem estratégias importantes para promover a mudança de comportamento. Com efeito, educar para a saúde *“consiste em dotar a população de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo”* (A2-Q5). Desta forma, a atuação da ARFA tem enfatizado a *“sensibilização e capacitação de profissionais de saúde sobre a notificação caso existe efeitos adversos aos medicamentos e da realização de campanhas informativas direcionadas à população em geral, nomeadamente em temas como o uso racional de medicamentos, a venda ilícita de medicamentos e sobre os medicamentos genéricos”* (A2-Q5).

No que se refere ao suporte laboratorial, é atribuição da ARFA (alínea c do art. 11º dos Estatutos) *“criar o laboratório central de controlo da qualidade dos produtos alimentares e farmacêuticos”* (ARFA, 2006). Entretanto, conforme referido no Capítulo II, não existe em Cabo Verde um suporte laboratorial capaz de suportar o controlo de qualidade dos medicamentos e produtos de saúde. Dentro do processo de revisão dos Estatutos, a ser aceite rever o conceito de finalidade última da agência, justificar-se-ia, por conseguinte, que esse laboratório ganhasse caráter de um laboratório central de saúde pública, o que aliás é a perspetiva dos estudos já realizados visando a instalação dum tal laboratório (ARFA, 2011). Embora já submetido ao Governo um dossiê sobre esta matéria, ainda carece de decisão quanto aos moldes relativos à configuração e ao financiamento do laboratório, neste caso concreto o Laboratório de Saúde Pública.

3.3 Protocolos de parceria no setor farmacêutico no âmbito da ARFA

3.3.1 Parcerias da ARFA com congêneres brasileiras

A Cooperação Sul-Sul (CSS)¹⁸, nasceu com o Movimento dos Países Não-Alinhados, mas ganhou ímpeto quando um punhado de países de rendimento baixo como o Brasil, Índia, México e África do Sul determinaram a melhorar a sua posição como atores globais (Leite, 2012). Estes países têm vindo a desenvolver programas sociais considerados bem-sucedidos, o que os tem levado a partilhá-los com outros países em desenvolvimento.

Em particular, as relações de cooperação entre Cabo Verde e Brasil no âmbito dos projetos bilaterais têm, de fato, constituído um instrumento de promoção do desenvolvimento uma vez que possibilita a transferência de conhecimentos e técnicas, de formato não comercial, para Cabo Verde. Por outro lado, promove igualmente o adensamento de suas relações – políticas, económicas e comerciais entre os dois países.

No quadro específicos das relações de cooperação entre a ARFA e entidades estrangeiras, as relações de cooperação técnica com instituições congêneres internacionais tem fornecido elementos e orientações pertinentes para a organização e o desenvolvimento dos seus pilares fundamentais - em particular a legislação e regulamentação técnica, a informação/comunicação e a formação orientada para os diferentes intervenientes do sistema. Assim, desde 2007, a Agência tem criado condições necessárias para mobilizar esforços no sentido de desenvolver ações de cooperação e parceria com instituições estrangeiras, desde logo com destaque para as congêneres brasileiras e, como veremos no ponto seguinte, portuguesas.

¹⁸A CSS refere-se à cooperação técnica e económica entre dois ou mais países em desenvolvimento. De acordo com a definição do PNUD, a CSS é um mecanismo de desenvolvimento conjunto entre países emergentes em resposta a desafios comuns (Leite, 2012).

No quadro das relações de cooperação existentes entre Cabo Verde e a República Federativa do Brasil, a ARFA identificou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, do Brasil, como uma instituição estratégica no sentido de a prestar a cooperação técnica de que carece, tendo em devida conta a renomeada capacidade técnica e a sua sólida experiência na atividade reguladora dos setores alimentar e farmacêutico. Nesse quadro foi assinado o Ajuste Complementar ao Acordo Básico de Cooperação Técnica e Científica para a implementação do subprojecto *“Consolidação da ARFA como agente regulador dos sectores farmacêutico e de alimentos visando ao fortalecimento de sua capacidade institucional”*.

O objetivo geral do projeto de cooperação técnica foi de consolidar a ARFA como agente regulador nas suas áreas de intervenção, por meio da capacitação e intercâmbio de experiências em modelos utilizados na vigilância sanitária brasileira. Para tal delineou-se um plano que permitisse a aquisição de conhecimentos sobre modelos de regulação do setor farmacêutico; o estabelecimento de relações institucionais e pessoais entre as duas instituições na matéria em referência; e a recolha de subsídios necessários para a conceção das grandes linhas estratégicas para a regulação do mercado em Cabo Verde.

Em geral as atividades foram constituídas pela troca de documentos e regulamentos entre as congéneres; planeamento de estratégias; discussão de propostas de intervenções; visitas técnicas de preparação/estágios em serviços com temas pré definidos; discussão conjunta de propostas de regulamentos técnicos; troca de material de comunicação e informação; análise de impacto e capacitação de ações regulatórias.

O objetivo específico e resultados estabelecidos no projeto, quanto à área farmacêutica, foram os seguintes:

- i) Promover capacitação e intercâmbio de informações e experiências na área de regulação farmacêutica.
- ii) Os resultados a serem alcançados na área farmacêutica diziam respeito à capacidade na área de farmacovigilância com enfoque em uso racional de medicamentos da ARFA fortalecida; Capacidade da ARFA na área de registo de medicamentos sintéticos, com ênfase em

genéricos, fortalecida; Capacidade na área de regulação económica de medicamentos fortalecida; Capacidade na área de inspeção de medicamentos da ARFA fortalecida.

Para que a cooperação técnica contribua efetivamente para os objetivos a que se propõe, é necessário que o planeamento das ações a serem implementadas seja consistente, no sentido de buscar com que o trabalho desenvolvido realmente apresente os impactos positivos almejados. Isso requer a adoção de metodologias adequadas de planeamento, de acompanhamento e de avaliação dos projetos de cooperação técnica (ABC, 2005). “Assim, pode-se considerar, à luz das propostas, que os resultados” (A2-Q16) dos projetos de cooperação técnica entre a ARFA e as suas congéneres “foram extremamente satisfatórios, tendo sido atingidos integralmente” (A2-Q16).

Concretamente, no que se refere ao projeto com a ANVISA, o acordo desse subprojecto foi assinado em julho de 2008, com vigência de três anos, prevendo a realização de 27 atividades, divididas em sete resultados, entre as quais quatro da área farmacêutica. O projeto teve o seu término em abril de 2011, aquando da realização da última atividade inscrita, nomeadamente, a Avaliação Final do Subprojecto. Essa atividade contou com a participação da Agência Brasileira de Cooperação - ABC, ANVISA e técnicos da ARFA sendo de realçar, de acordo com o Relatório de Avaliação Final (ABC, 2011), a execução do projeto gerou para ambas as partes envolvidas benefícios e impactos positivos na área da vigilância sanitária.

Após os ajustes necessários ao projeto¹⁹ verifica-se que a execução das atividades em relação aos objetivos e metas propostas ocorreu de modo satisfatório, ou seja, praticamente todas as atividades atingiram os objetivos delineados, tiveram sua programação executada conforme prevista nas agendas elaboradas pelas partes e permitiram atingir os fins especificados. À exceção, fica uma atividade relacionada com um estágio na área de uso racional de medicamentos, cuja agenda de trabalho foi comprometida em função de mudanças na direção da ANVISA à época, que provocaram cancelamento de parte das atividades previstas.

¹⁹Durante o meio percurso de realização das atividades, o subprojecto foi monitorado, ocasião na qual foi identificada a necessidade fazer uma revisão com o objetivo de adequar e acrescentar atividades para a otimização do alcance do objetivo de desenvolvimento.

Observa-se que o cronograma inicial do projeto não foi cumprido, sendo também objeto de ajustes para o término da execução do projeto. As alterações que se fizeram necessárias em termos de cronograma do projeto, deveram-se, além do processo de Reforma do Estado Caboverdiano, por questões de agendas das instituições.

Pode aferir-se da análise do Relatório Final (ABC, 2011) que o projeto logrou executar com efetividade a quase totalidade de seus resultados previstos, em função das atividades realizadas. Um dos resultados, que previa fortalecer as capacidades da ARFA para o registo de medicamentos sintéticos, com ênfase em genéricos, não atingiu os objetivos almejados uma vez que todas as suas atividades foram excluídas da execução do projeto, tendo sido mantido apenas a partilha da legislação brasileira, em função do processo de Reforma do Estado e serão remetidas para posterior ponderação no âmbito de discussão da segunda fase.

Entre os beneficiários diretos do projeto realça-se que além do corpo técnico da ARFA igualmente foram técnicos da Direção Geral das Pescas, Direção Geral de Alfândega, Ministério do Desenvolvimento Rural, dos hospitais centrais de Cabo Verde. Da metodologia utilizada (análise documental de questionários e entrevistas) para inferir o grau de satisfação dos beneficiários diretos pode-se averiguar que em sua maioria, os beneficiários manifestaram-se bastante satisfeitos com a execução do projeto e os resultados obtidos em decorrência dos conhecimentos adquiridos durante sua realização. No que se refere aos beneficiários indiretos pode-se referenciar o Ministério da Saúde e demais estruturas públicas de saúde, operadores dos setores farmacêuticos tais como produtores e importadores e consumidores em geral.

Ainda de acordo com o Relatório, a contribuição direta do corpo técnico da ARFA na elaboração e na execução do projeto, denotam o nível de preparação e do compromisso da Agência com as ações desenvolvidas e com os efeitos decorrentes, já que por se tratar de quadro permanente o conhecimento adquirido pode ser replicado, de forma a dar continuidade às ações desenvolvidas.

A sustentabilidade das ações iniciadas com a execução desse projeto é visível ainda se levado em conta que foram desenvolvidos pela ARFA, no âmbito do projeto, ferramentas e procedimentos, como os Sistemas de controlo, além de ações de sensibilização em vigilância sanitária, em decorrência dos conhecimentos adquiridos durante a execução do projeto. Foram criados também os marcos legais, Decretos e Regulamentos Técnicos, nas áreas de regulação e vigilância que garantem a sustentabilidade das ferramentas e sistemas desenvolvidos, assim como elaborados termos de referências para os sistemas de informação de suporte.

Assim, o projeto foi considerado um modelo de êxito no marco da cooperação Sul-Sul, por trazer ganhos para ambas as agências reguladoras, na medida em que proporcionou o estabelecimento de diálogo regulatório considerando as semelhanças e especificidades de cada realidade.

A experiência desenvolvida no âmbito do projeto já é considerada modelo de sucesso por outros países africanos, que demonstraram interesse em conhecer a experiência cabo-verdiana realizada com a ANVISA e a ABC. Destacam-se os casos de Moçambique e Guiné Bissau, que buscaram conhecer os avanços de Cabo Verde na área da regulação de medicamentos, alcançados no âmbito da cooperação.

3.3.2 Parcerias com congêneres portuguesas

No quadro das **relações de cooperação entre Cabo Verde e Portugal**, a ARFA manteve um protocolo de colaboração interagências com a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos da Saúde, I.P. – INFARMED. O acordo assinado em 2008, com vigência de três anos, teve por finalidade contribuir para o reforço da capacidade técnica e tecnológica da ARFA nos domínios de comprovação de qualidade e da regulação do mercado dos medicamentos em Cabo Verde, de forma a assegurar melhor qualidade, segurança e relação preço/qualidade do medicamento no mercado cabo-verdiano.

Nesse acordo de colaboração assinado, a ARFA definiu como prioridades no tocante à regulação do setor farmacêutico: (i) a conceção e implementação de um sistema nacional integrado de comprovação de qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos, no âmbito dos pedidos de

AIM e da sua manutenção no mercado; (ii) os critérios para o estabelecimento de preços dos medicamentos; (iii) a conceção e funcionamento do Observatório do mercado do medicamento; (iv) atividades de apoio e assistência técnica, formação e promoção de estágios e cursos profissionais; e (v) troca de informação nas áreas em questão. Ademais, no que se refere aos produtos de saúde, foi definido os métodos de comprovação de qualidade de produtos cosméticos e de higiene corporal, bem como de fiscalização da rotulagem e do folheto informativo.

O protocolo entre as duas agências teve como objetivo contribuir para a prossecução de uma colaboração com vista ao reforço da capacidade técnica de intervenção da ARFA. Na linha de prioridades acima referidas, pretendeu-se, no âmbito do protocolo, associar a capacidade técnica do INFARMED à realização das atividades consignadas em Planos de Ação (PA) estabelecidos anualmente.

De acordo com o estipulado no protocolo, a implementação, coordenação e acompanhamento dos PA – caberiam a uma Comissão de Coordenação integrada por um representante de cada uma das partes e designados pelos respetivos Conselho de Administração. No mesmo protocolo ficou previsto as obrigações e responsabilidades inerentes às duas partes que se referem propriamente aos custos das deslocações e da criação de condições técnicas necessárias à boa execução do acordo. No que se refere à avaliação das atividades executadas, foi prevista ser realizada semestralmente e com base em relatórios de atividade elaborados pelos técnicos envolvidos em cada atividade e em relatórios anuais de progresso elaborados pela Comissão de Coordenação.

Do balanço feito ao PA estabelecido para 2008-2010 e de acordo com os domínios de atividades, o acordo de colaboração com o INFARMED, no que se refere ao apoio e assistência técnica, possibilitou a conceção e funcionamento de um Observatório do mercado; criação de um modelo de regulação económica; elaboração de um quadro conceptual da Vigilância Pós-comercialização; e facilitou análises de comprovação da qualidade.

Quanto à formação e promoção de estágios profissionais esse acordo permitiu a realização de ações nas áreas de observatório do mercado de medicamentos; regulação de aspetos socioeconómicos do medicamento e uso racional do medicamento; farmacovigilância e gestão de

risco; avaliação do medicamento; Formas Farmacêuticas e Vias de Administração de Medicamentos; Regulação e avaliação da Qualidade do Medicamento; dois Seminários de sensibilização sobre Farmacovigilância e Gestão de Risco com um total de 46 participantes.

De todas essas formações um total de 159 profissionais de saúde das regiões de barlavento e sotavento foram capacitadas nas áreas identificadas entre 2009 e 2010.

No que se refere à troca de informação foram asseguradas de forma contínua mediante solicitação e de acordo com as necessidades da ARFA.

Quanto ao alcance da taxa de execução das atividades distribuídas por cada ano, a análise que se faz é positivo no primeiro ano a taxa de execução foi alcançada na totalidade, no segundo ano teve uma taxa de execução em torno de 80% e já no terceiro ano em torno de 70%.

Das atividades estabelecidas no PA, ficaram pendentes de realização (i) Estágio de capacitação para elaboração Prontuário Terapêutico; (ii) Consolidação da elaboração do plano de análises.

Embora os PA tenham sido implementados, a comissão de coordenação prevista no protocolo nunca chegou a ser implementado bem assim não houve um acompanhamento, nem monitorização e avaliação do protocolo de forma formal.

3.3.3 Apreciação global do âmbito e alcance das Parcerias

Conforme referido no primeiro capítulo, subjacente à CTI está a ideia de trabalho coordenado entre Estados, objetivando o alcance de resultados comuns das partes envolvidas (Soares, 1994). Nesse sentido, de acordo com os princípios da harmonização, do alinhamento e da coordenação de projetos de cooperação, podem retirar-se as seguintes apreciações dos protocolos de parcerias estabelecidas entre a ARFA e as congéneres:

- (i) de forma global realça-se que os projetos de cooperação técnica estabelecida com ambos os países – Brasil e Portugal, foram assinados, executados e finalizados tendo sido atingidos os

- objetivos e os resultados preconizados, sendo que as atividades executadas estavam enquadradas dentro das necessidades da ARFA e das prioridades do país;
- (ii) após definição das áreas de cooperação no setor farmacêutico é elaborada projetos segmentados de acordo com essas áreas. Nos próprios projetos são definidas as formas de execução e de acompanhamento dos projetos, levando em consideração os indicadores de execução financeira, temporal e percentual de cada um;
 - (iii) foram de extrema relevância para a instituição ARFA e para o país em geral, tendo mostrado adequado para ambas as entidades executoras, permitindo para o fortalecimento institucional da ARFA o que contribui indiretamente para o desenvolvimento do país em matéria de qualidade e proteção de saúde pública;
 - (iv) a execução do projeto com a ANVISA foi coordenada pelos Ministérios das Relações Exteriores de ambos os países e seguiu os princípios da harmonização, alinhamento e coordenação e executados pelas duas instituições congêneres signatários;
 - (v) sendo que o protocolo entre a ARFA e o INFARMED enquadrava dentro das relações de colaboração interagências a coordenação não era da competência dos Ministérios das Relações Exteriores dos dois países implicados, mas sim das duas agências em particular;
 - (vi) sendo o projeto com o Brasil insere-se no âmbito das relações bilaterais, a coordenação da execução das atividades segue por um parâmetro rigoroso estabelecida previamente nos PA, sendo que são monitorados com a execução de 50% das atividades e no final são devidamente avaliados com envolvimento de todas as partes;
 - (vii) o projeto com INFARMED, embora não tenha seguido todo esse processo de monitorização e avaliação teve os seus resultados alcançados de forma positiva.

Conforme já referenciado, mesmo que os resultados não tenham sido alcançados na totalidade, pode inferir-se que o projeto de cooperação conseguiu cumprir seu objetivo específico, já que durante toda a sua execução foram realizados capacitações e intercâmbios de informações e de experiências nas áreas das quais trata o projeto.

Considerando que o fim da execução do projeto é ainda recente e que o Governo de Cabo Verde passa por reformas em suas estruturas estatais, não se pode concluir que o projeto tenha atingido seu objetivo de consolidar a ARFA como agente regulador dos setores farmacêutico e alimentar. Entretanto pode constatar-se claramente que a ARFA teve as suas capacidades regulatórias

desenvolvidas, uma vez que o projeto permitiu que fossem criados mecanismos e instrumentos de regulação e vigilância sanitária, decretos de leis e fortalecimento do quadro técnico.

De forma relacionada, de acordo com o corpo técnico da ARFA *“a apreciação a fazer é extremamente positiva com uma nota especial ao protocolo com a ANVISA, pelo peso particular não apenas pelo âmbito mais alargado como igualmente pelo alcance atingido, permitindo identificar, coordenar e coadunar exigências e necessidades da ARFA pela flexibilidade entre desdobrar e ampliar determinados tipos de atividades identificadas relevantes”* (A1-Q17).

Relativamente ao INFARMED pode igualmente tecer-se uma apreciação positiva pois em termos práticos sentiu-se uma importância muito grande principalmente pelo contributo na fase inicial de intervenção da ARFA nomeadamente no apoio para estabelecer linhas estratégicas da sua intervenção como forma de consolidar como autoridade de regulação do setor farmacêutico.

Por outro lado, pode referenciar-se que devido ao panorama da crise internacional o *“âmbito e alcance desses protocolos foram condicionados por aquilo que é a disponibilidade tendo em atenção que embora tenham sido identificadas todas as necessidades da ARFA durante os processos de negociação há que se ajustar essas necessidades com as disponibilidades, possibilidades, prioridades e preocupações das congêneres”* (A1, Q17). Isso quer dizer que embora o âmbito e alcance dos protocolos tenham sido positivos não deram respostas a tudo aquilo que seja a necessidade da ARFA mas foram relevantes *“para a afirmação da entidade reguladora”* (A1, Q17).

De realçar ainda que, de acordo com a ANVISA, *“os impactos secundários podem estar relacionados com a aproximação e maior confiança entre ambas as instituições congêneres, bem como a possibilidade de maior conhecimento do mercado farmacêutico dos países, por ambas as instituições e serviços públicos de saúde”* (C2-Q11). De acordo com o INFARMED *“as próprias metodologias de planificação, realização das ações, avaliação de resultados e subsequente aplicação prática das ações realizadas revela-se na forma como a ARFA se posiciona e atua enquanto agência”* (C1-Q11).

