

# Que respaldas?

Junta as dadas sobre as consultas  
suplementares.  
Orientações: o que se quer...  
directivas.

1. INTRODUÇÃO	1
2. CONCEITO DE SAUDE E CONDICIONANTES EXTERNAS	3
2.1. Conceito de saúde	3
2.2. Condicionantes externas	3
2.2.1. Saúde e Cultura	3
2.2.2. Saúde/ Emprego e Rendimentos	4
2.2.3. Saúde e Demografia	4
2.2.4. Saúde e Habitação	4
2.2.5. Saúde e Segurança	4
2.2.6. Saúde e Desenvolvimento Nacional	5
3. SISTEMA NACIONAL DE SAUDE	6
3.1. Antecedentes	6
3.2. A primeira fase após a independência	7
4. GRANDES ORIENTAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAUDE	13
4.1. A Constituição	13
4.2. A orientação do III Congresso do PAICV	13
4.3. Os objectivos e estratégias para o periodo do II P.N.D.	14
4.3.1. Os objectivos	15
4.3.2. As estratégias	16
5. ALGUNS DESAFIOS A VENCER	17
6. MODELOS DOS SERVIÇOS DE SAUDE	19
6.1. Sistema Misto com acumulação do exercicio privado com o estatuto de funcionário público	20
6.2. Sistema Misto sem acumulação do exercicio privado com o estatuto de funcionário.	22
6.3. O modelo vigente, em que o Estado assume a exclusividade de prestação dos cuidados de saúde	23

# POLITICA NACIONAL DE SAUDE

## 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do sistema de protecção social que vem sendo progressivamente implantado em Cabo Verde, constitui a saúde uma das áreas prioritárias de intervenção.

Tendo partido de um ponto inicial extremamente deficiente, x constiuu o caminho já percorrido justo motivo de orgulho. <sup>tais</sup> Os resultados alcançados, ~~que~~ colocam Cabo Verde numa posição sem paralelo não só de entre os países com idêntica caracterização sócio-económico, como mesmo relativamente a países em fase avançada de desenvolvimento económico.

A situação alcançada não pode, porém, minimizar os esforços acrescidos que importa realizar no futuro imediato.

Com efeito, os serviços de saúde alcançaram uma fase de desenvolvimento, em construção desde há anos, decisiva para o salto qualitativo que lhes permitirá enfrentar os desafios com maior serenidade e confiança, atenuando-se o esforço permanente a que todo o pessoal aos diversos níveis, vem sendo exigido.

? x A conclusão da rede de base dos cuidados primários da rede hospitalar, o aumento e a diversificação do pessoal, <sup>do</sup> do serviço e o reforço dos meios materiais à disposição do sector são alguns dos factos internos mais relevantes em curso.

Considera-se, pois, chegado o momento de consagrar legalmente o enquadramento que tem possibilitado tal evolução substituindo de direito a legislação portuguesa ainda vigente. <sup>na nova legislação em Portugal?</sup>

É neste sentido que se encontra em estádios diversos de elaboração legislação abarcando as diversas vertentes da organização e funcionamento dos serviços de saúde.

De entre aquela legislação assume especial significado a Lei de Base da Saúde, a submeter à Assembleia Nacional Popular, lei essa que visa consagrar os grandes princípios a que deverá obedecer a política de saúde.

Os êxitos conseguidos na área da saúde se são o fruto do trabalho do pessoal de saúde, de opções técnicas correctas e do concurso de meios da cooperação bilateral e internacional devem-se primordialmente a uma política de saúde adequada ao país real e conforme às orientações programáticas do Partido.

Mas, porque, amiúde, o êxito das soluções suscita a vertigem da sua fácil exploração, confundindo o essencial com o acessório e engendrando a pra-

zo a negação das soluções testadas, considera-se de toda a vantagem que, no âmbito do processo de preparação do III Congresso, se proceda a um amplo debate sobre a problemática de saúde, matéria que se considera do interesse prioritário de toda a população.

Para tal debate, constitui o presente documento um contributo que procurará chamar a atenção para às questões essenciais não identificáveis com questões pontuais ou transitórias, interesses grupais ou geográficos.

^  
corporativos

## 2. CONCEITO DE SAUDE E CONDICIONANTES EXTERNAS

### 2.1. Conceito de saúde

Por estranho que possa parecer, é mais fácil a qualquer cidadão definir doença do que saúde.

Assim, não é de estranhar que até há relativamente pouco tempo se considerasse saúde como significando ausência de doença.

Porém, a este conceito definido pela negativa a Organização Mundial de Saúde veio contrapor uma definição, muito mais rica no seu conteúdo e implicações, ao considerar a saúde como o "estado de completo bem-estar físico, mental e social".