Notar que sendo objetivo deste estudo a análise dos contributos da cooperação internacional em saúde para o desenvolvimento de Cabo Verde, a análise da evolução dos indicadores de desenvolvimento de Cabo Verde, em resultado da aplicação dessas parcerias seria de todo desejável. Contudo, tendo em consideração que os protocolos de parceria do setor farmacêutico no âmbito da ARFA são relativamente recentes, cerca de três/quatro anos, qualquer aferição relativamente “*aos indicadores de saúde poderá ser feito a longo prazo além do que ainda não se pode referenciar que a regulação do setor esteja efetiva e consolidada*” (A2, Q4). “*Nesse sentido, é de todo escusável correlacionar o crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde ao processo de implementação da regulação do setor farmacêutico e nem propriamente aos protocolos de parceria internacional estabelecidos na instituição ARFA*” (A2, Q4).

No âmbito da apreciação concreta dos protocolos de parceria internacional estabelecido, essa sim possível e aqui estabelecida, é relevante realçar que, embora os protocolos de parceria internacional no âmbito do setor farmacêutico possam colher frutos a longo prazo, torna-se desde já necessário enfrentar novos desafios e dar respostas claras relativamente a um novo paradigma em termos de figurino para a regulação, com maior controlo e monitorização, de forma a assegurar a própria sustentabilidade do sistema. Todo esse processo poderá passar por um sistema de articulação no sentido de melhor coordenação, já que muitas das atribuições e competências da ARFA continuam a ser exercidas por diversas entidades identificadas.

É assim indiscutível que os resultados da ação da agência, no que se refere ao exercício de competências partilhadas, venham a ser reflexo das parcerias estabelecidas. No sentido de se dar corpo a essa intenção de clarificação, foi já iniciado um processo designado de Diálogo Institucional com o objetivo de definir as vias e meios de se estabelecer um quadro coerente de parceria com as diversas instituições nacionais (Reis, 2010).

Entretanto é importante referenciar que, um dos objetivos alcançados com o projeto com a ANVISA permitiu a elaboração e consequente aprovação do Decreto-Lei 22/2009, que define o modelo de fixação de preços de medicamentos. Com esse enquadramento legal, a ARFA aprovou e homologou uma lista de preços que permitiu uma redução em cerca de 70% do preço dos medicamentos com preços regulados. Assim, de forma direta pode-se aferir um maior acesso aos

medicamentos a preços mais baixos e de forma indireta impacto nos indicadores de saúde. “*Pode-se igualmente referir que pelo facto de Cabo Verde passar a integrar o programa internacional de monitorização de efeitos adversos de medicamentos, sendo a ARFA o ponto focal, a longo prazo poderá trazer benefícios para os indicadores de saúde embora ainda muito a medida da intervenção da ARFA*” (A1-Q17.1).

3.4 Propostas de Ação para os Protocolos de Parceria da ARFA

Muito embora os resultados das parcerias sejam positivos, há ainda áreas que estão a descoberto e para cuja dinamização apoios institucionais serão bem-vindos, desde logo pelo facto de se relacionarem com novas competências. Acresce que com a revisão e aprovação dos novos estatutos poderá vir a ser necessário aprofundar os protocolos existentes, alargando-os a novas áreas e estendendo-os a outras, novas zonas geográficas.

As propostas de ação apresentadas em seguida resultaram prioritariamente da globalidade do estudo anterior e da observação das respostas às entrevistas, de atores especializados e amplamente conhecedores do tema.

3.4.1 Aprofundamento de protocolos existentes

Os protocolos de parceria internacional existentes na área farmacêutica podem ser aprofundados “*de acordo com os ganhos que forem sendo verificados, com as novas necessidades que forem manifestando-se e igualmente de acordo com as disponibilidades das entidades congéneres*” (A1; A2-Q18). “*Existirão sempre necessidades emergentes, dada à própria configuração que o mercado for adquirindo como resultado de todo o processo de regulação*” (A2, Q18).

Todas as atividades realizadas visaram responder a “*conteúdos específicos relacionados com o nível de desenvolvimento da instituição, dos seus profissionais e dos projetos em curso*” (C1-Q5). “*Qualquer dessas áreas pode ser aprofundada e elevada para níveis de exigência superiores e adicionadas áreas que correspondam aos objetivos e prioridades definidos pela ARFA*” (C1-Q5).

Assim, nos protocolos existentes entre os períodos de 2007 a 2010, entre a ARFA e as suas congéneres poderiam ser aprofundados nas áreas a seguir: “(i) *suporte laboratorial alargado, isto é, garantia de comprovação de qualidade mais robusta; (ii) legislação, ou seja assistência técnica para reforço do enquadramento legal; (iii) reforço do sistema de inspeção e distribuição; (iv) sistema de AIM e avaliação*” (A1-Q18); (v) sustentabilidade do sistema regulatório; (vi) qualificação dos recursos humanos; medicamentos genéricos.

No que se refere ao suporte laboratorial a ARFA teria a necessidade de, em termos estratégicos, “*aprofundar um programa de garantia/comprovação de qualidade, abrangido pelo protocolo estabelecido com o INFARMED que, muito embora tem sido de grande utilidade, limita-se a manter a comprovação de qualidade de acordo com as suas disponibilidades, o que implica dizer que o programa de comprovação de qualidade apenas abrange substâncias e medicamentos constantes no próprio plano de amostragem do INFARMED*” (A1-Q18).

Acredita-se que tendo uma assistência técnica forte que reforçasse e garantisse três pilares fundamentais para a regulação entre os quais, enquadramento legal, sistema de inspeção e de distribuição e suporte laboratorial, isso permitiria procurar novos mercados sem receio de estar a pôr em causa a qualidade e da possibilidade de contrafação. Assim, tendo esses três pilares garantidos a medida das suas necessidades Cabo Verde, “*poderia procurar mercados emergentes como o Brasil, China onde até o momento o grande entrave é a consciência por parte dos operadores de que existe mercados que oferecem garantia de qualidade e mercados de riscos que podem oferecer medicamentos contrafeitos – sublinha-se que muito embora não foi feito nenhuma aferição por parte da ARFA no que se refere a esse facto, relatórios internacionais evidenciam essa preocupação*” (A1-Q18).

Nesse sentido, seria uma mais-valia se fosse reforçado um sistema de AIM e avaliação funcional, aferindo que medicamentos deveriam ser “*introduzidos no mercado nacional de acordo com a fonte do sistema de inspeção o que poderia implicar um impacto enorme na diminuição do preço do medicamento. Todavia seria pertinente igualmente que fosse analisado um aspeto importante que é a questão da acessibilidade desses mercados pois implicaria a melhoria do sistema de transporte que continua ineficiente e com preços ainda elevados*” (A1-Q18).

3.4.2 Novos protocolos

Conforme já referido, a regulação do setor farmacêutico cabo-verdiano iniciou-se, “*por opção estratégica conjugada com os recursos disponíveis, pela regulação dos preços dos medicamentos. Existirá a clara necessidade de estender a regulação económica a outros produtos farmacêuticos, o que permite vislumbrar novas áreas de cooperação*” (A2-Q18).

Outro fator que poderá permitir o aprofundamento de protocolos existentes na área farmacêutica tem a ver com o processo de aprovação dos seus Estatutos, que vem-se arrastando desde 2007, e, assim, permitir uma melhor definição de atribuições e competências. Tendo os Estatutos aprovados de forma clara e de acordo como foi definida a proposta, a ARFA passará a ter competências e atribuições nas áreas de AIM, farmacovigilância, sistema de inspeção, produtos de saúde e cosméticos.

Passando a ARFA ter novas competências na área de farmacovigilância outras áreas em que se poderia implementar novos protocolos seriam as de “*farmacovigilância com extensão à hemovigilância*” (A2-Q18) e monitorização de reações adversas a medicamentos (ARFA, 2010).

De forma relacionada, propõe-se que a ARFA igualmente poderia implementar projetos relacionados com a “*vigilância dos dispositivos médicos; produtos de saúde e cosméticos; medicamentos homeopáticos e produtos naturais à base de plantas*” (A2-Q18), que no fundo correspondem a atribuições e competências conferidas pelos seus Estatutos.

3.4.3 Propostas para novas parcerias

“*Historicamente, as parcerias tanto na área de saúde como em outras áreas têm sido firmadas com o continente europeu e, nesse contexto, com pendor mais forte com Portugal. Para perceber o porquê basta revisitar a própria história colonial do país, onde os laços fraternais e económicos com o colonizador ganharam assinalável robustez. Outro fator terá sido a língua comum que, no entanto, só é utilizada por cerca de meia dúzia de países a nível mundial*” (A2-Q14). De realçar

que Portugal é um dos principais contribuintes da APD, primeiro parceiro no IDE e ocupa posição de destaque nos acordos bilaterais (IPAD, 2007). *“Atualmente novas cooperações têm sido exploradas no setor farmacêutico, com o Brasil a ocupar uma posição de relevo. Especificamente neste sector, a ARFA desenvolveu parcerias nas áreas de regulação de preços de medicamentos e de farmacovigilância”* (A2, Q14).

Haverá sempre a necessidade de conhecer experiências na regulação do mercado farmacêutico de outros países culturalmente diversos daqueles que ao longo dos anos têm sido presença permanente nos protocolos de cooperação técnica. Assim, *“acredita-se que seria uma mais-valia a cooperação com países asiáticos que têm demonstrado avanços estrondosos a nível tecnológico, com países africanos”*, nomeadamente Moçambique e Gana, *“cujos sistemas estão assentes em modelos de regulação do mercado semelhantes ao de Cabo Verde, não deixando, no entanto, de ter continuidade/aprofundamento da cooperação com os atuais parceiros”* (A2-Q18).

CONCLUSÃO

Este trabalho teve o propósito de explicitar a contribuição da cooperação internacional em saúde para o desenvolvimento de Cabo Verde, através de uma melhor compreensão das diversas interconexões entre saúde e desenvolvimento (ao nível da regulação, qualidade, preço e acesso aos bens e serviços em saúde) e da observação concreta dos protocolos internacionais estabelecidos pela ARFA no âmbito do setor farmacêutico.

Subjacente a toda a análise estiveram três pressupostos, que aqui se recordam: (i) Existe uma relação intrínseca entre saúde e desenvolvimento; (ii) A qualidade e facilidade no acesso aos bens e serviços de saúde produzem efeitos nos indicadores de saúde, e por essa via no potencial de crescimento e desenvolvimento; (iii) Projetos desenvolvidos no âmbito de protocolos de parceria internacionais produzem impactos na saúde e por essa via no potencial de crescimento e desenvolvimento.

Dada a impossibilidade de uma abordagem exaustiva e abrangente de todas as variáveis implicadas neste domínio, procurou-se reduzir o âmbito das indagações a alguns aspetos que se julgou, ainda assim, pertinentes para a representação adequada da realidade. Nesse sentido formularam-se as seguintes questões orientadoras da pesquisa: (a) Quais as principais interconexões entre saúde e desenvolvimento? (b) Qual a relevância da dimensão da saúde na concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio em Cabo Verde? (c) De que forma a atividade reguladora da ARFA contribui para a garantia da qualidade e acesso de produtos farmacêuticos? (d) Qual a relevância da incorporação da saúde na cooperação internacional, para os processos de crescimento e desenvolvimento? (e) De que forma a cooperação internacional pode melhor contribuir para o fortalecimento institucional da ARFA?

Relativamente à primeira questão, a revisão da literatura sustentou uma diversidade de posições relativamente às diversas interconexões entre a saúde e o desenvolvimento. Em particular, de acordo com a posição apresentada pela OMS, e partilhada neste texto, a saúde pode ser considerada um fator favorável ao desenvolvimento económico tendo em conta que uma

população saudável pode gerar e captar riquezas, e que investimentos em saúde podem acelerar o crescimento económico. A percepção é de que a discussão em torno do tema aborda a saúde numa função de produção económica, explícita ou implicitamente, incorporando-a como um fator explicativo, de maior ou menor intensidade, da evolução do rendimento *per capita* e, portanto, do crescimento/desenvolvimento económico.

Pelos dados apresentados e da análise das entrevistas pode analisar-se que, no caso particular de Cabo Verde, a relação entre a saúde e o desenvolvimento está implícita na própria fundamentação da transição de Cabo Verde para o grupo dos Países de Desenvolvimento Médio, sendo um dos indicadores que melhor suportaram a transição estão relacionados com o desenvolvimento humano, em particular com os indicadores de saúde.

Nesse sentido e em vista dos argumentos apresentados no Capítulo II, na tentativa de responder a segunda questão, acredita-se que, ainda que as médias nacionais indiquem progressos nos indicadores socioeconómicos que influenciam de forma positiva, a realização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, particularmente os relacionados com a saúde, as fragilidades ao nível de produção e da balança económica ainda se mantêm, mantendo-se igualmente as disparidades em termos de distribuição geográfica. Assim, apesar de os dados indicarem que há crescimento do PIB *per capita*, o combate à pobreza continua a constituir um dos maiores desafios do país, principalmente nas zonas rurais comparativamente as urbanas.

Assim, acredita-se que ainda que as médias nacionais indiquem progressos no cumprimento dos objetivos, aumentos verificados no PIB *per capita* podem não se traduzir em desenvolvimento humano no ritmo desejável para que os Objetivos de Desenvolvimento Milénio se tornem mais prováveis, posto que o crescimento económico não tem sido distribuído uniformemente. Todavia, de notar que, ainda que as disparidades existam, os ganhos na saúde da população cabo-verdiana, sobejamente conhecidos e reconhecidos, influenciam de forma positiva na concretização dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio em Cabo Verde.

Procurando responder a terceira questão, de acordo com a análise estabelecida no Capítulo III, correlacionar a atividade reguladora da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares com a garantia de qualidade e acesso de produtos farmacêuticos implica perceber novos desafios, tendo em conta a sua ligação com o desenvolvimento. Assim, para se obter uma resposta clara em termos de melhoria na saúde com efeitos no desenvolvimento, é necessário estabelecer um novo paradigma para a regulação com maior controlo e monitorização.

Entende-se que a regulação na saúde tem a função de estabelecer ou conseguir o razoável equilíbrio entre as diversas variáveis que compõem o fornecimento de bens e serviços em saúde. Com efeito a regulação é percebida como necessária para controlar a qualidade dos serviços, preço e acesso podendo contribuir para a defesa da saúde pública.

De acordo com a análise realizada, conclui-se que o modelo de regulação para o setor farmacêutico, concetualizado em Cabo Verde, não se adequa (i) ao atual estágio de crescimento e desenvolvimento do país decorrente da atual realidade socioeconómico e dos desafios à mesma inerente; (ii) às políticas conceptualizadas para Cabo Verde, nomeadamente a política nacional farmacêutica e a política nacional de saúde.

Nesse contexto de fragilidade da vertente regulação face aos produtos farmacêuticos propõe-se que se proceda a revisão Estatutária da Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares com a urgência que o caso requer de modo a assumir o *core* essencial de competências de regulação, tais sejam AIM, licenciamento, sistema de comprovação de qualidade que inclui a inspeção, farmacovigilância e controlo de qualidade, informação e utilização racional do medicamento.

Nesse sentido, ao correlacionar a atividade reguladora no setor farmacêutico em termos de qualidade, de acordo com a análise feita, entende-se que, embora a qualidade, segurança e eficácia dos produtos farmacêuticos, nomeadamente os medicamentos, estejam salvaguardados na Política Farmacêutica Nacional, a falta de recursos humanos melhor qualificados, a falta de um laboratório de controlo de qualidade, que opere de forma eficiente e nos moldes propostos, adicionados a falta

de recursos financeiros, podem dificultar a atividade inspetiva, nomeadamente o controlo de qualidade.

Dessa forma, torna-se essencial analisar a própria sustentabilidade do sistema, que poderá ser posta em causa tanto por fatores relacionados com a qualidade e segurança de produtos farmacêuticos como da falha na monitorização dos próprios serviços e sistema de saúde. O que significa dizer que a qualidade além de poder assegurar a continuidade e o desenvolvimento do sistema igualmente poderá produzir efeitos nos indicadores de saúde e por essa via no potencial de crescimento e desenvolvimento. Posto isto, de forma a relacionar as diversas interconexões entre saúde e desenvolvimento ao nível da qualidade torna-se necessário enfrentar alguns desafios, nomeadamente alteração do modelo de regulação existente, investir em laboratórios de controlo de qualidade e na qualificação dos recursos humanos.

No que se refere aos preços dos medicamentos, de acordo com a análise documental, encontramos indícios de que a fixação do regime de preços máximos de medicamentos, permitiu uma redução em cerca de 70% do preço desses bens/produtos. Ainda assim os preços continuam elevados pelo que o próprio regime de fixação de preços poderá incentivar o uso de medicamentos genéricos, podendo diminuir ainda mais os preços. Associado ao regime de fixação de preços, a comparticipação por parte do sistema de saúde e da segurança social permite uma redução considerável dos preços. Nesse sentido acredita-se que a redução do preço dos medicamentos poderá ter aumentado o acesso a esses bens, já que o preço é fundamental para o acesso, o que poderá ter contribuído para a evolução positiva dos indicadores de saúde e no potencial do crescimento e desenvolvimento.

No que se refere ao acesso, recorde-se que a política nacional de saúde salvaguarda a universalidade do acesso das populações aos bens e serviços de saúde, principalmente a população mais vulnerável. Ainda que os dados confirmem uma maior disponibilidade de acesso aos serviços e bens em saúde, há-de notar-se que os dados igualmente indicam que as disparidades persistem em termos de acesso aos estabelecimentos de saúde, que estão mais próximos da população urbana comparativamente a rural; acesso limitado aos medicamentos para as camadas mais vulneráveis da população, devidas as ruturas constantes de *stock* nas farmácias públicas; acesso a

distribuição de esgotos, disponibilidade da água e distribuição dos rendimentos (determinantes sociais da saúde) continuam dispersos tanto no interior como entre as ilhas, sendo a população urbana a mais beneficiada.

Entende-se que os avanços verificados nos indicadores de saúde se devem principalmente, aos investimentos na saúde particularmente orientados para a expansão da infraestruturação e aquisição de equipamentos e formação dos recursos humanos. Entretanto, acredita-se que a disparidade na distribuição geográfica dos serviços e bens em saúde podem constituir entraves ao acesso universal a toda a camada da população.

Na tentativa de responder a quarta questão, a análise estabelecida no Capítulo I, leva a concluir que o tema saúde tem sido cada vez mais enquadrada na agenda política dos Estados, tanto por ser um desafio global como por ser comum aos governos nacionais. Nesse sentido a saúde tem sido colocada como prioridade na agenda da Cooperação Internacional e dos programas de ajuda para o desenvolvimento pelo que tem sido feitos esforços de incluir e beneficiar a todos como forma de reduzir os níveis de exclusão dos processos de desenvolvimento.

No caso particular de Cabo Verde, a cooperação internacional em saúde, nomeadamente a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (que contribui para maiores investimentos em saúde) conjugada com os projetos de cooperação técnica internacional na saúde (com principal objetivo implementar projetos estruturantes com vista a melhoria das condições de saúde), poderão estar na base da melhoria dos indicadores relacionados com a saúde, na realização dos objetivos do milénio e porquanto para o crescimento e desenvolvimento do país. De notar, todavia, que atingir todos os objetivos do milénio e assegurar que não haja reincidentes, passa pela reversão da tendência atual de queda da Ajuda Pública ao Desenvolvimento em relação ao PIB em Cabo Verde.

No que se refere a quinta questão, a análise estabelecida no Capítulo III leva a concluir que a cooperação internacional, em particular os protocolos de parceria internacional implementados na instituição ARFA conjuntamente com as congéneres, permitiram de forma determinante para o fortalecimento institucional da agência tendo sido melhoradas as capacidades de intervenção e dos recursos humanos, permitindo igualmente a criação/ reforço de enquadramento legal e

implementação de sistemas de regulação, nomeadamente o Sistema de Integrado de Monitorização do Mercado Farmacêutico e o próprio mecanismo de fixação máximo de preços de medicamentos (maior acessibilidade aos medicamentos) e controlo de qualidade dos medicamentos.