Deste conceito, perfilhado desde o início pelo Estado de Cabo Verde, resultam várias consequências, directas e indirectas como por exemplo:

- a) reconhecimento da importância no nível sanitário de uma população de outros factores para além dos tradicionalmente considerados como origem ou estímulo de patologias;
- b) alargamento da responsabilidade pela saúde de uma população a outros sectores que não exclusivamente os serviços de saúde;
- c) assumpção da interdependência do nível sanitário e do grau de desenvolvimento sócio-económico.

Compreender-se-á, pois, que a saúde, para além da importância que sempre teve ao nível de cada indivíduo, tenha vindo a constituir uma preocupação crescente dos diversos grupos organizados da sociedade (família, empresas, sindicatos, etc) e do próprio Estado uma vez que é considerada como constituindo um factor que possibilita ou dificulta o processo de desenvolvimento

### 2.2. Condicionantes externas

A saúde de uma população está condicionada por vários factores, para além da capacidade de intervenção dos serviços de saúde.

Porque esta constatação não é ainda evidente para muitos, e considerando que esta insuficiência afecta frequentemente uma adequada perspectivação da organização e funcionamento dos serviços de saúde, julga-se útil referir algo sobre algumas interdependências de saúde quer a nível individual, quer no âmbito comunitário.

### **2.2.1. Saúde e Cultura**

Considerando a cultura como o conjunto de conhecimento, valores e costumes que uma comunidade perfilha fácil é entender-se que as características culturais de cada momento terão influências positivas ou negativas sobre a saúde da população.

A título exemplificativo podem-se indicar a taxa de analfabetismo, os hábitos alimentares, algumas crenças e hábitos de higiene e limpeza como factores culturais com maior incidência negativa no nível sanitário individual e nos das comunidades.

### **2.2.2. Saúde/ Emprego e Rendimentos**

Quer considerado como meios de realização pessoal, quer como fonte de subsistência, o emprego é um dos factores mais influentes na saúde.

Desnecessário se torna realçar consequências do desemprego, de um desfasamento entre as estruturas de emprego disponível e as expectativas dos indivíduos e das desigualdades no acesso ao emprego nas condições de saúde, do indivíduo, da família e da comunidade.

Adicionalmente, o nível dos rendimentos e os critérios prevaletentes na sua redistribuição, pela influência que têm na capacidade de satisfação das necessidades podem condicionar decisivamente situações com forte influência directa e indirecta sobre o nível de saúde ( habitação e alimentação, por exemplo)

### **2.2.3. Saúde e Demografia**

Uma estrutura etária equilibrada e um volume populacional comportável pelo nível de desenvolvimento atingido são duas condicionantes da situação sanitária, ao permitirem uma distribuição equilibrada das necessidades de cuidados de saúde e uma afectação dos recursos nacionais mais consentânea com as necessidades de desenvolvimento.

Aspectos de particular importância é o que se refere ao grau de concentração da natalidade por família, por mulher e por grupo etário, criando (ou não) situações sociais e sanitárias delicadas.

### **2.2.4. Saúde e Habitação**

A disponibilidade de habitação em quantidade e qualidade satisfatórias, habitação essa dispendo de infraestruturas adequadas no âmbito do saneamento básico é, indubitavelmente, uma condição decisiva do nível sanitário de uma população, dada a multiplicidade de incidências positivas ou negativas que pode proporcionar.

### 2.2.5. Saúde e Segurança

Pelas consequências imediatas e a prazo que acarretam, os acidentes, sejam eles de trabalho, de viação ou pessoais, afectam sensivelmente a saúde da população quer directamente (incapacidades temporárias ou definitivas), quer indirectas (desvio de recursos para a prestação de cuidados de saúde e o pagamento de indemnizações).

### 2.2.6. Saúde e Desenvolvimento Nacional

É o nível de saúde da população condicionante e condicionado do processo nacional de desenvolvimento. Condicionante, na medida em que uma população sofrendo de carências sanitárias dificilmente estará em condições de participar plenamente em tal processo, podendo, inclusivé, constituir um travão ao ritmo de desenvolvimento.

Condicionado, porque é o nível de desenvolvimento que se vai alcançando que assegura condições progressivamente mais favoráveis de rendimentos, de habitação, de subsistência e de educação, e possibilita a afectação dos recursos necessários ao funcionamento dos serviços de saúde.

### 3. SISTEMA NACIONAL DE SAUDE

A designação habitual de serviço de saúde entende-se preferível optar pela de sistema de saúde, reforçando-se, assim, o conceito de um todo interdependente e equilibrado cujo âmbito ultrapassa o dos serviços de saúde, uma vez que abrange entidades como as que asseguram a gestão de seguros-doenças ou outros seguros (acidentes de trabalho, viação e pessoais) e a produção e comercialização de medicamentos.