Da análise estabelecida resulta um conjunto de propostas de ação ao nível do conteúdo extensão das parcerias internacionais estabelecidas pela ARFA, designadamente: suporte laboratorial; legislação; sistema de inspeção e distribuição; sistema de Autorização e Introdução do Mercado e avaliação; sustentabilidade do sistema regulatório; medicamentos genéricos; farmacovigilância com extensão a hemovigilância; monitorização de reações adversas; vigilância dos dispositivos médicos; produtos de saúde e cosméticos; medicamentos homeopáticos e produtos naturais à base de plantas. De forma relacionada, propõe-se cooperação técnica com novas zonas geográficas nomeadamente, países asiáticos e países africanos além da continuidade/aprofundamento da cooperação com os atuais parceiros.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Acemoglu, D. e Simon, H. (2006). Disease and Development: The Effect of Life Expectancy on Economic Growth. NBER Working Paper W12269, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA. [Em linha]. Disponível em <<http://www.nber.org/papers/w12269>>. [Consultado em abril de 2012].
- Afonso, M. e Fernandes, A. (2005). *Introdução à Cooperação para o Desenvolvimento*. Lisboa, Revista FORUM DC.
- Agência Brasileira de Cooperação – ABC (2011). *Relatório de Avaliação Final do Subprojeto BRA/04/044-S109 Consolidação da ARFA como agente regulador dos setores farmacêutico e alimentos visando ao fortalecimento de sua capacidade institucional*. Praia.
- Agência Brasileira de Cooperação – ABC (2005). *Formulação de Projetos de Cooperação Técnica Internacional*. Ministério das Relações Exteriores, Brasília.
- Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares – ARFA (2011). *Estudo Diagnóstico sobre a Contrafação e Venda Ilícita de Medicamentos*. Praia, ARFA.
- Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares - ARFA (2010). *ARFA-MED – Boletim Informativo do Setor Farmacêutico*, 2 (Trimestral), pp. 4-10.
- Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares - ARFA (2010). *ARFA-MED – Boletim Informativo do Setor Farmacêutico*, 3 (Trimestral), pp. 6-13.
- Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares – ARFA (2006). *Um parceiro no desenvolvimento da qualidade em Cabo Verde – Apresentação da Agência*, Praia.
- Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial - BIRD/BM, (2009). *Saúde e Crescimento – Comissão de Crescimento e Desenvolvimento*. Edição Especial, Washington.
- Barten, F. e Gulden J. (2002). From sustained crisis toward sustainable development and improved health? In: Barten & Gulden (org) *Health and Sustainable Development*. SSN, Nijmegen, Nederland.
- Bleakley, H. (2006). Disease and Development: Evidence form Hookworm Eradication in the American South. *Quarterly Journal of Economics*, 122 (1): 73-117.
- Bloom, D. e Canning, D. (2003). Health as Human Capital and Its Impact on Economic Performance. *Geneva Papers on Risk and Insurance* 28 (2), pp. 304-15.
- Buss, P. (2007). *Globalization, poverty and health*. J. Pub. Health Pol. Rio de Janeiro.

Buss, P. e Ferreira, J. (2010). Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *Revista Eletrónica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde* 4 (1). [Em linha]. Disponível em <http://www.google.pt/#hl=pt-PT&tbo=d&scient=psy-ab&q=ensaio+cr%C3%ADtico+sobre+a+coopera%C3%A7%C3%A3o+internacional+em+sa%C3%BAde&oq=Ensaio+cr%C3%ADtico+sobre+a+&gs_l=hp.1.1.0i3012.1569.22674.0.26685.31.21.4.6.2.1188.11276.2-2j4j2j4j4j2.18.0...0.0...1c.1.0sioHwJ9Aj0&pbx=1&bav=on.2.or.r_gc.r_pw.r_qf.&bvm=bv.1355534169,d.d2k&fp=a34e4d75b92d9d88&bpcl=40096503&biw=1366&bih=653>. [Consultado em Maio de 2012].

Campos, R., Almeida, C. & Fonseca, L. (2009). A Assistência Oficial para o Desenvolvimento na saúde do Brasil de 1997 a 2007. *Comité de Ciências e Saúde*, 20 (2), pp. 101-114.

Cardoso, M. (2010). *Segurança Alimentar, ajuda pública ao desenvolvimento e pobreza*. 7º Congresso Ibérico de Estudos Africanos, Lisboa.

Comunidade dos Países da Língua Portuguesa – CPLP (2009). *Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012*, PECS/CPLP, Maio 2009.

Cot, P. e Pelltet, A. (1991). *Charte des Nations Unies – Commentaire article par article sous la direction de Jean-Pierre Cot et Alain Pellet*. Económica, 2 ed. Paris.

Cruz, R. (2000). Marcos teóricos para a reflexão sobre as desigualdades regionais – uma breve revisão da literatura. *Revista de Desenvolvimento Económico*, 3 (1), pp. (10-13).

Deaton, A. (2006). Global Patterns of Income and Health: Facts, Interpretations e Policies. NBER Working Paper W12745, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA. [Em linha]. Disponível em <<http://www.nber.org/papers/w12745>>. [Consultado em abril de 2012].

Decreto-Lei nº 22/2009. BO I Série. Nº 27 «B. O.» da República de Cabo Verde — 6 de julho de 2009.

Delgado, A. (2009). *Políticas de Saúde em Cabo Verde na Década de 1980-1990 Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde*, Edições UNI-CV, Coleção Sociedade Vol. 2, Praia.

Estevão, J. (1999). *A Transição Económica, a Ação do Estado e o Contexto Insular: Algumas considerações sobre o caso cabo-verdiano*. Anais Mindelo, vol. nº 1, Mindelo.

Estevão, J. (2007). A Economia cabo-verdiana 30 anos após a Independência: Uma transição difícil. In *Direito e Cidadania (Número Especial). Cabo Verde: três décadas depois*. Mindelo, Gráfica do Mindelo, pp. 30-32.

Furtado, C. (2008). *Governança do Sistema de Saúde em Cabo Verde*. Relatório Organização Mundial da Saúde, Praia.

Gadelha, C. (2006). Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Revista Saúde Pública*, 40 (Especial), pp.11-23.

Garret, L. (2007). *The Challenge of Global Health*. Foreign Policy. [Em linha]. Disponível em <<http://www.foreignaffairs.com/articles/62268/laurie-garrett/the-challenge-of-global-health>>. [Consultado em março de 2012].

Governo de Cabo Verde (2008). *Parceria Especial Cabo Verde – UE: Quadro Orientador para a Implementação*. [Em linha]. Disponível em <http://www.governo.cv/documents/Parceria_especial_UE.pdf>. [Consultado em junho de 2012].

Hirschman, A. (1964). *La Stratégie du Développement Economique*, Ed. Francesa, Editions Ouvrières, Paris.

Iglesias P. (2010). *A Cooperação Técnica Horizontal Brasileira como Instrumento de Cooperação Técnica com países em Desenvolvimento no período 1995-2005*. Ministério das Relações Exteriores, Brasília.

Instituto de Estudos Estratégicos Internacionais – IEEI (2012). A eficácia da ajuda ao desenvolvimento. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ieei.pt/post.php?post=668>>. [Consultado em maio de 2012].

Instituto Português de Ajuda ao Desenvolvimento - IPAD (2007). *Relatório Final de Avaliação dos Programas de Cooperação Portugal-Cabo Verde (2002-2004) e (2005-2007)*. IPAD, Lisboa.

International Consulting - IBF e Instituto Português da Qualidade - IPQ (2002) *Projeto de Instalação da ARFA*. s/ed., Praia.

International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations - IFPMA (2011). *A Indústria Farmacêutica e a Saúde Global: Fatos e Números*, Medicines for Mankind, Suíça.

Jeffrey, S. (2005). *The end of poverty*. TIME Magazine. [Em linha]. Disponível em <<http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,1034738,00.html>>. [Consultado em agosto de 2012].

Kickbush, I. e Berger, C., (2010). Diplomacia da Saúde Global. *Revista Eletrónica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 4 (1). [Em linha]. Disponível em <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/342/494>>. [Consultado em Maio de 2012].

Leite, I. (2012). Cooperação Sul-Sul: Conceito, História e Marcos Interpretativos. *Observatório Político Sul-Americano*. Instituto de Estudos Sociais e Políticos, IESP/UERJ, Rio de Janeiro, 7 (3), pp. 1-40.

Lewis W. (1954). O Desenvolvimento Económico com Oferta Ilimitada de Mão-de-obra, In, Agarwale, A. E Singh, S. (1969). *A Economia do Subdesenvolvimento*. Forense (Tradução para o Brasil de Maria Celina Whately), São Paulo.

Ministério da Saúde – MS (2003). *Política Farmacêutica Nacional*. Direção Geral Farmácia, Praia.

Ministério da Saúde - MS (2003). *Recentrando o Financiamento da Saúde nos Pobres*. Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação, Praia.

Ministério da Saúde - MS (2007). *Política Nacional de Saúde – Reformar para uma melhor saúde*. Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação, Praia.

Ministério da Saúde - MS (2008). *Relatório Estatístico 2007*. Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação, Praia.

Ministério da Saúde - MS (2010). *Relatório Estatístico 2009*. Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação, Praia.

Ministério da Saúde - MS (2011). *Relatório Estatístico 2010*. Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação, Praia.

Ministério do Turismo, Indústria e Energia – MTIE. (2011). *Crescimento Económico em Cabo Verde*. Direção Geral do Comércio e Indústria, Praia.

Naslausky, M. (2002). Los nuevos paradigmas de la Cooperación Internacional. In: Tassara, C. (2010). *Paradigmas, actores y políticas. Breve historia de la cooperación internacional al desarrollo*. Roma, p. 18.

Nurke R. (1952). *Problems of Capital Formation in Underdeveloped Countries*. Basil Blackwell, Oxford; ed. Francesa, Cujas, Paris.

Oliveira, A. (2011). Eficácia e Direitos. In: Associação para a Cooperação Entre os Povos - ACEP. *Portugal e África - Melhor Cooperação, Melhor Desenvolvimento*. ACEP, Lisboa, pp. 11-17.

Organização Mundial da Saúde - OMS (2001). *Relatório da Comissão sobre a Macroeconomia e Saúde*. Biblioteca AFRO, Génova.

Organização Mundial da Saúde - OMS (2010). *Relatório Mundial da Saúde: Financiamento dos sistemas de Saúde – O caminho para a cobertura universal*. OMS Génova.

Organização Mundial da Saúde – OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF (1978). *Saúde para todos no ano 2000 - Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre os cuidados primários de saúde, 6-12 de setembro de 1978, Alma-Ata, Casaquistão, URSS.

Organização Mundial da Saúde Cabo Verde – OMS (2009). *Estratégia de Cooperação OMS com os Países 2008-2013: Cabo Verde*. Biblioteca AFRO, Génova.

Organização Mundial do Comércio - OMC (2007). *Relatório do Grupo de Trabalho sobre a adesão de Cabo Verde à Organização Mundial do Comércio*. Disponível em <http://www.governo.cv/documents/Adesao_OMC.pdf>. [Consultado em junho de 2012].

Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2008). *A Saúde e as Relações Internacionais: Seu Vínculo com a Gestão do Desenvolvimento Nacional da Saúde*. Washington, D.C.

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - OCDE (2006). *Declaração de Paris sobre a Eficácia da Ajuda ao Desenvolvimento*. Tradução para a língua portuguesa IPAD, Lisboa.

Organization for Economic Cooperation and Development - OECD (2006). *Aid to health-disbursement-pivot tables*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.oecd.org>>. [Consultado em março de 2012].

Organization for Economic Cooperation and Development – OECD (2006). *In: Journal on Development. Development Cooperation Report 2005. 7 (1)*. Disponível em <<http://www.ieei.pt/post.php?post=668>>. [Consultado em maio de 2012].

Organization for Economic Cooperation and Development – OECD (2007). *Development Cooperation Report. In: OECD Journal on Development, 9, (1)*. Disponível em <http://www.aecid.es/galerias/publicaciones/descargas/Informe_CAD_2007.pdf>. [Consultado em maio de 2012].

Picão, E. (2011). *OCDE: 50 anos de compromisso com o Desenvolvimento (Voluntariado)*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.acp-eucourier.info/pt-pt/content/ongs-alertam-para-os-cortes-na-ajuda-ao-desenvolvimento-0>>. [Consultado em maio de 2012].

Reis, C. (2010). *Regulação do Setor Farmacêutico em Cabo Verde – Desafio da Criação de uma Agência de Regulação*. Mestrado em Regulação e Avaliação de Medicamentos e Produtos de Saúde; Universidade de Lisboa; Faculdade de Farmácia, Lisboa.

Reis, V. (2000). *Principais estratégias de desenvolvimento em confronto na República da Cabo Verde após a independência*. Dissertação Mestrado, ISCTE, Lisboa.

Relatório Nacional sobre o Desenvolvimento Humano Cabo Verde – RDH-CV (2004). *As novas tecnologias de informação e comunicação e a transformação de Cabo Verde*. PNUD em Cabo Verde, Praia.

Relatório Nacional sobre o Desenvolvimento Humano Cabo Verde – RDH-CV (2007). *Relatório dos progressos Realizados para Atingir os ODM – Foco Municipal (2007-2008)*. PNUD em Cabo Verde, Praia.

Relatório Nacional sobre o Desenvolvimento Humano Cabo Verde – RDH-CV (2009). *Relatório de progresso de Execução dos ODM Cabo Verde – ODM 2009*. PNUD em Cabo Verde, Praia.

República de Cabo Verde - RCV (2001). *As Grandes Opções do Plano – uma agenda estratégica*. Conselho de Ministros, Praia.

Rostow W. (1960). *Etapas do Desenvolvimento Económico*. ed em português, Zahar, 6ª ed. 1978; Ed. Original, Cambridge University Press, Lisboa.

Rostow W. (1964). *The Takeoff into Self-Sustained Growth*. In: ETHIONI, A. e ETZIONI, E. *Social Change*. Basic Books, New York, pp. 285-300.

Sangreman, C. (2009). *A teoria da Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e o estado da arte da cooperação portuguesa*. Lisboa.

Santos, T. (1996). *A Teoria da Dependência: um Balanço Histórico e Teórico*, Ed. São Paulo, São Paulo.

Sen, A. (2001). *Desenvolvimento como Liberdade*. Companhia das Letras, São Paulo.

Shihata, F. (1991). The World Bank in a Changing World. *In: Dordrecht Martinus Nijhoff Publishers, Selected essays*. p. 26.

Soares, G. (1994). A Cooperação Técnica Internacional. *In: Cooperação Internacional: Estratégia e Gestão*. Editora USP, São Paulo.

Sousa, G. (2010). *O estado atual do desenvolvimento em Cabo Verde na perspetivas da sustentabilidade e equidade*. Observatório de Segurança Humana, ISCSP-UTL, Lisboa.

United Nations Economic and Social Council Economic Commission for Africa – ECA e African Union Commission – AUC (2011). *Investir na Saúde é investir no Desenvolvimento Económico: Mais saúde para o dinheiro e mais dinheiro para a saúde*. p. 1. [Em linha]. Disponível em <<http://repository.uneca.org/bitstream/handle/123456789/16657/bib.%2029284.pdf?sequence=1>>. [Consultado em abril de 2012].

World Health Organization - OMS (2002). *Health and sustainable development: addressing the issues and challenges*. Geneva.

ANEXOS

Anexo I: Objetivos do Desenvolvimento do Milénio em Cabo Verde.....	102
Anexo II: Guião de Entrevistas.....	105
Anexo III: Transcrição das Entrevistas.....	109

ODM I – Reduzir a Pobreza Extrema e a Fome

Meta 1 – Reduzir para metade a proporção da população que vive na pobreza extrema entre 1990 e 2015

Meta 2 – Reduzir para metade, entre 1990 e 2015, a população com fome

Indicadores:

- Percentagem de crianças menores de 5 anos com mal nutrição
- Percentagem da população com insuficiência calórica

ODM II – Assegurar a Educação Primária Universal

Meta – Proporcionar a todas as crianças os meios de finalizar o ciclo de estudos primários

Indicadores:

- Taxa líquida de escolarização no ensino primário
- Proporção de crianças em idade escolar começando o primeiro ano de estudo no ensino primário e terminado o sexto
- Taxa de alfabetização dos 15 a 24 anos

ODM III – Promover a Igualdade entre os Sexos e a Emancipação das Mulheres

Meta – Eliminar disparidades entre sexos no ensino e a todos os níveis até 2015

Indicadores:

- Rácio raparigas/rapazes no ensino primário, secundário e superior
- Taxa de alfabetização de mulheres de 15 a 24 anos em relação a homens
- Proporção de assentos ocupada por mulheres no parlamento nacional

ODM IV – Reduzir a Mortalidade Infantil – menores de 5 anos

Meta – Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, o índice de mortalidade de crianças menores de 5 anos

Indicadores:

- Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos
- Taxa de mortalidade infantil
- Proporção de crianças menores de 5 anos vacinadas contra o sarampo

ODM V – Melhorar a Saúde Materna

Meta – reduzir em três quartos, entre 1990 e 2015, o índice de mortalidade materna

Indicadores:

- Taxa de mortalidade materna (17,3/0000 em 2015)
- Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado

ODM VI – Combater o VIH/SIDA, a Malária e Outras Doenças

Meta 1 – Parar, até 2015, a propagação do VIH/SIDA e começar a inverter a tendência presente

Indicadores:

- Taxa de prevalência do VIH entre as mulheres grávidas
- Taxa de uso de preservativos
- Número de crianças órfãos apoiados

Meta 2 – Até 2015 ter controlado a malária e outras doenças, e ter começado a inverter a tendência presente

Indicadores:

- Taxa de prevalência da malária e índice de mortalidade
- Taxa de prevalência da tuberculose e índice de mortalidade
- Proporção de casos de tuberculose

ODM VII – Assegurar um Ambiente Sustentável: Biodiversidade, Abastecimento em Água e Habitação para os Pobres

Meta - Integrar os princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e inverter a tendência atual de diminuição dos recursos naturais

Até 2015, reduzir para metade a percentagem de pessoas sem acesso duradouro a água potável

Até 2020, ter alcançado uma melhoria significativa das condições de vida de 93.000 desfavorecidos do país

Indicadores:

- Percentagem da população com acesso sustentável a um sistema de abastecimento de água
- Percentagem de terras cobertas por florestas
- Áreas protegidas para manter a diversidade biológica
- Emissão de gases com efeito de estufa

ODM VIII – Desenvolver uma Parceria para o Desenvolvimento

Meta 1 – Tratar globalmente dos problemas da dívida dos países em desenvolvimento através de melhorias de ordem nacional e internacionais adequadas de modo a tornar viável o seu endividamento a longo prazo

Meta 2 – Formular e implementar estratégias nacionais permitindo aos jovens encontrar uma ocupação decente e produtiva

Indicador:

- Taxa de desemprego dos jovens com idade compreendida entre 15 a 24 anos por sexo e por ilha

Meta 3 – Negociar o acesso aos medicamentos e a preços acessíveis e tornar as novas tecnologias de informação e comunicação disponíveis a toda a população

Indicador:

- Número de linhas telefónicas fixas, de telemóveis, de microcomputadores e internet por 100 habitantes

A) Questões para Ministério da Saúde (MS) – Direção Nacional de Saúde (DNS) e Comissão Nacional do Desenvolvimento Sanitário (CNDS)

1. Em análise: A política de saúde em Cabo Verde entre 1990-2010

- Q1.** Que princípios orientaram a configuração da política de saúde de Cabo Verde a partir de 1990?
- Q2.** Os cuidados primários de saúde constituíam um dos pilares da política de saúde nessa época. Existia uma prática efetiva de cuidados primários? Em que se traduzia?
- Q3.** O princípio da gratuidade dos cuidados primários de saúde gerou algum impacto sobre a procura dos serviços? [Em caso de resposta afirmativa, acrescentar a questão: Quais?]
- Q4.** Concorde com a afirmação de que os resultados alcançados pelo sistema de saúde cabo-verdiano têm sido exitosos? [Em caso de resposta afirmativa, acrescentar a questão: Porquê?]
- Q5.** Como tem evoluído a alocação de recursos financeiros ao setor saúde em Cabo Verde? [Em caso de abertura do entrevistado acrescentar: Considera que a alocação de recursos tem vindo a garantir uma sustentação adequada às políticas de saúde em Cabo Verde?]
- Q6.** Preferiria um modelo de financiamento em saúde em Cabo Verde diferente do que é praticado? [Em caso de resposta afirmativa acrescentar: Qual e Porquê? Em caso de resposta negativa acrescentar: Porquê?]
- Q7.** As dez recomendações da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (CMS) (*descrevê-las sumariamente de forma verbal*) estão a ser postas em prática em Cabo Verde? [Em caso de resposta afirmativa acrescentar: Quais são as prioridades?]
- Q8.** Que relações reconhece existirem entre saúde e desenvolvimento? [Se a resposta não referir interconexões ao nível da regulação, qualidade, preço e acesso aos bens e serviços em saúde, inquirir diretamente o entrevistado sobre as mesmas, de forma individualizada]
- Q9.** Considera existir equidade no acesso aos serviços de saúde? [Qualquer que seja a resposta, especificar, acrescentando: Quem retira maior benefício dos serviços públicos de saúde (os mais pobres)?]
- Q10.** As barreiras mais evidentes e fundamentais para o acesso aos cuidados de saúde prendem-se em questões de pobreza. Comentar a afirmação. [Questão aberta]

B) Questões para ARFA

1. Em análise: A Regulação dos produtos farmacêuticos

- Q1.** Como percebe as diversas interconexões entre saúde e desenvolvimento, ao nível da regulação, qualidade, preço e acesso aos bens e serviços em saúde?
- Q2.** Uma das atribuições da ARFA é contribuir para a proteção da saúde pública da população, colaborando para o melhor acesso, qualidade e preço de produtos farmacêuticos e medicamentos. De que forma este objetivo é conseguido?
- Q3.** Como o processo de liberalização do mercado farmacêutico poderá fomentar a regulação desse setor?
- Q4.** Que ganhos podem ser identificados em termos de crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde no que se refere a regulação dos produtos farmacêuticos?
- Q5.** A falta de melhor educação em saúde pode dificultar o acesso aos medicamentos e aos próprios sistemas de saúde. Que políticas têm sido desenvolvidas, tanto pela ARFA como pelo MS, no sentido de minimizar essa problemática?
- Q6.** Os PED, especialmente os menos avançados, muitas vezes apresentam custos muito elevados de medicamentos, agravados por sistemas de aquisição que inflacionam os preços dos medicamentos. Como situa Cabo Verde ao nível desta realidade?
- Q7.** A indústria farmacêutica constitui um dos alicerces de um sistema de saúde eficaz e com bom funcionamento, sendo que os produtos farmacêuticos, assim como os medicamentos e as vacinas, são fundamentais para controlar, diminuir ou erradicar doenças e porquanto requerem financiamento adequado. Como avalia a evolução da despesa farmacêutica em Cabo Verde?
- Q8.** A OMS recomenda uma nova estrutura mundial para o acesso aos medicamentos que inclua planos de fixação de preços diferentes em mercados mais pobres como norma de funcionamento, atribuição mais alargada de licenças a produtores de medicamentos genéricos e acordos sobre compras por atacado, o que significa dizer que os medicamentos podem ser adquiridos por um preço comercial mais baixo. Como avalia a realidade de Cabo Verde ao nível desta recomendação?
- Q9.** Como pode ser avaliado a regulação dos preços dos medicamentos em CV e como pode isso influenciar no melhor acesso da população à esses bens?
- Q10.** Como avalia as políticas que têm sido traçadas relativamente a introdução de genéricos em Cabo Verde?
- Q11.** Que diretivas têm sido estabelecidas para fixação de preços e de licença de produção de tecnologias essenciais para assegurar um fornecimento sem interrupção de medicamentos essenciais?

2. Em análise: Os Protocolos de Parceria Internacional

- Q12.** Considera a cooperação internacional como um fator promotor da saúde e do desenvolvimento?
- Q13.** As alianças público-privadas têm-se afirmado como uma nova forma de cooperação na saúde em Cabo Verde? Com que resultados?
- Q14.** Qual a relevância da Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI) enquanto fonte de financiamento para vacinas?
- Q15.** Que projetos/protocolos de cooperação internacional têm sido aprovados nesses últimos 20 anos no setor saúde? – Com que zonas geográficas e porquê essas zonas? – E particularmente no setor farmacêutico? – Que cooperações técnicas internacionais têm sido estabelecidas na área da saúde?
- Q16.** Que tipo de acompanhamento é realizado da implementação de diferentes projetos no setor farmacêutico no âmbito de parcerias internacionais?
- Q17.** Que apreciação global faz relativamente ao âmbito e alcance dos protocolos de parceria no setor farmacêutico entre a ARFA e as congéneres?
- Q18.** Que relação encontra entre os protocolos de parceria internacional estabelecidos no âmbito de setor farmacêutico e a evolução dos indicadores de saúde de Cabo Verde?
- Q19.** De que forma poderiam os protocolos existentes na área farmacêutica serem aprofundados? Que novos conteúdos e que novas zonas geográficas de cooperação?

C) Questões para as Congéneres – INFARMED e ANVISA

1. Em análise: Os Protocolos de Parceria Internacional estabelecidos entre a ARFA e suas Congéneres

- Q1.** Considera a cooperação internacional como um fator promotor da saúde e do desenvolvimento?
- Q2.** Qual a relevância da Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI) enquanto fonte de financiamento para vacinas?
- Q3.** Que projetos/protocolos de cooperação internacional têm sido aprovados nesses últimos 20 anos entre a sua instituição e suas congéneres particularmente nos países em desenvolvimento? – Com que zonas geográficas e porquê essas zonas? – E

ANEXO II - GUIÃO DE ENTREVISTA

particularmente no setor farmacêutico? – Que cooperações técnicas internacionais têm sido estabelecidas na área da saúde?

- Q4.** Que tipo de acompanhamento é realizado da implementação de diferentes projetos no setor farmacêutico no âmbito de parcerias internacionais?
- Q5.** De que forma poderiam os protocolos existentes na área farmacêutica ser aprofundados entre a sua instituição e a ARFA? Que novos conteúdos de cooperação?
- Q6.** Que ganhos podem ser identificados em termos de crescimento e desenvolvimento de um país quando existe um sistema de regulação de produtos farmacêuticos que funcione de forma eficiente?
- Q7.** Uma das formas de prossecução das atribuições da ARFA é o estabelecimento de relações de cooperação com entidades públicas e privadas, nacionais ou estrangeiras. Como avalia a implementação de projetos no setor farmacêutico no âmbito de cooperação técnica entre a sua instituição e a ARFA?
- Q8.** Como avalia os resultados dos diferentes projetos realizados entre as duas congéneres?
- Q9.** Quais as dimensões de atuação privilegiadas nos protocolos de cooperação existente entre a sua instituição e a ARFA?
- Q10.** Que propostas de ação consideram que poderiam ser aprofundadas nos protocolos existentes (no âmbito da área farmacêutica)?
- Q11.** Que apreciação global tem no que se refere ao âmbito e alcance dos protocolos de parceria internacional entre a sua instituição e a ARFA?

1. Ministério da Saúde (MS) – MS1 e MS2

MS1 - Entrevista concedida pelo Diretor Nacional de Saúde (DNS), entrevista concedida a 05 de outubro de 2012

Em análise: A política de saúde em Cabo Verde entre 1990-2010

Q1. Que princípios orientaram a configuração da política de saúde de Cabo Verde a partir de 1990?

Depois de 90, há vários documentos feitos que definem as questões de política, entre as quais participei na sua elaboração, mas um documento mais recente é a PNS 2007. Mas em 99 foi elaborado um documento chamado “Saúde urbana para a cidade da Praia”, tivemos oportunidade de definir em alguns aspetos, a carta sanitária de CV, documento exaustivo, para fazer esse documento tivemos que fazer todo um trabalho prévio. Repararam na altura que várias coisas não estavam escritas nem definidas em relação as instituições de saúde, em relação as estruturas de saúde, foram definidos alguns conceitos pelo que há elementos definidores da política de saúde. Houve a necessidade de fazer isso previamente para poder definir qual era a rede de estruturas que se adequava ao país. Tivemos que definir, do ponto de vista funcional, um posto sanitário, para depois dizer em que região esse posto deve ser colocado de acordo com determinada população e dependendo de critérios se definia que estrutura era colocada para determinada região (posto sanitário, centro de saúde, delegacia de saúde, hospital regional, hospital central...). Foi feita uma ronda para todo o país, analisando todas as infraestruturas que existiam e a partir daí observamos, comparando e foi definido padrões nacionais para essa questão. Ou seja, tivemos que definir varias coisas que entrava no âmbito da saúde pública, dentro da atenção primária, da atenção secundária, terciária, quais eram as instituições que mais se dedicavam a uma atenção e a outra, embora foi claro que todos se dedicavam a tudo, embora um posto sanitário se dedicava bastante menos ao que um hospital faria, deparou-se que embora poderia colmatar várias lacunas, não tinha capacidade que um hospital tinha, mas mesmo assim dedicava a vários serviços pois um hospital já dedicava a toda a gama da atenção primária até onde não havia mais estruturas. Por exemplo, foi desse documento que saíram as grandes ideias que ainda hoje estão a ser materializadas. A ideia das regiões sanitárias surgiu como uma questão de dizer onde se colocava hospitais e para construir hospitais há que ter a massa crítica para isso (não se pode colocar um hospital onde se tem 500 ou 5000 habitantes) porque esta população não produz um número de casos suficientes para poder fazer funcionar um hospital e por mais pequeno que seja tem que ter as condições mínimas e Recursos Humanos para se poder funcionar. Depois há a questão de rentabilidade, satisfação, resposta que é posta em causa. Portanto idealizamos a região como sendo agrupamentos que não é conhecido como a região política, não coincide com os municípios, porque há municípios tão pequenos que não têm população suficiente e outras questões para justificar isso, por isso identificamos regiões que pudessem ser supramunicipais, ou seja, são junção de vários municípios. E das regiões identificadas com dimensões melhores em Cabo Verde são as de Santiago Norte porque por exemplo mesmo fazendo uma região sanitária em Santo Antão ainda o total da população não justificaria um hospital regional, Brava e Fogo estão no limite inferior disso. Há uma

possibilidade de fazer uma reorganização do sistema pois ao criar essa região há que ter um conjunto de postos e centros de saúde, podemos ligar os postos sanitários a um centro de saúde, pois fazem parte do centro de saúde, são as extensões e digamos assim um conjunto de centros de saúde que cobre uma boa região, então são servidos por um hospital que é o hospital regional – a noção de região surge nessa altura com a descrição da carta sanitária que tivemos de fazer todo o trabalho e tivemos que percorrer todo o país, não está muito do meu gosto mas fico satisfeito. Portanto há este trabalho que foi feito em termos de reorganização do sistema. Depois em 2007, surge a Política Nacional de Saúde que tem uma estrutura baseada em termos políticos e define uma política que é feita para o horizonte 2007 a 2020. Tenta dar orientações para fundamentar o desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde e está fundamentalmente assente em por exemplo num setor público que se deve desenvolver mas também num setor privado que é complementar e que deve partilhar a prestação de cuidados segundo regras e a toda uma regulação e regulamentação – está é uma das funções essenciais do Estado, o Estado por sua vez tem igualmente um setor público de prestação de cuidados e também tem regras e deve obedecer a regras e uma das bases desta política em termos de parceiros de prestação de cuidados que define as orientações políticas de todo o sistema e vai buscar à constituição um conjunto de princípios e valores, tudo isso está definido mas não ... tentando projetar um pouco e tentar prestar cuidados no país até há um conjunto de 8 estratégias para orientar o desenvolvimento de cada um dos grandes pilares do Sistema Nacional de Saúde. Desde a organização, como o sistema é organizado para prestar cuidados no país está refletido na política, a prestação dos cuidados mas também a estratégia específica para determinadas áreas da questão dos RH, recursos financeiros, infraestruturas, parceria no âmbito da saúde e define toda a estratégia que deve reger os cuidados de prestação de cuidados de saúde no país. Enquadra por exemplo o cuidado de prestação da evacuação a prestação de cuidados terciários no exterior e o Estado tem que garantir para que haja uma reforça de situações que não temos resposta. Há pistas para o desenvolvimento de setores complementares integrados no atual sistema. Um outro pilar que também fundamenta é a questão dos medicamentos, há pistas de como se deve orientar essa prestação e falando no processo de regulamentação que será necessário fazer mas tentando dizer a parte que é pública (estatal) e a que pode ser desenvolvida por outros setores que pareceu-nos ser uma medida clara e necessária para dizer claramente o que é fundamental nesse processo.

Q2. Os cuidados primários de saúde constituíam um dos pilares da política de saúde nessa época. Existia uma prática efetiva de cuidados primários? Em que se traduzia?

De facto a prestação de cuidados tem sido permanente. O que se pode questionar é se tem sido efetivas ou se tem sido feito aquelas que em determinado momento pudessem ser feitas e que não o fizeram. Os cuidados de saúde também evoluem, os cuidados primários são os primeiros que se deve dar à população e portanto vai depender fundamentalmente das necessidades e em 75 as grandes necessidades eram os problemas de água potável, as nossas crianças morriam de diarreia e eram vacinadas em massa porque as más condições de higiene e outros problemas provocavam muitas mortes e nessa ocasião havia um esforço de tratar a água. Se há anos em que se preocupava em tratar a água com o cloro, hoje chegamos a um ponto em que já existem outros setores específicos que cuidam da água, hoje faz-se a vigilância sanitária, ou seja permita-nos medir se a água está em condições ou não, daí que os cuidados primários mudaram e por isso houve momentos em que as coisas não estavam, ou ainda não estão tão claras e isso aconteceu porque na realidade é um vazio que temos. Embora é verdade que os problemas da

água ainda não acabaram mas as situações que provocavam esses problemas diminuíram-se significativamente e se não diminuíram em quantidade melhoraram significativamente em qualidade, já é raro ver uma criança desidratada chegar a um serviço de saúde porque as mães já sabem o que fazer, vão fazendo e vão levando a criança. Portanto ter uma criança que morreu por diarreia hoje é coisa rara felizmente. Hoje estamos a um patamar em que deveremos pensar o que podemos fazer ao nível dos cuidados primários. Mas também temos que pensar nas necessidades das pessoas, hoje fala-se que há um número crescente de doenças crónicas que estão afetando mais as pessoas e aquelas situações que hoje são doença devem ser cuidados primários que antecedem ou deveriam ser objeto antes do aparecimento da doença (uma pessoa chegou com diabetes agora deve seguir os cuidados daqui para frente mas essa pessoa tem uma família que ainda beneficiam enormemente de uma prevenção. Portanto a partir dessa pessoa pode-se fazer um trabalho a montante pois deve essa pessoa deve beneficiar de cuidados para não se criar condições para piorar a sua situação. Mas se tiver um ambiente familiar que faz a prevenção, essa doença poderá não se repetir, os cuidados primários devem ser feitas com muita acutilância.

Q3. O princípio da gratuidade dos cuidados primários de saúde gerou algum impacto sobre a procura dos serviços? [Em caso de resposta afirmativa, acrescentar a questão: Quais?]

Nós não teríamos os resultados que temos hoje se não houver essa perspectiva de fazer que esses cuidados essenciais que as pessoas precisavam e que pudessem ter acesso com ausência ou quase ausência de pagamentos. Só que isto, como toda a moeda tem dois lados: **após algum tempo gerou algum problema com algumas facetas – uma era o pouco valor que as pessoas atribuíam aos cuidados de saúde, apesar de haver um valor a pagar, este valor era baixo e o valor atribuído aos cuidados era relativamente baixo. Portanto houve uma certa desvalorização da atenção feita; segundo, como não tinham nada a pagar quando não tinham nada para fazer iam lá, isso de forma exagerada, ou seja, começou a haver um excesso de consumo dos cuidados.** Normalmente os serviços mais procurados eram os serviços curativos, como se costuma dizer deitavam não dormiam e diziam agora deixa-me ir lá, aproveito a consulta e depois volto a dormir. E por outro lado, a medida que íamos resolvendo os problemas mais básicos, menos casos por unidade, embora as dispensas são alargadas, a prestação dos cuidados começaram a ficar mais caros, o orçamento do Estado começou a ficar muito insuficiente para cobrir todas as despesas com a saúde e daí começou a aparecer a necessidade de travar um pouco, **mudar as coisas e dizer as pessoas é preciso que participem e mostrar que isto dói em algum lado,** portanto é preciso começar a sentir a dor e isso tem vindo gradualmente a mudar, talvez aqui não gosto muito da mudança que houve da forma que mudou. Portanto sou de acordo que deve haver mais regulação no sentido de se poder conter os excessos, não acredito que as pessoas venham contestar, podem até contestar **mas sabem que têm que contribuir ou por vezes há excesso na utilização dos cuidados.**

Q4. Concorda com a afirmação de que os resultados alcançados pelo sistema de saúde cabo-verdiano têm sido exitosos? [Em caso de resposta afirmativa, acrescentar a questão: Porquê?]

Sou suspeito para essa resposta, mas são evidentes. Se me perguntasse se eu estava satisfeito com isto podia dizer não! Não estou satisfeito, quero mais! Embora dentro da região africana estamos bem acima, não gostaria de comparar com as zonas que estão por baixo, mas a medida

que vamos subindo os resultados são visíveis. Acho que não é preciso mais do que isto para dizer. Agora nós **ainda não atingimos a ideal** e nem o atingiremos tão cedo se é que alguma vez o atingiremos, vamos é fazer um esforço.

Q5. Como tem evoluído a alocação de recursos financeiros ao setor saúde em Cabo Verde? [Em caso de abertura do entrevistado acrescentar: Considera que a alocação de recursos tem vindo a garantir uma sustentação adequada às políticas de saúde em Cabo Verde?]

Diria que **tem evoluído bem no sentido que tem dado para responder as necessidades básicas. É insuficiente para o volume das necessidades** mas também há aqui um fator de ponderação, temos que utilizar os recursos ainda melhor para rentabilizá-los, os recursos estão a ficar cada vez mais caros e o setor vai precisar de mais alguns recursos financeiros se quer dar alguns ressaltos de qualidade que precisa dar. E daí vai ser necessário fundamentar os recursos financeiros para aquisição de meios materiais, equipamentos etc, e vai ser necessário um esforço porque isso não se consegue apenas com dinheiro mas nos reforços dos RH. Aqui também houve melhoria, não sei quantas vezes foram multiplicados mas, quase 30/40 vezes mas aí é um problema complicado, os RH são recursos que não se compram, tem-se que se formar, a formação leva tempo, há a questão de experiência... para depois ter traquejo para poder responder. Não tenho dúvidas que nós vamos precisar de rever a política de financiamento do setor, o Estado vai precisar rever isto e terá com certeza que injetar mais recursos financeiros na saúde, **através da cooperação internacional e das ajudas que tem contribuído para avanços significativos nos indicadores de saúde**, mas não é que nós não temos tido um bolo mas ambicionamos fazer mais.

Q6. Preferiria um modelo de financiamento em saúde em Cabo Verde diferente do que é praticado? [Em caso de resposta afirmativa acrescentar: Qual e Porquê? Em caso de resposta negativa acrescentar: Porquê?]

Não há um modelo claramente definido, há uma certa mistura. O financiamento é fundamentalmente do Estado, seja para o que o Estado mobiliza diretamente, seja dos que vem direto da cooperação e temos que considerar que uma parte é suportada pelos beneficiários/utentes do sistema que deve rondar mais ou menos 20% diretos das despesas com a saúde. Depois há o que é pago através do instituto nacional de previdência social – INPS que é **um sistema de solidariedade que vai recebendo dos vários contribuintes e quando necessitar paga e beneficia uma boa franja da população e outra parte é financiada pelo Estado**. Embora o modelo existente necessita de adaptações, deve-se ponderar embora não preferiria outro modelo mas sim adapta-lo ter regras mais profundas e mais claras, quem deve pagar, o que paga, quando paga e regras mais claras o que é que eu faço, como faço e como esse dinheiro possa alimentar o sistema de uma forma, não diria mais clara nem transparente mas mais direcionada, melhor direcionada, porque as vezes pode acontecer que ao receber o montante não o aplico diretamente naquilo que é o ponto mais fraco do sistema e daí vou aplicá-lo num outro local e o sistema continua fraco porque não tem os recursos. Não quero dizer que, como já vivi um bom tempo nesse sistema vou continuar nele, mas pode aparecer um outro modelo que mais se adapta e não defendo que a gente deva transferir para o utente do serviço estes custos mais do que já se fez, mas se calhar se a gente pudesse ajustar até para pôr mais algum sentido de justiça, os que podem contribuir um pouco mais contribuem de forma proporcionalmente e os que podem menos igualmente.