A noção de sistema é importante já que é frequente a tentação de raciocinar sobre algumas vertentes dos serviços de saúde como se de realidades isoladas, ou isoláveis, se tratassem, não curando de equacionar as repercussões a montante, a juzante ou colaterais.

Num sistema, por definição, a análise ou alteração de um seu elemento são indissociáveis das condicionantes ou repercussões noutros elementos, considerados individualmente ou no todo.

De qualquer modo, o texto só abarcará, de uma forma sistematizada, os serviços de saúde, fazendo-se menções pontuais aos restantes elementos sempre que for necessário.

#### 3.1. Antecedentes

Porque é próprio da natureza humana a tendência para a obliteração do passado, quando se trata de avaliar o presente e perspectivar o futuro, importará que se analisem as condições prevalecentes no momento em que se iniciou esta nossa ainda curta caminhada como país independente

Como consequência da lógica intrínseca do sistema colonial e das condições então vigentes em Cabo Verde, os serviços de saúde caracterizavam-se por um número reduzido de infraestruturas degradadas, concentradas nos dois centros urbanos e servidas por um número escasso e pouco diversificado de profissionais.

Daí que a protecção na doença, escassa e desenvolvida numa perspectiva assistencial, tivesse predominantemente em atenção uma elite urbana, deixando o grosso da população ao cuidado predominante de um punhado de dedicados enfermeiros.

Não será de estranhar, pois, os valores de alguns indicadores sanitários no ano de 1975:

Nº. de médicos : 13, dos quais 11 nacionais

Nº. de enfermeiros: 140

Hospitais: 2

Delegacias de Saúde: 8

Postos Sanitários: 29

Taxa de Mortalidade Geral: 10,5%

Taxa de Mortalidade Infantil: 108%

### **3.2. A primeira fase após a independência**

Confrontado com a situação descrita, o Estado caboverdiano desencadeou de imediato um conjunto de actividades prioritariamente dirigidas à garantia de um mínimo de cuidados acessíveis a toda a população, e em cuja formulação pesou, inevitavelmente, a escassez pronunciada de infra-estruturas e de recursos humanos.

Estrategicamente, e ainda que com prejuízo transitório dos cuidados curativos, os serviços de saúde incidiram os seus esforços em actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, sendo de realçar o início do programa de protecção materno-infantil e de planeamento familiar.

Com início dos Planos Nacionais de Desenvolvimento começaram a ser lançados as iniciativas estruturais que, a prazo, criassem as condições suficientes a um adequado funcionamento dos serviços de saúde.

Considerando os prazos necessários à formação de pessoal (6 a 7 anos para um médico generalista, e mais 4 a 5 anos para um médico especialista) e a dependência dos programas de cooperação com países amigos e organizações internacionais, não será de estranhar que este período se desenvolva ao longo de 10 anos, até 1990.

Durante este período, são de realçar as seguintes realizações, algumas das quais se encontram ainda em curso:

#### 3.2.1. No domínio das infra-estruturas

- criação de 48 Unidades Sanitárias de Base
- criação de mais 6 Postos Sanitários
- criação de 16 Centros de Saúde

- construção de novo Hospital Regional de Santa Catarina
- criação de 15 unidades de PMI/PF
- remodelação do Hospital Regional do Fogo
- criação do Centro Comunitário de Saúde Mental da Trindade
- construção de depósitos de medicamentos na Praia e no Mindelo
- construção de oficinas de manutenção de equipamentos na Praia e no Mindelo
- construção do novo Hospital Central de S. Vicente (a partir de uma estrutura interrompida)
- remodelação geral e ampliação do Hospital Central da Praia
- criação de uma rede de laboratórios em todas as sedes do concelho.
- processo permanente de reapetrechamento dos serviços de saúde.

### 3.2.2. No campo dos recursos humanos

- aumento do número de médicos para 103, dos quais 66 são nacionais
- existência de 7 médicos nacionais com formação especializado (mais 8 estão neste momento no exterior)
- formação no país de 128 enfermeiros (+140)
- formação no país de 40 técnicos-auxiliares de laboratórios
- formação no país de 20 técnicos auxiliares de radiologia
- formação no país de 56 atendentes de saúde
- formação no país de centenas agentes sanitários de base e de parceiras-leigas.