Q7. As dez recomendações da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (CMS) (*descrevê-las sumariamente de forma verbal*) estão a ser postas em prática em Cabo Verde? [Em caso de resposta afirmativa acrescentar: Quais são as prioridades?]

Da mesma forma global como fez a questão responderia igualmente de forma global. Se Cabo Verde segue essas recomendações, é claro que em uns mais do que outros, no acesso aos serviços de saúde sim, aumentar o orçamento nacional destinado a saúde é mais de 1% do PIB até 2007 passando para 2 até 2010 não sei qual a base estamos com a volta de 4% do PIB para a despesa da saúde portanto não está bem mas também não está mau. A Comissão sobre a Macroeconomia não existe, mas também não acho que seria o essencial, o país funciona e não é mas há todo um esforço de trabalhar sobre o plano nacional sobre o desenvolvimento sanitário, há todo um trabalho de fazer o plano do orçamento, formalmente não existe mas as atividade e as funções existem. Continuamos com uma cooperação com organizações internacionais, em relação a OMC, Cabo Verde é membro da OMC, temos um financiamento mundial para a luta contra a SIDA e paludismo, já não estamos no ponto de distinguir, temos a industria farmacêutica nacional, há vários mecanismos que temos que vamos fazendo com o apoio externo tudo o que está aqui está em curso em Cabo Verde pode não ser exatamente como diz aqui mas está em curso.

Q8. Que relações reconhece existirem entre saúde e desenvolvimento? [Se a resposta não referir interconexões ao nível da regulação, qualidade, preço e acesso aos bens e serviços em saúde, inquirir diretamente o entrevistado sobre as mesmas, de forma individualizada]

A questão saúde e desenvolvimento, para mim é uma questão clara, desenvolvimento é um progresso que tem que ser feito de forma harmoniosa, não só a vertente económica, financeira mas também social e para mim a saúde é uma componente como qualquer outro deste desenvolvimento, a saúde encontra por um lado o bem-estar da população e por outro lado o máximo posto de pé que permite ou conta quando a saúde falha ou permite com que ela falha menos. Para mim a saúde tem as duas vertentes: 1 – o estado em que a população se encontra (definição da OMS – o bem-estar, mas também tem a outra vertente que é quem toma conta deste estado? Seja para o impulsionar – seja para o bem-estar de muitos, seja para o corrigir lá onde as coisas não vão bem. Nessa medida é um pilar do desenvolvimento, não é mais não é menos que os outros – esta é uma ideia mais genérica, mais concreta. Agora quando você tenta puxar esse elementos aí esteja a prevê-lo mais para esta máquina, que cuida da outra componente saúde (serviços de saúde, assistentes saúde...). Por exemplo quando se fala da regulação, a regulação é do quê? É a relação que se estabelece entre os dois grupos de atores de um sistema que é o produtor e o consumidor. Em relação ao setor privado a regulação é relativamente fácil de entender porque para o meu entender surgiu neste ponto – regulação numa relação privada em que o mercado é que gera, comanda as relações e há a necessidade de dizer isto pode ir até aqui ou tem que fazer contorno ou tem que passar para cima dos outros, enfim! No setor público também há toda a necessidade de regulação não nos damos conta muitas vezes, embora não há regras do mercado vai de acordo com o que se impõe um pouco mais ou um pouco menos e não há alternativa de impor um pouco isto, mas há também alguma regulação. Vejo a regulação de forma positiva pois mesmo na selva há lei da selva. A questão da qualidade e de preço e acesso estão muito ligados ao mercado, instrumento que resulta da oferta e da procura porque determina

esta relação muito bem, portanto também faz parte da regulação. A qualidade também está neste pé alguns podem comprar alguma coisa de má qualidade, alguns podem comprar porque estão com pressa ou tem pouco dinheiro mas da próxima vez a gente já não compra porque o produto já não tem qualidade. A qualidade também tem de existir no setor privado não no sentido de se compra ou não compra mas como se não gosto da próxima vez não volto. E normalmente tudo isso mostra a questão dos bens e serviços num mercado onde a relação é com o mercado ou a regulação do mercado, melhor dizendo, este terá uma força diferente. De qualquer maneira você ligou isto mais ao desenvolvimento. Lá onde há a necessidade de estabelecer esta regulação ela tem que existir e existindo e sendo efetivo contribui grandemente para o desenvolvimento. Não tenho dúvidas nenhuma que a própria regulação consome a regulação, existem regras, tem que ter objetivos bem claros e definidos para permitir que possamos dizer isto sim, isto não porque não há regras e não obedece a todos os critérios.

Q9. Considera existir equidade no acesso aos serviços de saúde? [Qualquer que seja a resposta, especificar, acrescentando: Quem retira maior benefício dos serviços públicos de saúde (os mais pobres)?

Se me perguntasse isto mais afinado, por exemplo em relação às evacuações para o exterior não sei qual a percepção que tem disso e muitas vezes as pessoas dizem até, são as pessoas que podem mais é que são evacuados! A estatística diz que a grande maioria dos evacuados são gente que vai através da promoção social, gente que não tem meios próprios nem ninguém que pague por eles, a não ser o Estado e vão pela promoção social. A estatística mostra que são neste momento, 500 e tal doentes evacuados e pelo menos uns 2/3 vão pela promoção social. Portanto a partir daí, há, não sei se há uma equidade ou não, é difícil de dizer mas que a iniquidade não é tão exagerada como as vezes possam querer fazer parecer, ou passa parecer embora no sistema não temos dados que nos permite fazer esta análise ou não fizemos essas análises mas quem se dirige aos serviços de saúde que é atendido que é tratado os indicadores permitem ver que a cada dia a sociedade cabo-verdiana apresenta melhores indicadores de saúde, pelo que não se pode não se pode pensar a saúde como má, embora sem ter valores exatos não me parece que seja tão desigual e tanta iniquidade como possa parecer. Nós vamos dizendo com certeza que se deva melhorar certas coisas e que precisamos melhorar esses cuidados e também o acesso. Quer dizer que há determinados aspetos de qualidade que é preciso introduzir para melhorar, nomeadamente a qualidade dos serviços e também o acesso dos serviços as populações.

Q10. As barreiras mais evidentes e fundamentais para o acesso aos cuidados de saúde prendem-se em questões de pobreza. Comentar a afirmação. [Questão aberta]

A situação sanitária de um país se evolui a medida que as condições de vida e sociais melhoram. Se há indicadores de saúde positivos alguma parte se deve ao desempenho do serviço e a maior parte tem a ver em como as políticas públicas se repercutem na sociedade, mas eu imagino que o nível de pobreza individual não tem influência no nível de saúde das populações. Porque seja qual for o grau da pobreza, as crianças cabo-verdianas estão vacinadas contra uma série de doenças e exceto o espírito pobre das pessoas que não lhes permite levar as crianças para a vacinação, chegam lá e vacinam. Estou a falar do grau de pobreza individual, mas há a pobreza coletiva, por exemplo nas cantinas escolares toda a criança tem acesso a uma refeição quente diariamente, isto parecendo pouco é muito – há suplementos alimentares, ferro

nas escolas e isso de forma indiscriminada. Mas é evidente que uma pessoa que tem menos pode não ir ou não vai a um consultório privado, mas será que é isto que se traduz ou dá impressão de que existem barreiras ao acesso? Aqui em Cabo Verde, felizmente chegamos a um nível de pobreza, níveis que se traduzem no BM, andamos por aí a discutir se são doze. Mas o que é o nível de pobreza em termos globais não é em termos daquilo que a pessoa recebe. Mas dessas pequenas grandes coisas que a sociedade foi tendo, foi produzindo e muitas vezes nos perguntem porquê o vosso sucesso? É difícil de dizer e atribuí-lo a um fator x ou y, porque colocam essa questão como se fosse o que vocês na saúde fizeram para isso? Nos fizemos o nosso trabalho só que houve outros que fizeram também o seu trabalho. E acho que a partir daí a medida que fomos reduzindo essa pobreza, primeiro de uma forma relativa, elevando o nível de vida muita gente permitindo assim que saíssem dessa situação, mas ainda há gente que tem uma situação precária. Mas a melhoria do nível de vida já deu e vai continuar a dar. Portanto a pobreza interfere mas a redução da incidência da pobreza também interfere.



MS2 - Entrevista concedida pelo Presidente da Comissão Nacional do Desenvolvimento Sanitário (CNDS), entrevista concedida a 24 de setembro de 2012.

Em análise: A política de saúde em Cabo Verde entre 1990-2010

Q1. Que princípios orientaram a configuração da política de saúde de Cabo Verde a partir de 1990?

Cabo Verde desde independência adotou um sistema de saúde, um modelo chamado serviço nacional de saúde, modelo baseado na solidariedade e que as pessoas que trabalham descontam para terem acesso aos cuidados de saúde, mas também para as pessoas que não trabalham tenham também acesso com aquilo que podem contribuir. Modelo baseado na solidariedade e os princípios fundamentais de acesso, acesso com justiça e com equidade aos cuidados e uma contribuição financeira baseada na capacidade de cada um quem pode paga na mediada das suas possibilidades e quem não pode não paga, com acesso na mesma aos cuidados de saúde. Acesso universal aos cuidados de saúde sem distinção de nenhuma ordem, sem discriminação. Princípios fundamentais como a equidade, acesso universal, solidariedade e não discriminação no aceso.

Q2. Os cuidados primários de saúde constituíam um dos pilares da política de saúde nessa época. Existia uma prática efetiva de cuidados primários? Em que se traduzia?

Sim, Cabo Verde foi um dos países que adotou a estratégia da declaração de alma ata, em que foi relançada a política dos cuidados primários de saúde como um dos pilares fundamentais dos sistemas de saúde. Cabo Verde abraçou desde logo esta política e tem resistido ao longo do tempo da tentação da hospitalização do sistema. Mas de fato, não só Cabo Verde, como outros países tem havido uma certa decadência desse princípio de alma ata que tentamos resistir e neste momento tentamos relançar de novo esses princípios para ver se de facto não cairmos no risco de hospitalizar o sistema.

Q3. O princípio da gratuidade dos cuidados primários de saúde gerou algum impacto sobre a procura dos serviços? [Em caso de resposta afirmativa, acrescentar a questão: Quais?]

Não há abusos, em termos globais, de utilização dos cuidados de saúde pelo facto de ser gratuito. No sentido de passar a haver o abuso de utilização, não. O impacto foi positivo no sentido de que houve uma melhoria de acesso às populações dos cuidados.

Q4. Concorda com a afirmação de que os resultados alcançados pelo sistema de saúde cabo-verdiano têm sido exitosos? [Em caso de resposta afirmativa, acrescentar a questão: Porquê?]

Concordo plenamente. **Temos indicadores de saúde como um dos melhores do continente africano, estamos em lugares cimeiros em praticamente todos os indicadores de saúde a nível do continente africano.**

Q5. Como tem evoluído a alocação de recursos financeiros ao setor saúde em Cabo Verde? [Em caso de abertura do entrevistado acrescentar: Considera que a alocação de recursos tem vindo a garantir uma sustentação adequada às políticas de saúde em Cabo Verde?]

É certo que a percentagem do orçamento do estado tem variado entre 8 a 10%, nos últimos 10/15 anos e que há sempre a necessidade de se aumentar a percentagem, aliás há uma recomendação a nível regional, a nível do continente africano dos países aumentarem essa percentagem para 15%. Nós estamos à volta dos 8 a 10% nos últimos 10 anos. Neste momento já estamos a sentir o problema de sustentabilidade – é um problema atual desde há poucos anos atrás e que já estamos a senti-lo e que de facto os cuidados de saúde, há uma regra básica, os cuidados são cada vez mais caros. Necessidades cada vez mais para recursos cada vez mais escassos, estamos nesse dilema, cada vez mais criamos mais necessidades na saúde nomeadamente com a vinda de novos especialistas que desvendam novas áreas de necessidade na saúde, não só necessidades em termos clínicos de acesso a especialista como também de exames complementares e de diagnóstico (que são cada vez mais caros); o que leva com que o problema de sustentabilidade seja cada vez mais atual e neste momento já está a pôr esta questão que é muito boa.

Q6. Preferiria um modelo de financiamento em saúde em Cabo Verde diferente do que é praticado? [Em caso de resposta afirmativa acrescentar: Qual e Porquê? Em caso de resposta negativa acrescentar: Porquê?]

Acho que neste momento o que temos em Cabo Verde é que o Estado é o principal prestador de cuidados de saúde. Além disso a contribuição da população está em cerca de 25 a 30% dos custos com a saúde, acho que é muito comparado com outros países da região, é uma contribuição muito forte. Dificilmente estaria de acordo a nível de se aumentar essa contribuição da população, pois essa percentagem de 25 a 30% é já é um valor elevado, tendo em conta a realidade do país e a situação da crise internacional, nomeadamente.

Q7. As dez recomendações da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde (CMS) (*descrevê-las sumariamente de forma verbal*) estão a ser postas em prática em Cabo Verde? [Em caso de resposta afirmativa acrescentar: Quais são as prioridades?]

Acho que sim, há uma consciência maior de que o desenvolvimento de um país depende do estado da saúde da sua população. A saúde, de facto, está na base do desenvolvimento de um país e há uma consciência política global que é um facto e que a saúde está diretamente ligada a luta contra a pobreza. Abraçamos o programa de luta contra a pobreza que incorpora a valência de saúde como uma prioridade fundamental. Essas recomendações estão, na maior parte delas, levadas em conta no país de forma que desde a questão do financiamento, do acesso aos medicamentos e do desenvolvimento do setor privado e da concorrência transparente dos cuidados e acesso aos produtos e medicamentos para a saúde entende-se que de uma forma global as dez recomendações estão sendo abordadas e tidas como a política global do país.

Q8. Que relações reconhece existirem entre saúde e desenvolvimento? [Se a resposta não referir interconexões ao nível da regulação, qualidade, preço e acesso aos bens e serviços em saúde, inquirir diretamente o entrevistado sobre as mesmas, de forma individualizada]

É fundamental que na área da saúde haja uma democracia económica para o acesso aos bens em saúde e não só a nível de prestação de cuidados como também acesso aos medicamentos e consumíveis é fundamental que haja transparência e democracia no acesso a esses bens. A nível da regulação tem a ver com a democracia económica do acesso a todos os cuidados, o preço é fundamental para que o acesso seja mais equitativo que haja a participação do estado para aumentar o acesso aos medicamentos. A regulação também é fundamental no acesso a qualidade e ela deve ser independente e não estar ligada a nenhuma entidade que possa pôr em causa o conflito de interesses. Penso que deve ter uma relação independente e autónoma como fundamental para garantir o acesso e a qualidade e, neste sentido, penso que a ARFA está a desenvolver isto e poderá consolidar essa abordagem na medida em que cresça e que tenha todas as condições logísticas para poder fazer a regulação.

Q9. Considera existir equidade no acesso aos serviços de saúde? [Qualquer que seja a resposta, especificar, acrescentando: Quem retira maior benefício dos serviços públicos de saúde (os mais pobres)?]

Sim. Penso que de facto existe em Cabo Verde, equidade no acesso e a maior parte das pessoas com acesso aos cuidados públicos são pessoas com menos posses e devido ao sistema solidário, transparente que não discrimina ninguém tenta garantir o cuidado no acesso de acordo com a capacidade financeira de cada um sempre no sentido de quem pode mais paga mais e quem não pode pagar, não paga mas tem acesso. Portanto esses princípios estão a ser respeitados no país.

Q10. As barreiras mais evidentes e fundamentais para o acesso aos cuidados de saúde prendem-se em questões de pobreza. Comentar a afirmação. [Questão aberta]

Acho que sim, a pobreza leva as pessoas a entrarem num círculo vicioso, e dificulta muitas vezes não só o acesso aos cuidados de saúde como também a educação. Penso que em Cabo Verde existe um programa de luta contra a pobreza que de alguma forma tenta abordar essa

questão e de facto pode ajudar para que as pessoas possam sair desse círculo vicioso da pobreza e poderem ter acesso aos bens essenciais como a saúde, a educação e todos os ingredientes desses dois setores, nomeadamente o acesso à água, à educação que são fatores condicionantes da saúde. Portanto, a água, a educação, um ambiente saudável, um conjunto de condicionantes de saúde que as pessoas tem e devem ter acesso para que o país possa dar saltos quantitativos no crescimento e desenvolvimento. Acho que isso reflete a consciência que há políticas que podem ajudar as pessoas a ultrapassarem essas dificuldades.



2. Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares (ARFA) – A1 e A2

A1 – Entrevista concedida pela Presidente do Conselho de Administração (PCA), entrevista concedida a 25 de outubro de 2012.

A - Em análise: A Regulação dos produtos farmacêuticos

Q. 1 Como perceciona as diversas interconexões entre saúde e desenvolvimento, ao nível da regulação, qualidade, preço e acesso aos bens e serviços em saúde?

Claramente que um processo de desenvolvimento de qualquer país passa pelos indicadores de saúde. Porque uma população para que possa ter uma capacidade produtiva e de desenvolvimento tem que estar de boa saúde – implica ter acesso a tudo quanto são as tecnologias de saúde onde se inclui os medicamentos mas também ter acesso à essas tecnologias com qualidade, a um preço que seja suportável e portanto ter o acesso físico à essas tecnologias. **A relação com o desenvolvimento é, se quisermos analisar de uma forma mais pragmática, tem haver até com a fundamentação da transição de Cabo Verde a PDM, tanto que os indicadores que melhor suportaram a sua transição foram os indicadores de saúde, Cabo Verde já conheceu ganhos que são sobejamente conhecidos e reconhecidos enquanto as fragilidades a nível de produção e da balança económica ainda se mantem.** Os indicadores de saúde têm evoluído não só em termos de mortalidade, morbidade, mortalidade infantil, aumento da esperança de vida, mais acesso não só a profissionais de saúde, é simples fazer a análise da evolução do número de profissionais de saúde ao longo dos 30 anos e ver o rácio do número de profissionais de saúde pela população, pode-se fazer análise do número de estruturas que tenham aumentado. **Isso implica também novos desafios, a ligação com o desenvolvimento é claro mas também implica uma resposta clara em ter que haver um novo paradigma em termos de figurino para que haja regulação, um maior controlo, uma maior monitorização** por várias questões porque proliferam cada vez mais as opções em termos terapêuticas e portanto há que haver uma regulação para que se assegure que a sustentabilidade do sistema não seja posta em causa. **A sustentabilidade do sistema pode ser posta em causa tanto por fatores que tem a ver com a qualidade e de falha na monitorização de qualidade e segurança nesses produtos** o que faz com que haja um investimento em produtos que não têm qualidade, o que são chamados de *standers* como pode também tem a ver com a questão de ser insustentável para o sistema ser completamente permeável a tudo quanto é resultado da concorrência que há a nível da indústria farmacêutica e na proliferação na entrada desmesurada de novos medicamentos. é **esse balanço**

que implica e que poderá assegurar a continuidade do desenvolvimento daí que durante muitos anos a prioridade tenha sido apenas que exista o acesso, que o medicamento exista e hoje em dia já se sabe que tem que se preocupar com a qualidade, indicadores da qualidade não só do produto em si mas de todo o serviço que está a volta do fornecimento desse produto e **estabelecer também mecanismo de controlo e de regulação para que o desenvolvimento seja sustentável** e não haver um limite de bloqueio.

Q. 2 Uma das atribuições da ARFA é contribuir para a proteção da saúde pública da população, colaborando para o melhor acesso, qualidade e preço de produtos farmacêuticos e medicamentos. De que forma é este objetivo conseguido?

Contribuir para a saúde pública é sempre uma missão complexa porque realmente tem tantas particularidades que obriga a que seja **um trabalho de equipa, que exige articulação,** que exige colaboração enquanto da análise que foi feita desde o inicio de funcionamento da instituição levou a acreditar que a grande questão nesta fase de desenvolvimento do país prende-se com a necessidade de melhor articulação, muito esforço feito, muito trabalho desenvolvido a nível das diferentes instituições e falta de haver maior coesão e sinergia. **A consciência do que cada instituição faz e como isso realmente pode ser posto a trabalhar para que haja um impacto maior – maior impacto somente com a sinergia entre as diferentes instituições, é impossível haver uma única instituição responsável pela saúde pública.** É por isso que a ARFA projetou e prevê na assunção das suas competências sistemas de monitorização chamadas sistemas integradas, sistemas articuladas em que prevê a intervenção de todos os intervenientes do setor e prevê igualmente o desenvolvimento de vários vertentes sem as quais não se consegue atingir os objetivos. **Tem a ver em reforçar o enquadramento legal, é conhecido o facto de que tem que haver um enquadramento legal para ter exigências para haver requisitos.** É sabido também que um dos calcanhar de Aquiles em Cabo Verde é a inspeção e para haver inspeção é preciso haver um quadro regulatório, de legislação que seja claro. Portanto reforçando o enquadramento legal e é uma tarefa de conjunto e deve ser um sistema de auscultação com consultas de todos os intervenientes e poder ter todo um material de ... **para reforçar o sistema de inspeção. Ter um sistema de inspeção implica também ter um suporte laboratorial** que em determinados momentos possa também aferir e suportar determinadas decisões daquilo que é indicio encontrado a nível de uma inspeção. É claro que nos primeiros anos de atuação da agência havia uma consciência clara de que o papel fundamental teria que ser também a questão da informação e da comunicação porque a prevenção para defender a qualidade e da segurança do medicamento implica também uma mudança de opinião e de atitude não só apenas do profissional de saúde como também de toda a população. A população ter por exemplo uma noção mais clara do risco que corre quando compra um medicamento na rua, o profissional de saúde ter a clara importância e da relevância que tem de fazer uma notificação quando o seu doente utilizou um medicamento e suspeita que tenha desenvolvido uma reação adversa a esse medicamento. Quando um profissional de saúde ligado derivado por sua distribuição suspeita por alguma característica visual que o medicamento não está nas suas melhores condições de qualidade ou de acondicionamento e portanto isso passa por uma mudança de comportamento e uma aposta em fazer mais formação, mais comunicação, mais informação e por ultimo que no fundo que sejam feitas aposta nas questões que tem a ver com a gestão do sistema e apostar na questão da articulação e garantir que todo esse trabalho é feito estabelecendo linhas de contato e de reconhecimento de todos os intervenientes daí que uma das opções tem a ver com os sistemas de informação, tem a ver com estabelecer base de dados que ainda estando numa fase experimental se pretendem que tenham

acesso a todos os intervenientes, acessos diferenciados, é claro, porque no fundo todos os intervenientes tem o mesmo objetivo, e que tenha papeis diferentes em todo o sistema, uns enquanto reguladores, outros enquanto utilizadores, no caso da população, os profissionais de saúde, as outras instituições sejam elas autoridades competentes sejam elas entidades que fazem apenas parte do circuito do medicamento todos com papeis importantíssimos, papeis diferentes mas que no fundo com o mesmo objetivo, que é a maior qualidade, segurança, maior eficácia de medicamentos que estejam disponíveis a um preço acessível e sobretudo que sejam usados de forma racional. Cabo Verde tem ainda problemas de acesso que tem a ver com a disponibilidade física mas há também um problema grande de desperdício, há um problema grande de gestão dos recursos e muitas vezes daquilo que é público, seja por um uso indevido seja por desconhecimento há uma necessidade clara que tem a ver com a aposta clara que tem a ver com a promoção do uso mais racional das tecnologias de saúde.

Q. 3 Como o processo de liberalização do mercado farmacêutico poderá fomentar a regulação desse setor?

É uma pergunta interessante que se pode responder de várias formas. Vou escolher a mais clara. Desde dos anos noventa que Cabo Verde fez uma aposta clara na liberalização de vários setores e como forma de libertar o Estado na intervenção direta em questões económica do funcionamento do mercado e tornou claro que houve experiências em que a toda liberalização é que foram criadas as entidades de regulação. E de toda essa experiência tornou claro que acaba por ser muito mais complicado e que é desejável ter um ambiente regulatório que prepare exatamente essa transição para a regulação. A regulação é quanto mais importante quanto mais “frágeis” for a área de intervenção, estamos a falar da área farmacêutica, da questão do acesso, da garantia de produtos que são essenciais e portanto estamos a falar de áreas estratégicas de intervenção de produtos que não podem sair completamente da alçada de intervenção de um Estado exatamente pelo seu caráter estratégico e tão essencial que é para a população. Os figurinos são dos mais diversos, existem países onde a liberalização foi completa, onde a liberalização foi paulatina e países onde não há qualquer tipo de liberalização como podemos ver a Cuba, Tunísia e outros. Agora mesmo em mercados em que a liberalização é imagem de marca, como é o caso dos EUA tornou-se claro que a área do medicamento tem que ser fortemente regulada, uma das áreas que teve uma maior história da regulação porque o produto é essencial, porque há uma assimetria grande de informação. Estamos a falar de uma área em que quem produz, quem disponibiliza o medicamento é completamente do grupo que vai prescrever, que vai recomendar a utilização do medicamento, é diferente que quem vai utilizar realmente esse produto e ainda diferente de quem vai financiar a utilização desse produto. Temos pelo menos quatro grupos de interesse que tem conhecimentos diferentes, perceções diferentes e prioridades diferentes. E dessa articulação que haja uma necessidade de haver um regulamento que consiga conjugar todas essas necessidades e que estabeleça esse quadro da regulação que consiga colmatar esta assimetria de informação e ao mesmo tempo equilibrar o facto de o produto ser essencial.

No caso de Cabo Verde temos a necessidade de uma maior eficácia do mercado de haver maior concorrência para que haja maior dinamismo pensa sempre na liberalização e na concorrência como fatores que podem tender a baixar o preço e por outro lado temos a consciência clara de que conjugada com dimensões reduzidas e deixava simplesmente a mercê daquilo que são as prioridades em termos económica, o privado aposta naquilo que é rentável, sabemos que existem classes terapêuticas, grupos terapêuticos que não são, na fase em que o mercado se encontra, rentáveis. Portanto tem que se assegurar que optando por um figurino de liberalização, haja

exigências regulatórias claras em termos de assegurar o aprovisionamento mesmo de medicamentos, de tecnologias que não sejam as rentáveis. Não poderá haver portanto uma abordagem nunca que seja puramente comercial, num verdadeiro sentido da palavra de fazer as opções com base apenas em transações.

Q. 4 Que ganhos podem ser identificados em termos de crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde no que se refere a regulação dos produtos farmacêuticos?

Os ganhos obtidos de uma entidade reguladora, normalmente levam algum tempo porque a regulação é de certa forma, pelo menos a nível nacional, uma abordagem bastante recente, portanto a agência é criada em 2005 e começa a funcionar em 2006 e a ideia que existe é que os resultados que existem são a médio e a longo prazos, tal como referi há pouco, um dos elementos fundamentais para ter realmente resultados de desenvolvimento tem a ver com mudança de comportamento, mudança de cultura de todos os intervenientes, isso leva o seu tempo, mas há questões pragmáticas que podemos já identificar como questões que provam o crescimento e o desenvolvimento. Um deles tem a ver com questões relativas a regulação económica. **É perceptível que até o então funcionamento da agência não existia nenhum mecanismo que estabelecesse de forma transparente o modelo para aprovar e fixar preço máximo de medicamentos. O que não só dificultava o acesso a grande parte da população mas também trazia problemas à própria administração pública para fazer a gestão e a planificação das suas compras.** Como é sabido existe um importador que até antes da introdução do mecanismo da importação de preço estabelecia os preços sem um sistema de auscultação e audição e isso implicava uma oscilação muito grande de preços porque cada vez que um medicamento que era importado e a hostilidade farmacêutica importada diferir, muitas vezes prevendo alguns problema que diz respeito ao equipamento havendo ajuste as vezes a aquilo que é importado e ao equipamento que tem a ver com questões de equipamento hospitalar para fazer exames para fazer radiografias, taque, haver algum ajustamento entre aquilo que está disponível e aquilo que é necessário e isso são as marcas de mudança e crescimento e é neste momento que deve haver um mecanismo de fixação de preço que permite, por um lado, ter uma previsão em termos de saber qual é o preço máximo por cada substância ativa para uma dosagem que se vai aprovar, por outro lado é um mecanismo que tende a influenciar a utilização de genéricos para que haja uma vantagem clara por parte do importador na utilização de genéricos e é também um mecanismo que prevê a revisão do ajuste e a efetividade de um mercado desta natureza. Outro fator de desenvolvimento prende-se com o início de desenvolvimento de um sistema formal de monitorização da qualidade e de segurança, portanto estamos a falar de um sistema nacional de farmacovigilância, que está em fase de conceção, o regulamento legal ainda não publicado mas submetido ao Governo e já pronto para a implementação e pela primeira vez Cabo Verde faz parte do programa internacional de monitorização de medicamentos, é um programa da OMS cujo centro colaborador, a UMC, com sede na Uppsalla faz a gestão de uma base de dados a nível internacional que neste momento tem sete milhões de notificações de todo o mundo e que permite desta forma ter dados mais concretos da utilização de medicamentos e de ter dados de identificação de determinados riscos e a identificação do que há para fazer ? para profissionais de saúde. Já existe um acompanhamento dos alertas que são recebidos não só do Brasil como também de Portugal e a sua divulgação junto da entidade que importa medicamento para assegurar a retirada do mercado quando existem lotes de medicamentos ou produtos farmacêuticos que são algo de alerta. No mercado farmacêutico está também a ser desenvolvido um sistema de suporte que irá fazer a monitorização de stocks – é conhecido o fato de haver alguns constrangimentos na disponibilização do medicamento e portanto o que a

agência entendeu fazer foi um estudo que permite saber quais são as médias de consumo para depois com um suporte informático ser alertas quando se aproximar de um determinante montante da existência a nível do país, seja produzido, seja importado e poder então estabelecer os alertas de que a quantidade existente apenas cobre a utilização e consumo por dois meses e portanto poder desbloquear a funcional ações de correção em relação à esse tipo de alerta e assim fazer a prevenção de uma determinada rutura de stock. É algo que é particular em Cabo Verde nos outros países não tem esse sistema para prevenir ruturas de *stock* é realmente uma realidade muito própria de Cabo Verde, daí algumas dificuldades que se tem tido em montar o sistema. Também é uma das dificuldades de estar dependentes de outras entidades, neste caso o Núcleo Operacional dos Sistemas de Informação (NOSi) e o próprio importador.

Q. 5 A falta de melhor educação em saúde pode dificultar o acesso aos medicamentos e aos próprios sistemas de saúde. Que políticas têm sido desenvolvidas, tanto pela ARFA como pelo MS, no sentido de minimizar essa problemática?

A intervenção da ARFA prende-se por identificar linha prioritária a questão da educação, informação e comunicação e portanto durante os primeiros anos fez-se uma abordagem essencialmente pedagógica. As próprias visitas de supervisão até agora por opção da agência foram medidas pedagógicas em que foram identificar os problemas, foram feitas as advertências sem nunca entrar, por exemplo, em processos de contraordenação. Com a noção clara de que nos intervenientes era necessário primeiro fazer todo um trabalho de sensibilização e de informação da necessidade de implementar certos requisitos. Até porque em paralelo era necessário clarificar um enquadramento legal. Mas claramente a infirmação e a comunicação são essenciais para o acesso a saúde, à tecnologias de saúde para a sua utilização de forma mais racional, utilização de forma correta desde do início com a consciência uma das ações foi o estabelecimento de um plano de formação – um plano estratégico que foi concebido pela ARFA que identificou como população alvo autoridades competentes e na aposta que tem a ver com a questão da articulação de todos os intervenientes da administração pública e então reforçar a aproximação de todas as autoridades competentes que intervém num determinado setor, neste caso o farmacêutico, por outro lado o enfoque nos operadores que para implementarem determinados requisitos estão muito mais dispostos a fazê-lo se os compreenderem, se os entenderem, se os forem comunicados quais são os ganhos para eles próprios e para toda a população. E claro um dos alvos dessa informação e formação foram os operadores, e por último não por ser de menor importância os próprios consumidores. É um plano de formação que é ambicioso que levará bastante tempo até que se possa considerar minimamente alcançado ou esgotado e que terá que ser claramente alcançado de uma forma faseada por consoante o tema de refazer todo um plano de informação, de comunicação e de formação e depois tem que ter a consciência de que não é suficiente formar e comunicar uma vez mas tem que haver atualização constante dos conteúdos. Além de implementação desse plano de formação que fez com que houve várias ações de formação dirigidos à esses três populações alvo também houve uma atenção especial dado ao website para que comunique e informe as áreas de intervenção e aquilo que está previsto como intervenção de uma forma que seja tao sustentável como seria de desejar, também se os boletins de informação sobretudo em períodos críticos de intervenção e de criação de um determinado regulamento com o objetivo de divulgar essa informação, tem todo sessões de informação aos profissionais de saúde a titulo de exemplo para a conceção e montagem de um sistema de farmacovigilância, portanto a monitorização da qualidade e segurança já foram envolvidos cerca de 25% de todos os profissionais de saúde do país, quando a meta que foi estabelecido à nível da UMC era de 10%, certamente falta muito por fazer, há brochura, há ateliês, h seminários, uma colaboração muito

estreita com entidades congêneres nomeadamente o INFARMED que é a entidade reguladora em Portugal e com a ANVISA a entidade reguladora do Brasil que tem dado não só suporte técnico para a conceção dos sistemas mas também para o suporte em ações de formação e sensibilização e como é sabido muitas vezes essas ações tem mais impacto quando se traz um técnico, um orador fora do país tem-se valido os protocolos de colaboração para isso. Não há bela sem senão toda a aposta de articulação em aposta em protocolos de colaboração acabam por ficar também em termos de cronograma reféns da disponibilidade de todos os intervenientes e muitas vezes a questão de balancear esse equilíbrio e avançar mais rápido mas não ser possível de haver tantos intervenientes de que se depende, neste caso da cooperação. Resumindo a pergunta a uma frase formação, informação e comunicação são essenciais sem as quais a regulação não consegue ter qualquer impacto e a utilidade pública para a qual foi concebida, uma entidade de regulação tem que antes de tudo conseguir provar que presta um serviço que é reconhecido e para isso só com formação, comunicação, capacitação e informação.

Q. 6 Os países em desenvolvimento, especialmente os menos avançados, muitas vezes apresentam custos muito elevados de medicamentos, agravados por sistemas de aquisição que inflacionam os preços dos medicamentos. Como situa Cabo Verde ao nível desta realidade?

A fragilidade de Cabo Verde é o facto de ser um mercado de reduzidas dimensões e portanto qualquer aquisição feita mesmo que seja por seis meses para cobrir as necessidades é uma aquisição que parece grandes produtores de medicamentos são aquisições, desculpa a palavra “insignificantes” e portanto os produtores optem por não fazer a venda a não ser que sejam realmente encomendas que sejam significativas. Temos outro problema que tem a ver com o transporte não só para o país com também entre as várias ilhas do país. E sabemos que transporte é algo ainda caro e mais ainda se fosse implementado as exigências rigorosa da forma como é armazenado e conservado o medicamento nesse tipo de ... Cabo Verde exatamente para fugir a esse estigma de país que sendo pobre tem medicamentos a preços muito elevados, o principal motivo pelo qual a agência começou a sua intervenção na área farmacêutica exatamente passou a estabelecer o mecanismo de fixação de preços e para que pudesse evitar essa circunstância utilizou um sistema que é mundialmente utilizado por países de referência, escolhemos dois países que são aqueles que tem os preços mais baixos na Europa – Portugal e Espanha. Mais ainda o sistema oferece margens diferenciadas no caso de ser um medicamento genérico por forma a incentivar a utilização e importação de genéricos. Para que seja disponibilizada ao consumidor a um preço inferior mas que a margem de comercialização por parte de um operador económico seja superior à aquele que seria de medicamento de marca. Portanto são todas as medidas que foram introduzidas para fomentar a utilização do medicamento genérico e forma de fazer alguma pressão em relação aos preços dos medicamentos. Atualmente podemos considerar que, sobretudo se o compararmos com o panorama da África Ocidental e Subsariana estamos a um bom nível de preços aprovados mas é sempre possível melhorar, o objetivo é de conseguir sempre melhorar. A agência não pode deixar de ter a preocupação com a sustentabilidade dos operadores económicos e portanto sendo útil ao setor não pode tomar medidas que não deem tempo para o mercado se adaptar e foi com essa visão que o primeiro modelo foi aprovado e é um modelo que ainda suscita alguns ajustes e que poderão ainda reconduzir a um maior abaixamento mas com a consciência de que é uma intervenção bastante gradual para que haja tempo para o operador se adaptar sem por em causa a própria sustentabilidade do operador.

Q. 7 A indústria farmacêutica constitui um dos alicerces de um sistema de saúde eficaz e com bom funcionamento, sendo que os produtos farmacêuticos, assim como os medicamentos e as vacinas, são fundamentais para controlar, diminuir ou erradicar doenças e porquanto requerem financiamento adequado. Como avalia a evolução da despesa farmacêutica em Cabo Verde?

A despesa farmacêutica tem aumentado de uma forma muito acentuada, para não dizer gritante, mas é realmente uma questão que tem a ver com onde nós nos situarmos para podermos fazer a análise porque um aumento de despesa significa que a população tem mais acesso a esses produtos. Porque é uma área inelástica não é pelo fato dos produtos serem mais baratos ou menos caros que se consome mais. O consumo é realmente reflexo da necessidade mas é claro que podemos ainda pensar nas questões que tem a ver com questões de desperdício e uso racional mas para fazermos análise da situação deixarmos como uma residual ou considerarmos que poderá ser o uso indevido ou desperdício queremos ver aqui que está uma prova de um aumento ou retrocesso. Está ligado também ao facto de estar ligado ao aumento da esperança de vida onde as pessoas chegam a uma idade mais avançada onde geralmente pro problemas degenerativos ou por problemas de idade precisam de mais medicação – medicação que muitas vezes são inovadoras que é mais cara também. Porque é muito mais caro assistir um diabético, uma doença degenerativa do que curar uma criança com uma gastroenterite aguda. É muito mais caro curar um hipertenso, para um sistema de saúde, do que e uma criança com um parasitose. Isso, estamos a falar de uma transição epidemiológica de que Cabo Verde se encontra. A maior parte dos países menos desenvolvidos tem como principais causas doenças infecciosas parasitárias, nós temos já como principal causa de morte as doenças cardiovasculares, a medicação nessa classe terapêutica é mais cara e tem que ser dada durante mais tempo e isto está associada muitas vezes a um perfil de risco que exatamente por ser um medicamento inovador traz também alguns riscos que são desconhecidos. Claramente há esse aumento com os custos que tem que ser acautelado, daí era essencial que haver um mecanismo de fixação de preço, é essencial rever o sistema de comparticipação tal como está desenhado, já existe essa consciência, existem estudos a serem feitos para ver qual é a adaptação que tem que ser feita ao sistema da comparticipação com a preocupação que tem ser sustentável durante muito tempo. Mas o que se pode dizer é que esse aumento com a despesa leva à preocupações no sentido da sustentabilidade do sistema mas é também um indicador de desenvolvimento, há uma transição epidemiológica, há mais pessoas com acesso, há mais profissionais de saúde que entendem e que prescrevem, há mais estruturas de saúde onde a população se pode dirigir e portanto era expectável que se houvesse um aumento no consumo. Tem é que ter a certeza que se consegue transformar essa despesa farmacêutica num investimento, no fundo que se tenha a certeza de que não há desperdício que há um uso racional e portanto saber que isso não é um custo para o país mas é um investimento para uma população saudável e portanto vá saber produzir mais e ajudar mais ao desenvolvimento económico. A aposta é que não seja feita como custo mas como investimento, mas que tem que ser bem feito.

Q. 8 A OMS recomenda uma nova estrutura mundial para o acesso aos medicamentos que inclua planos de fixação de preços diferentes em mercados mais pobres como norma de funcionamento, atribuição mais alargada de licenças a produtores de medicamentos genéricos e acordos sobre compras por atacado, o que significa dizer que os medicamentos podem ser adquiridos por um preço comercial mais baixo. Como avalia a realidade de Cabo Verde ao nível desta recomendação?

A recomendação é válida, para certos programas de certa forma já existe para o programa de fundo global para a aquisição de antirretroviral para a distribuição de países com melhor desenvolvimento económico, são recomendações que estão plenamente em vigor quando não há produtividade de produção pelo menos na questão das aquisições, em Cabo Verde há aquisições que são feitas dessa forma e a preços mais baixos e tem que ter atenção que todo esse sistema tem que estar devidamente regulado, protegido de toda a tendência que existe hoje mundialmente quanto a contrafação de medicamentos, é conhecido que a contrafação de medicamentos está a aumentar em proporções alarmantes, fala-se em 10% de medicamentos contrafeitos que circula no mundo, sabe-se que atualmente entrou mesmo em países desenvolvidos que começaram a ser permeáveis numa primeira fase apenas nas vendas através da internet mas que hoje em dia está permeável e no próprio mercado legal são identificados o problema de contrafação de medicamentos, isso para dizer que as recomendações fazem sentido, vão realmente reforçar a preocupação e conseguir e conseguir os objetivos de ter um acesso mais alargado, todos nós queremos preços mais baixos desde que estejam assegurados as questões que tenham a ver com a qualidade e a segurança do medicamento. Há um projeto exatamente liderado pela OMS de certificação de medicamentos que poderá ajudar nesse sentido mas há ainda muito por fazer. Que existem concursos nessa linha, muitas vezes, em que a informação chega em relação aos medicamentos e seja pelos concursos para medicamentos a um preço mais baixo, como muitas vezes acontecia em relação à donativos não havia legislação mas agora já existe, há países que não têm em que não há informação suficiente sobre medicamento, o facto do medicamento ser muito mais barato ou mesmo doado isso não significa que possa ter qualquer tipo de flexibilidade em relação à aquilo que não é negociável que é a qualidade do medicamento. Porque senão acaba por ser muito mais caro porque senão acaba por não ser um investimento mas sim um custo. Não só o medicamento pode não ter o mesmo efeito ou o efeito esperado, não só teria que se tratar o efeito que não era esperado e o tempo de agravamento, poderá ser que o medicamento é *substandard*, porque o medicamento foi falsificado na íntegra ou pode ser que simplesmente se deteriorou com condições de armazenamento, com o transporte ou com a conversação pouco adequado. Não digo que isso acontece sempre, o que digo é que tem que acautelar para evitar que isso aconteça, para que seja o acesso em detrimento da qualidade e segurança. A OMS tem essa mensagem muito clara em todos os documentos de orientações de que a qualidade é inegociável e daí o projeto de certificação de produtos que geralmente está a coordenar, a dinamizar.

Q. 9 Como avalia as políticas que têm sido traçadas relativamente a introdução de genéricos em Cabo Verde?

Havia a necessidade de instituir um quadro regulatório que não existia e portanto houve uma primeira proposta ou modelo, em linhas gerais o modelo é fruto de uma análise internacional das principais forma, e portanto é como base no país de referência, avaliação que se faz é positiva, grande parte dos medicamentos sofreram a diminuição de preço, há ainda a necessidade de que haja a completa implementação do modelo e só depois dessa completa implementação é que poderemos então ter dados e aferir o impacto para poder então introduzir ajustes, há ajustes necessários que já foram identificados mas que é preciso pensar na sua implementação plena antes de começar a introduzir esses ajustes. É possível e está planeado que o modelo venha ter realmente alterações e possa conseguir ainda ter um impacto no sentido de uma maior diminuição de preços mas é preciso realmente permitir que o mercado tenha que se ajustar. Queremos maior acesso, o mesmo mecanismo previsto de preço que estabelece algumas regras em relação a distribuição e vai diminuir as assimetrias que existiam até então. O

medicamento tem que chegar ao mesmo preço a todos os locais do país, o que havia até agora é que os retalhistas, os donos das farmácias é que tinham que arcar com o custo da distribuição, ou seja, farmácias localizadas em centros com menos pessoas e muitas vezes pessoas com menos recursos ainda eram obrigados a arcar com o preço da distribuição dentro do país, a título de exemplo esse é uma das medidas que o modelo de fixação de preço veio alterar, considerar que é o distribuidor que tem que arcar com os custos de distribuição para qualquer ponto do país e a população tem que ter o medicamento ao mesmo preço em qualquer ponto do país. De forma já teve ganhos mas existe a consciência de que pode ainda ter maiores ganhos, o que é preciso é tempo para consolidar.

Q. 10 Como pode ser avaliado a regulação dos preços dos medicamentos em Cabo Verde e como pode isso influenciar no melhor acesso da população à esses bens?

Neste momento diria que há falta de uma política que seja mais clara e mais robusta no sentido de promover a importação, a prescrição e a utilização de genéricos. Neste momento existem medidas mas são ainda, a meu ver aqui falo a título pessoal, são medidas que estão ainda bastante fragmentadas, medidas que estão isoladas, há pouco referia que o mecanismo de fixação de preços estabelece uma margem de comercialização mais alta para o medicamento genérico – é uma medida isolada, houve por parte da ARFA uma ação de informação junto da comunicação social falando o que é um medicamento genérico, assegurando que o medicamento genérico tem a mesma qualidade, segurança e eficácia e que é apenas uma questão de marca, mas também foi uma ação isolada. Falta realmente um plano estratégico que identifique todas as vertentes de intervenção, que identifique os vários intervenientes que não deve ser alvo de atribuição de uma única instituição e haver todo um trabalho não só em termos de legislação como de estabelecer mecanismos por exemplo mais claros e reforçar as questões que tem a ver com a autorização de introdução do mercado de medicamentos – o sistema de AIM não está devidamente implementado e é em sede de AIM é que se poderia ter uma abordagem muito mais diferencial, muito mais clara e muito mais propiciadora de incentivos a genéricos. Aquilo que se pode ser feito em relação em termos económicos, a facilitação em termos de importação está feito, há a necessidade por exemplo em termos de informação de haver um plano mais consistente não se pode informar a população uma vez num ano e depois passar dois anos sem falar no assunto, isso implica haver um plano, há medidas soltas. O fato de existir uma lista nacional que estabelece quais são as substâncias, o facto de haver recomendações do que é prescrição e haver enquadramento que estabeleça que prescrição é feita por substância ativa, são todas as medidas que realmente incentivam a utilização de genéricos mas que estão um pouco dispersas. E o elemento que poderia ser alucinador e conseguir realmente implicar sinergia de todas essas medidas que estão soltas é em relação ao sistema de avaliação e da autorização da introdução no mercado que tem que ser implementado de forma formal e estabelecer o regulamento específico para os casos de medicamentos genéricos.

Q. 11 Que diretivas têm sido estabelecidas para fixação de preços e de licença de produção de tecnologias essenciais para assegurar um fornecimento sem interrupção de medicamentos essenciais?

Em relação ao licenciamento, Cabo Verde tem apenas uma indústria de produção local que até agora pelo figurino das indústrias existentes a produção e a importação havia um acordo relativamente a não ... de produtos produzido localmente para tentar proteger a sustentabilidade

da produção nacional. O que pode referir como parâmetro da distribuição da lista nacional temos por um lado os programas de consulta? No âmbito do Ministério da Saúde e por outro lado o SIMFAR, o sistema integrado de monitorização que a ARFA vem desenvolvendo que implica que se pretende articular a questão da autorização dos medicamentos com a questão do preço e do *stock* com a questão da monitorização da qualidade e segurança após comercialização. Quando se fala na continuidade a medida essencial tem a ver com o enquadramento legal que estabelece que há medicamentos que tem existência obrigatória no país portanto há uma lista que é resultado de ... pela ARFA que foi concebida essencialmente utilizando documentos que estão como documentos essenciais na lista pela OMS e medicamentos de uso hospitalar. Esses medicamentos que são considerados como o tempo de existência no país serão aqueles que em relação aos quais quando houver no país com base em relatórios de comercialização, a ARFA vai ter o SIMFAR a funcionar com base nos relatórios de comercialização que recebe mensalmente do produtor e do importador e com base no histórico de consumo uma noção clara de quanto tempo existe cobertura desses medicamentos que estão como sendo obrigatória e poderão sim emitir alerta em relação a produtos que estejam próximo de esgotamento consoante a rotatividade do produto.

B - Em análise: Os Protocolos de Parceria Internacional

Q. 12 Considera a cooperação internacional como um fator promotor da saúde e do desenvolvimento?

Sem dúvida! Com a consciência de que há sempre a necessidade de adaptar a realidade do país é incontornável que qualquer intervenção nesta área ganha muito se houver partilha de experiência e existem países que tem uma experiência que se aproxima muito das nossas necessidade e das prioridades em Cabo Verde e que implementar qualquer tipo de sistema tem assistência técnica tendo a possibilidade de discutir determinadas questões com técnicos que tem estado envolvidos em implementação de sistemas em outras paragens até porque o distanciamento permite um posicionamento muito mais crítico ajuda a, como costumamos a dizer nos encontros, não repetir os mesmos erros porque todos os países que começaram antes tem experiências e Têm já lições aprendidas em relação a intervenções que não funcionaram e o motivo por que não funcionaram, isso não quer dizer que algo que não funcionado no país não de adapte em Cabo Verde mas permite-nos ter os elementos clara de quais foram os pontos fortes e os pontos fracos e ver qual a possibilidade de adaptação à nossa realidade.

Q. 13 As alianças público-privadas têm-se afirmado como uma nova forma de cooperação na saúde em Cabo Verde? Com que resultados?

Aquilo que tem sido a intervenção da agência não tem sido ainda um melhor enfoque mas de uma forma ainda que residual, temos cooperação com entidades privadas nomeadamente com universidades, com indústria local seja para as ações de formação, seja para através de participação em seminários, as parcerias público-privadas são realmente uma via que pode otimizar resultados mas tudo quanto diz respeito ao funcionamento da ...tem que ser acutelado todas as regras são claramente conhecidas e monitoriza-las deve haver essa preocupação de avaliar os resultados. Temos com Portugal alguns problemas quando se vai avaliar algumas dessas parcerias mas no fundo não tem a ver com a parceria em si com os objetivos que eram

perfeitamente lógicos mas depois tem a ver com a implementação que não foi baseada em regulamentos claros e não ter havido um sistema de acompanhamento de avaliação suficiente. Apesar de não haver experiência para a instituição, acredito que a título pessoal que seja uma via de intervenção a defender.

Q. 14 Qual a relevância da Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI) enquanto fonte de financiamento para vacinas?

A agência não tem intervenção na área das vacinas, nem na aquisição e portanto aí iria remeter para o DNS que deverá ter muitos dados e com o próprio responsável pela imunização e de vacinação. A nossa intervenção quanto a agência na questão da vacinação tem sido a proposta de integrar a monitorização da segurança e portanto dos efeitos adversos e que aí tem um sistema próprio em relação ao sistema de farmacovigilância portanto sem nenhuma intervenção no sistema que tem a ver nem com o acesso, nem com a monitorização de stock nem com o preço e nem com absolutamente nada de todo o circuito.

Q. 15 Que projetos/protocolos de cooperação internacional têm sido aprovados nesses últimos 20 anos no setor saúde? – Com que zonas geográficas e porquê essas zonas? – E particularmente no setor farmacêutico? – Que cooperações técnicas internacionais têm sido estabelecidas na área da saúde?

Vou-me cingir aos protocolos com a agência porque tenho conhecimento desses protocolos posso não ter informações mais atual pode conferir depois com a DGF, DNS, provavelmente com o próprio Diretor de Gabinete da Ministra da Saúde, Finanças e Planeamento porque muitas vezes são feitos protocolos diretamente com o Ministério de Finanças ou com as Relações Exteriores porque eles poderão ser o melhor repositório com todas as cooperações que existem. Por exemplo sei que existe a cooperação Luxemburguesa com a região Santiago Norte mas que mas não conheço todos os aspetos específicos desse protocolo. Os protocolos que poderia falar são os que conheço com a ANVISA do Brasil, com o INFARMED, de Portugal que têm como objetivo a assistência técnica para a implementação e para o reforço da atuação enquanto entidade reguladora e quanto autoridade competente através não só de missões, visitas técnicas, estágios, pareceres em documentos e em ações de formação.

Q. 16 Que tipo de acompanhamento é realizado da implementação de diferentes projetos no setor farmacêutico no âmbito de parcerias internacionais?

A monitorização que é feita é aquela que for especificada no próprio protocolo, muitas vezes o protocolo é mais generalista e estabelece que durante a execução desse protocolo tem que ser elaborados planos de atividades anuais e há uma monitorização que é feita através de troca de documentos tao simples como avaliar se foi ou não implementado tal atividade e se atingiu os objetivos que se pretendia. De acordo com a periodicidade que foi estabelecida no plano do protocolo existem visitas, missões concretas que são apenas para a avaliação. Nessas avaliações vê-se aquilo que foram os constrangimentos, o impacto e muitas vezes são identificados desdobramentos necessários portanto qual a necessidade de vir renovar o protocolo ou alterar algumas atividades que são previstas. É importante referir que neste âmbito algo que tem sido muito complicado na questão dos protocolos é o desconhecimento daquilo que tem sido a questão da revisão dos estatutos da agência. Por várias vezes aquilo que numa determinada fase de acordo com orientações em determinadas reuniões que eram resultados de consensos que a

agência iria assumir um determinado papel assim que há um retrocesso esse impacto no plano de atividades porque deixa de ser uma prioridade para a agência determinado tipo de intervenção quando ainda há um desconhecimento em relação aos novos estatutos que continuam por aguardar e por aprovar.

Q. 17 Como avalia os resultados dos diferentes projetos realizados?

A apreciação global é extremamente positiva com uma nota muito especial com o protocolo com a ANVISA, teve um peso muito particular não só por causa do âmbito mais alargado mas também por causa do alcance porque permitiu identificar atividades ou flexibilidade entre desdobrar e ampliar determinados tipos de atividades para se coordenar, coadunar exigências e necessidades da agência da ARFA e portanto a outra com o INFARMED sentiu-se em termos práticos uma importância muito grande, importância para o início da intervenção da agência para estabelecer as intervenções estratégicas para conseguir visibilidade porque hoje em dia os problemas são globais e portanto é muito importante que a agência comece a ser integrado em sistemas de comunicação e comece a ser conhecida como uma agência que tente consolidar como autoridade em um determinado setor. Em relação ao âmbito e alcance é preciso também fazer ver como é normal estamos num panorama de crise internacional é óbvio que o âmbito e alcance dos protocolos foram condicionados por aquilo que é disponibilidade porque a nossa proposta é tudo aquilo que nós necessitamos, identificamos normalmente todas as necessidades e sabemos que no processo de negociação depois a baliza será ajustar todas **as nossas necessidades às disponibilidades, as possibilidades que as nossas congéneres que também tem as suas próprias prioridades e próprias preocupações.** Portanto dizer se os protocolos estão com um modelo ideal e dão respostas a tudo quanto a agência queria forçosamente, não porque penso que seria impossível mas que **têm sido de uma utilidade realmente para a afirmação da entidade reguladora.**

Q. 17.1. Que apreciação global faz relativamente ao âmbito e alcance dos protocolos de parceria no setor farmacêutico entre a ARFA e as congéneres?

Diria que é muito cedo, os protocolos têm cerca de três, quatro anos, os indicadores de saúde para terem resultados ... implicam realmente uma intervenção que tem que ser por várias entidades e de uma forma continuada. Falando em indicadores específicos do preço do medicamento, por exemplo, aqui já podemos ver resultados, falando de **facto que Cabo Verde tem pela primeira vez já está a integrar um programa internacional de monitorização de efeitos adversos de medicamentos é um indicador de saúde oficial utilizado nem pelo serviço de epidemiologia do Ministério da Saúde, a nível interno é um indicador que havendo prazo trará benefícios para a saúde mas portanto são indicadores ainda muito a medida da intervenção da agência.**

Q. 18 Que relação encontra entre os protocolos de parceria internacional estabelecidos no âmbito de setor farmacêutico e a evolução dos indicadores de desenvolvimento de Cabo Verde?

Existem modelos muito diferentes, entretanto vou fazer menção a uma cooperação muito importante com a agência espanhola de cooperação, porque foi uma cooperação basicamente em forma de financiamento, mas foi um financiamento muito importante que deu para desenvolver atividades do setor farmacêutico. Portanto queria completar um das perguntas

anteriores com essa informação. Quando se fala em novos âmbitos de aprofundamento no fundo tem a ver com a possibilidade de retomar tudo quanto for as necessidades identificadas e por causa da disponibilidade das entidades congêneres não foi possível incluir nos protocolos e portanto teríamos a necessidade de termos um programa de garantir a qualidade do serviço de comprovação de qualidade, em termos estratégicos de comprovação de qualidade de uma forma mais robusta, neste momento o suporte laboratorial tem-nos sido dado pelo INFARMED mas limitamo-nos a substâncias e medicamentos que eles tem no seu próprio plano de amostragem, de análises e portanto somos obrigados a manter a nossa comprovação de qualidade de acordo com as disponibilidades do INFARMED. A título de exemplo esta seria logicamente o âmbito de que gostaríamos de ver alargado. Porquê é tão importante? Porque os enquadramentos legal claro ter assistência técnica vem daí e portanto é não a questão geográfica e sim a assistência técnica que dará um reforço claro para o enquadramento legal. Conseguir reforçar o sistema de inspeção e de toda a distribuição e ter um reforço de suporte laboratorial, esses três grandes pilares iriam ajudar no acesso porque iria permitir procurar novos mercados sem receio de estar a pôr em causa a qualidade, sem receio da possibilidade de contrafação. No dia em que Cabo Verde tiver um enquadramento legal forte e o sistema de inspeção funcionar e tiver um suporte laboratorial a medida das suas necessidades pode utilizar mercados emergentes como o Brasil, como a China onde até agora a grade entrave tem sido a consciência por parte dos operadores em que existe o topo de gama, aquilo que é o melhor garantia de qualidade mas também existem muitos riscos do medicamento contrafeito. Isso com base em dados não concretos porque não foi feita nenhuma análise por parte da ARFA mas com base em informação internacional em relatórios que se conhecem. Portanto seria algo claro de termos um apoio para termos um sistema de AIM funcional. A avaliação, saber que medicamentos estão a introduzir, saber a fonte o sistema de inspeção, a AIM está ligado a legislação, fazer regulamento com técnica de ... inspeccionar o suporte laboratorial isso iria ser um impacto enorme na questão do preço do medicamento que poderíamos ter em Cabo Verde daí estaríamos ao mesmo tempo a falar da acessibilidade, outra área que não da interveniência da agência era a melhoria do sistema de transporte e também permitir ter acesso a outros mercados, portanto essas era as principais questões: legislação, inspeção, suporte laboratorial.



Entrevista escrita

INSTITUIÇÃO: Agência de Regulação e Supervisão dos produtos Farmacêuticos e Alimentares - ARFA

A2 - ENTREVISTADO (Função/Nome) *: Diretor de Regulação Farmacêutica – entrevista escrita respondida a 11 de setembro de 2012.

*Não assinalar caso pretenda assegurar o anonimato

A - Em análise: A Regulação dos produtos farmacêuticos

Q1. Como percebe as diversas interconexões entre saúde e desenvolvimento, ao nível da regulação, qualidade, preço e acesso aos bens e serviços em saúde?

Entre a saúde e o desenvolvimento existe uma relação indissociável, na medida em que um povo saudável estará propenso ao trabalho e que, por conseguinte, é a chave do desenvolvimento e da geração de riqueza. Já a relação entre a saúde e os bens e serviços em saúde é axiomática, porquanto a estreiteza da ligação entre estes é tal que chegam a confundir-se. A regulação na saúde tem a função de estabelecer ou conseguir o razoável equilíbrio entre as diversas variáveis que compõem o fornecimento de bens e serviços em saúde, nomeadamente o preço, o acesso e a qualidade destes.

Q2. Uma das atribuições da ARFA é contribuir para a proteção da saúde pública da população, colaborando para o melhor acesso, qualidade e preço de produtos farmacêuticos e medicamentos. De que forma este objetivo é conseguido?

A função principal da ARFA é a regulação dos setores farmacêutico e alimentar, o que indiretamente terá reflexos na proteção da saúde pública. No que toca aos medicamentos e produtos farmacêuticos, considerados bens essenciais, a regulação faz-se necessária para garantir o acesso da população a esses bens. Esse acesso pode ser desdobrado em financeiro e geográfico, espelhados nos preços e na quantidade e distribuição geográfica de estabelecimentos destinados à dispensa dos mesmos, respetivamente. Ainda, outro fator de suma importância é a qualidade dos produtos fornecidos: produtos de baixa qualidade ou contrafeitos consomem recursos, os quais raramente são acompanhados resultados socialmente satisfatórios.

Q3. Como o processo de liberalização do mercado farmacêutico poderá fomentar a regulação desse setor?

A regulação de qualquer sector económico pode ser facilitada ou dificultada pelas circunstâncias do mercado. Num cenário monopolístico, como é o vertente, a relação entre a entidade reguladora e a entidade regulada é delicada e pouco flexível, em razão do poder de mercado detido pelo ente regulado que lhe permite ter ferramentas negociais muito potentes. Um processo que culminasse na liberalização do mercado traria ganhos para a população e facilitaria o papel do regulador, na medida em que a concorrência seria catalisadora da autorregulação do mercado.

Q4. Que ganhos podem ser identificados em termos de crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde no que se refere a regulação dos produtos farmacêuticos?

O processo de regulação do mercado farmacêutico cabo-verdiano é muito recente, não se podendo ainda falar em regulação efetiva e, muito menos, consolidada. São várias vertentes de regulação que foram iniciadas paralelamente, mas que ainda seguem o trajeto da implementação, onde etapas já foram cumpridas e etapas estão por cumprir. Assim, é de todo escusável correlacionar o crescimento e desenvolvimento de Cabo Verde ao processo de implementação da regulação do sector farmacêutico.

Q5. A falta de melhor educação em saúde pode dificultar o acesso aos medicamentos e aos próprios sistemas de saúde. Que políticas têm sido desenvolvidas, tanto pela ARFA como pelo MS, no sentido de minimizar essa problemática?

O acesso aos medicamentos é dificultado por um conjunto de fatores, nomeadamente a irregular distribuição geográfica dos estabelecimentos de dispensa de medicamentos e de prestação de cuidados de saúde, os preços elevados e a disponibilidade física dos medicamentos essenciais. **Educar para a Saúde consiste em dotar a população de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a fazer opções e a tomar decisões adequadas à sua saúde e ao seu bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes assim um papel interventivo. A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão. Daí, no tratamento desta questão, no âmbito das suas atribuições, a ARFA tem focado as suas atividades na sensibilização e capacitação de profissionais de saúde e da realização de campanhas publi-informativas direcionadas à população em geral, nomeadamente em temas como o uso racional de medicamentos, a venda ilícita de medicamentos, os medicamentos genéricos, etc.**

Q6. Os países em desenvolvimento, especialmente os menos avançados, muitas vezes apresentam custos muito elevados de medicamentos, agravados por sistemas de aquisição que inflacionam os preços dos medicamentos. Como situa Cabo Verde ao nível desta realidade?

É fato que em Cabo Verde **os preços dos medicamentos tem estado historicamente a níveis bastantes elevados, comparativamente à Europa e mesmo a outros países africanos. Os preços praticados em Cabo Verde revelam não só o custo acrescido para a aquisição de medicamentos à escala do país, marcadamente pequeno, mas também o próprio design do sistema monopolístico do setor farmacêutico. Um estudo de 2005 revela que os preços de medicamentos comercializados em Cabo Verde são, em média, seis vezes superiores àqueles praticados em outros países da África.**

Q7. A indústria farmacêutica constitui um dos alicerces de um sistema de saúde eficaz e com bom funcionamento, sendo que os produtos farmacêuticos, assim como os medicamentos e as vacinas, são fundamentais para controlar, diminuir ou erradicar doenças e porquanto requerem financiamento adequado. Como avalia a evolução da despesa farmacêutica em Cabo Verde?

À semelhança do que tem ocorrido em outras paragens a despesa farmacêutica ao longo dos anos tem tido um crescimento acima do que seria remotamente previsível. No entanto, não podemos extrapolar as causas desse crescimento ocorrido noutras paragens para a realidade cabo-verdiana. Notadamente, o país encontra-se numa fase delicada de transição epidemiológica, onde as doenças infecto-contagiosas começam a ter um peso percentual cada vez menor na despesa farmacêutica, derivado do aumento exponencial da despesa com medicamentos para as doenças crónicas. Assim, será de esperar que durante um período de transição o crescimento da despesa farmacêutica seja contínuo, porém nem sempre regular, devendo estabilizar ao final da transição.

Q8. A OMS recomenda uma nova estrutura mundial para o acesso aos medicamentos que inclua planos de fixação de preços diferentes em mercados mais pobres como norma de funcionamento, atribuição mais alargada de licenças a produtores de medicamentos genéricos e acordos sobre compras por atacado, o que significa dizer que os medicamentos podem ser adquiridos por um preço comercial mais baixo. Como avalia a realidade de Cabo Verde ao nível desta recomendação?

Cabo Verde tem demonstrado um posicionamento alinhado com as recomendações da OMS, uma vez que tanto o Ministério da Saúde quanto a própria ARFA têm adotado políticas de benefício à comercialização e utilização de medicamentos genéricos, refletidas no mecanismo de fixação de preços, onde todos os elementos da cadeia de valor do medicamentos vêm os seus benefícios aumentados com a adoção do mecanismo.

Q9. Como avalia as políticas que têm sido traçadas relativamente a introdução de genéricos em Cabo Verde?

Os medicamentos genéricos têm estado cada vez mais presentes no circuito do medicamento em Cabo Verde, o que demonstra que as políticas têm começado a surtir os efeitos preconizados. No entanto, pode-se considerar que há ainda um largo espaço de manobra para o aumento do mercado de medicamentos genéricos. A educação da população em relação aos medicamentos genéricos, que por longos anos estiveram arredados do mercado, será peça-chave para o aumento da quota de medicamentos genéricos. Dentre as políticas favoráveis à introdução de medicamentos genéricos no mercado pode-se destacar o sistema diferenciado de fixação de preços e de estabelecimentos das margens de comercialização para medicamentos genéricos, capazes de trazer benefícios económicos tanto para os operadores económicos quanto para o próprio cidadão.

Q10. Que diretivas têm sido estabelecidas para fixação de preços e de licença de produção de tecnologias essenciais para assegurar um fornecimento sem interrupção de medicamentos essenciais?

Para os medicamentos essenciais tem sido prestada uma atenção especial devido às fragilidades que o arquipélago apresenta com relação à importação e abastecimento de medicamentos. Ainda que em fase de implementação, através do Sistema Integrado de Monitorização do Mercado Farmacêutico, uma ferramenta tem sido preparada com o objetivo de fazer o acompanhamento do stock de medicamentos a nível nacional, com especial ênfase para aqueles considerados essenciais e onde, por força de lei, os operadores são obrigados a manter os níveis mínimos de stock definidos.

B - Em análise: Os Protocolos de Parceria Internacional

Q11. Considera a cooperação internacional como um fator promotor da saúde e do desenvolvimento?

O tema da saúde tem estado cada vez mais presente na agenda política dos Estados, tanto pelo fato de ser um desafio global e comum aos governos nacionais. A cooperação internacional em saúde, assim, é a expressão da solidariedade entre as nações, como parte de uma agenda eminentemente do “bem” nas relações internacionais, uma vez que evidencia a preocupação com a saúde da “comunidade global” e visa à melhoria dos índices socioeconómicos das nações. A cooperação no âmbito da saúde baseia-se em alguns princípios norteadores através das ações de cooperação com países de desenvolvimento relativo diversos, colocando ao dispor a expertise dos técnicos da Saúde, acumulada ao longo do tempo. Os efeitos são a catalisação de processos e políticas atinentes ao alcance acelerado de estágios de bem-estar social que se correlacionam direta ou indiretamente com o desenvolvimento socioeconómico. (ver resposta à questão 1)

Q12. As alianças público-privadas têm-se afirmado como uma nova forma de cooperação na saúde em Cabo Verde. Com que resultados?

As parcerias público-privadas na área da saúde em Cabo Verde têm desempenhado um papel extremamente importante. O sistema nacional de saúde ao longo das últimas décadas conheceu um desenvolvimento considerável, mas com deficiências claras entre o que é a demanda e a capacidade de resposta, tanto em termos de unidades prestadoras de cuidados de saúde, quanto na aquisição de meios técnicos modernos em quantidades satisfatórias. Os orçamentos dos Estados, a nível global e, particularmente o de Cabo Verde, mostram-se insuficientes para cobrir as demandas do cidadão no setor da saúde e os riscos de colapso são evidentes. Com o estabelecimento das parcerias público-privadas, o Estado passou a ter **a complementaridade necessária aos serviços de saúde disponibilizados à população, com claro alívio para as estruturas públicas de saúde e ganhos em termos de qualidade e eficiência de prestação dos serviços.**

Q13. Qual a relevância da Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI) enquanto fonte de financiamento para vacinas?

Com apoio da Aliança Mundial para as Vacinas e Imunização, os países em desenvolvimento conseguem vantagens importantes na introdução de vacinas nos seus mercados. Existem dois fatores principais capazes de diferenciar a GAVI dos outros atores no campo da ajuda internacional em saúde:

- O modelo de parceria: à semelhança das parcerias público-privadas, a GAVI capitaliza uma maior soma de vantagens comparativamente aos outros players;**
- O modelo de negócio: financiando a distribuição de novas vacinas, a GAVI consegue influenciar e moldar o mercado de vacinas.**

No caso específico de Cabo Verde, onde os recursos são marcadamente escassos, este tipo de parceria para o financiamento da saúde ganha uma relevância ainda maior, na medida em que o acesso em quantidade e variedade é amplificado.

Q14. Que projetos/protocolos de cooperação internacional têm sido aprovados nesses últimos 20 anos no setor saúde? – Com que zonas geográficas e porquê essas zonas? – E particularmente no setor farmacêutico? – Que cooperações técnicas internacionais têm sido estabelecidas na área da saúde?

Historicamente, as parcerias tanto na área de saúde como em outras áreas têm sido firmadas com o continente europeu e, nesse contexto, com pendor mais forte com Portugal. Para perceber o porquê basta revisitar a própria história colonial do país, onde os laços fraternais e económicos com o colonizador ganharam assinalável robustez. Outro fator terá sido a língua comum que, no entanto, só é utilizada por cerca de meia dúzia de países a nível mundial. Atualmente novas cooperações têm sido exploradas no setor farmacêutico, com o Brasil a ocupar uma posição de relevo. Especificamente neste sector, a ARFA desenvolveu parcerias nas áreas de regulação de preços de medicamentos e de farmacovigilância.

Q15. Que tipo de acompanhamento é realizado da implementação de diferentes projetos no setor farmacêutico no âmbito de parcerias internacionais?

Após a definição das áreas de cooperação no setor farmacêutico, são elaborados projetos segmentados de acordo com as essas áreas. Nos próprios projetos são definidas as formas de execução e de acompanhamento dos projetos, levando em consideração os indicadores de execução financeira, temporal e percentual de cada um.

Q16. Como avalia os resultados dos diferentes projetos realizados?

A eficácia na execução dos projetos depende essencialmente da fase de planeamento dos mesmos. A execução só será cabal se os projetos forem bem elaborados. **Assim, pode-se considerar, à luz das propostas, que os resultados foram extremamente satisfatórios, tendo sido atingidos integralmente.**

Q17. Que relação encontra entre os protocolos de parceria internacional estabelecidos no âmbito de setor farmacêutico e a evolução dos indicadores de desenvolvimento de Cabo Verde?

(ver resposta à questão 4)

Q18. De que formas poderiam os protocolos existentes na área farmacêutica serem aprofundados? Que novos conteúdos e que novas zonas geográficas de cooperação?

Os protocolos existentes na área farmacêutica **podem ser aprofundados de acordo com os ganhos que forem sendo verificados e com as novas necessidades que forem se manifestando. Existirão sempre necessidades emergentes, dada à própria configuração que o mercado for adquirindo como resultado de todo o processo de regulação.** Na regulação do setor farmacêutico cabo-verdiano iniciou-se, **por opção estratégica conjugada com os recursos disponíveis, pela regulação dos preços dos medicamentos. Existirá a clara necessidade de estender a regulação económica a outros produtos farmacêuticos, o que permite vislumbrar novas áreas de cooperação.** Outras áreas seriam as de **farmacovigilância (extensão à hemovigilância, vigilância dos dispositivos médicos ...), os cosméticos, os medicamentos homeopáticos e produtos naturais à base de plantas,** etc. Há a necessidade de ter experiências na regulação do mercado farmacêutico de outros países culturalmente diversos daqueles que ao longo dos anos têm sido presença permanente nos protocolos de cooperação técnica. Assim, **acreditamos que seria uma mais-valia a cooperação com países asiáticos que têm demonstrado avanços estrondosos a nível tecnológico, com países africanos cujos sistemas estão assentes em modelos de regulação do mercado semelhantes ao de Cabo Verde, não deixando, no entanto, de ter continuidade / aprofundamento da cooperação com os atuais parceiros.**



3. CONGÉNERES: INFARMED e ANVISA - C1 e C2

C1 - ENTREVISTADO (Função/Nome) *: Solicitado anonimato - **INFARMED** - Entrevista escrita respondida a 10 de outubro de 2012.

*Não assinalar caso pretenda assegurar o anonimato

Em análise: Os Protocolos de Parceria Internacional estabelecidos entre a ARFA e suas Congéneres

Q1. Considera a cooperação internacional como um fator promotor da saúde e do desenvolvimento?

Sim, o estabelecimento de meios de colaboração, apoia o desenvolvimento do setor através das possibilidades de intercâmbio de informação, experiências e tecnologia que pode propiciar.

Q2. Qual a relevância da Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI) enquanto fonte de financiamento para vacinas?

Não tenho suficiente informação sobre o projeto para responder.

Q3. Que projetos/protocolos de cooperação internacional têm sido aprovados nesses últimos 20 anos entre a sua instituição e suas congéneres particularmente nos países em desenvolvimento? – Com que zonas geográficas e porquê essas zonas? – E particularmente no setor farmacêutico? – Que cooperações técnicas internacionais têm sido estabelecidas na área da saúde?

Os acordos de colaboração entre o INFARMED e as suas congéneres resultam de uma vontade mútua de aproximação condicionada pela proximidade histórica, educacional e linguística, donde a área geográfica ser limitada aos países de expressão oficial portuguesa. Considerando a nossa área de competência, só podemos celebrar acordos no âmbito do setor farmacêutico. O facto de Portugal ser um Estado Membro da União Europeia tem-se revelado um factor igualmente diferenciador na celebração de acordos bilaterais considerando o sistema regulamentar e a experiência do espaço europeu.

Q4. Que tipo de acompanhamento é realizado da implementação de diferentes projetos no setor farmacêutico no âmbito de parcerias internacionais?

O INFARMED nunca participou em projetos de cariz multilateral.

Q5. De que forma poderiam os protocolos existentes na área farmacêutica ser aprofundados entre a sua instituição e a ARFA? Que novos conteúdos de cooperação?

As atividades de colaboração realizadas visaram responder a conteúdos específicos relacionados com o nível de desenvolvimento da instituição, dos seus profissionais e dos projetos em curso. Qualquer dessas áreas pode ser aprofundada e elevada para níveis de exigência superiores e adicionadas áreas que correspondam aos objetivos e prioridades definidos pela ARFA.

Q6. Que ganhos podem ser identificados em termos de crescimento e desenvolvimento de um país quando existe um sistema de regulação de produtos farmacêuticos que funcione de forma eficiente?

Os ganhos em termos de qualidade, segurança e controlo do sistema parecem-me evidentes além de que estimulam a sua constante evolução e desenvolvimento.

Q7. Uma das formas de prossecução das atribuições da ARFA é o estabelecimento de relações de cooperação com entidades públicas e privadas, nacionais ou estrangeiras. Como avalia a implementação de projetos no setor farmacêutico no âmbito de cooperação técnica entre a sua instituição e a ARFA?

As ações de realizadas têm permitido apoiar a ARFA no cumprimento da sua missão institucional e como tal a avaliação é francamente positiva indicando um total aproveitamento total das mesmas.

Q8. Como avalia os resultados dos diferentes projetos realizados entre as duas congéneres?

Ver acima

Q9. Quais as dimensões de atuação privilegiadas nos protocolos de cooperação existente entre a sua instituição e a ARFA?

Não é claro o conceito de “dimensões de atuação privilegiadas”. No caso INFARMED /ARFA as relações são privilegiadas no sentido da facilidade de contacto e na definição de ações concretas de colaboração.

Q10. Que propostas de ação consideram que poderiam ser aprofundadas nos protocolos existentes (no âmbito da área farmacêutica)?

Ver Q5

Q11. Que apreciação global tem no que se refere ao âmbito e alcance dos protocolos de parceria internacional entre a sua instituição e a ARFA?

Excelente. As metodologias de planificação, realização das ações, avaliação de resultados e subsequente aplicação prática das ações realizadas revelam-se na forma como a ARFA se posiciona e atua enquanto agência.



C2 - ENTREVISTADO (Função/Nome) *: ANVISA - Especialista em Regulação e Vigilância Sanitária – Entrevista escrita respondida a 28 de setembro de 2012.

*Não assinalar caso pretenda assegurar o anonimato

Em análise: Os Protocolos de Parceria Internacional estabelecidos entre a ARFA e suas Congêneres

Q1. Considera a cooperação internacional como um fator promotor da saúde e do desenvolvimento?

Sim, desde que planejada, executada e avaliada.

Q2. Qual a relevância da Aliança Mundial para Vacinas e Imunização (GAVI) enquanto fonte de financiamento para vacinas?

Não tenho opinião formada sobre este assunto.

Q3. Que projetos/protocolos de cooperação internacional têm sido aprovados nesses últimos 20 anos entre a sua instituição e suas congêneres particularmente nos países em desenvolvimento? – Com que zonas geográficas e porquê essas zonas? – E particularmente no setor farmacêutico? – Que cooperações técnicas internacionais têm sido estabelecidas na área da saúde?

Na ANVISA, temos firmado projetos de cooperação com Argentina, Uruguai, Paraguai, Peru, Venezuela, Cabo Verde, Moçambique. Focamos a América Latina e Caribe e África.

Q4. Que tipo de acompanhamento é realizado da implementação de diferentes projetos no setor farmacêutico no âmbito de parcerias internacionais?

É feito monitoramento da execução das atividades planejadas, avaliando o prazo de execução, custo das atividades e avaliação dos temas e conteúdos abordados nas atividades de cooperação.

Q5. De que forma poderiam os protocolos existentes na área farmacêutica ser aprofundados entre a sua instituição e a ARFA? Que novos conteúdos de cooperação?

Estes conteúdos dependem das necessidades apontadas pela ARFA, por meio de sua administração.

Q6. Que ganhos podem ser identificados em termos de crescimento e desenvolvimento de um país quando existe um sistema de regulação de produtos farmacêuticos que funcione de forma eficiente?

Principalmente o aumento da garantia da qualidade, segurança, eficácia e acesso à população de medicamentos e produtos farmacêuticos.

Q7. Uma das formas de prossecução das atribuições da ARFA é o estabelecimento de relações de cooperação com entidades públicas e privadas, nacionais ou

estrangeiras. Como avalia a implementação de projetos no setor farmacêutico no âmbito de cooperação técnica entre a sua instituição e a ARFA?

Avalio como positiva devido a seriedade com que foram tratadas pela ARFA todas as fases da cooperação técnica.

Q8. Como avalia os resultados dos diferentes projetos realizados entre as duas congêneres?

Conforme os relatórios de avaliação do projeto em sua Fase I, os resultados nas áreas de alimentos, farmacovigilância e regulação de preços destacaram-se como de impacto positivo na instituição ARFA e conseqüentemente na sua atuação junto à população de Cabo Verde.

Q9. Quais as dimensões de atuação privilegiadas nos protocolos de cooperação existente entre a sua instituição e a ARFA?

Alimentos, farmacovigilância e regulação de preços, inspeção.

Q10. Que propostas de ação consideram que poderiam ser aprofundadas nos protocolos existentes (no âmbito da área farmacêutica)?

Não tenho opinião formada.

Q11. Que apreciação global tem no que se refere ao âmbito e alcance dos protocolos de parceria internacional entre a sua instituição e a ARFA?

Vejo impactos secundários na aproximação e maior confiança entre ambas as instituições congêneres, bem como possibilidade de maior conhecimento do mercado farmacêutico dos países por ambas as instituições e serviços públicos de saúde.