### 3.2.3. Na área da prestação de cuidados

- lançamento de programas nacionais, a saber:
  - . educação para a saúde
  - . protecção materno-infantil
  - . planeamento familiar
  - . controle de lepra

- . controle de tuberculose
  - . saúde mental
  - . controle das doenças provocadas por vectores animados
  - . prevenção e controle da SIDA
  - . programa alargado de vacinação
  - . medicamentos essenciais
- início da criação das redes de cuidados primários das cidades da Praia e do Mindelo
- introdução de novas valências especializadas

#### 3.2.4. Quanto aos recursos

Afectação crescente de meios materiais e financeiros ao funcionamento dos serviços de saúde, cuja evolução se pode avaliar pelo quadro seguinte:

			1.000 EC
<u>ANOS</u>	<u>OGE</u>	<u>PROG. INVESTIMENTOS</u>	<u>TOTAIS</u>
<u>1984</u>	<u>160.697</u>	<u>96.000</u>	<u>256.697</u>
<u>1985</u>	<u>170.244</u>	<u>145.000</u>	<u>315.244</u>
<u>1986</u>	<u>234.106</u>	<u>147.600</u>	<u>381.706</u>
<u>1988 (a)</u>	<u>227.545</u>	<u>581.000</u>	<u>808.545</u>

(a) previsão

#### 3.2.5. No que respeita aos resultados

Durante o período decorrido verificaram-se melhorias assinaláveis na generalidade dos indicadores sanitários que constitui o modo mais objectivo de avaliar a situação sanitária:

	1975	1980	1987
<u>Taxa de Mortalidade Geral</u>	10,5 %	7,7%	7,9 %
<u>Taxa de Mortalidade Infantil</u>	108,80	63,7%	66,0 %
<u>Esperança de Vida</u>	56,9	61	63
<u>Relação Médico/habitantes</u>	1/20.975	1/5.880	1/3.260
<u>Relação enfermeiro/habitante</u>	1/1.947	1/1.600	1/1.600

De realçar que, segundo a Organização Mundial de Saúde, Cabo Verde apresentava em 1986, uma situação invejável em relação aquelas taxas na região africana:

- 2ª . Taxa mais alta de cobertura de vacinação infantil
- 3ª . Taxa mais alta de cobertura de cuidados materno-infantil (excepto assistência no parto).
- 4ª . Valor mais alto de esperança de vida.
- 5ª . Taxa mais baixa da mortalidade infantil.
- 7ª . Taxa mais baixa de mortalidade geral

### 3.3. Situação Actual

O biénio de 1987 representa um momento decisivo na vida do sistema de saúde em Cabo Verde já que neste período alguns factos marcantes tiveram lugar:

- a) foi reduzida a influência da queda das chuvas no aumento da mortalidade infantil;
- b) todos os concelhos, excepto um, passaram a ter médicos nacionais e passaram a dispor de, pelo menos, um Centro de Saúde apoiado por um laboratório de análises;
- c) iniciou-se a criação da rede de cuidados primários das cidades da Praia e do Mindelo;
- d) a formação de pessoal passa a ter um carácter sistemática e diversificado;

- e) a formação de pessoal especializado no exterior experimentou um incremento significativo;
- f) iniciou-se o processo de consagração legal da experiência acumulada no período pós-independência
- g) clarificação da responsabilidade individual e institucional no custeio dos cuidados de saúde.

#### 3.4 . Perspectivas a curto e médio prazo

Numa perspectiva de 1990 (curto prazo) e 1995 (médio prazo) a evolução assegurada dos serviços de saúde apresenta-se do seguinte modo:

- a) melhoria de acessibilidade aos cuidados de saúde através da criação (ou reconversão ) de unidades de saúde periféricas: criação de 15 novas Unidade Sanitárias de Base, 6 Postos Sanitários e 8 Centros de Saúde. Este desenvolvimento permitirá que ninguém, independentemente do seu lugar de residência, fique a mais de duas horas, a pé de um serviço de saúde;
- b) reforço dos meios humanos e materiais das estruturas de saúde, melhorando as dotações de pessoal de serviços periféricos, garantindo uma maior qualificação ao pessoal dos Hospitais Centrais e Regionais, instalando serviços e radiologia em todos os concelhos, desenvolvendo os laboratórios e serviços de radiologia dos serviços centrais e instalando serviços buco-dentários em todos os concelhos.
- c) conclusão de rede de cuidados hospitalares através da ampliação do Hospital Central de S.Vicente, beneficiação geral e ampliação do Hospital Central da Praia, entrada em funcionamento do novo Hospital Regional de Santa Catarina, construção de novo Hospital Regional de Santo Antão (Ribeira Grande) e equacionamento de assistência hospitalar no Sal.
- d) incremento da assistência médica especializada na periferia através da programação da deslocação de pessoal especializado aos diversos concelhos;
- e) reforço das iniciativas conducentes à melhoria das condições sanitárias das populações, nomeadamente no que diz respeito ao abastecimento de água (volume e controle da qualidade), dos esgotos ( soluções colectivas e individuais) e da recolha de lixos;
- f) desencadeamento de um programa concertado de educação para a saúde.

## 4. GRANDES ORIENTAÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

### 4.1. A Constituição

A actuação do Governo no domínio da saúde vem sendo enquadrada pelas disposições constitucionais e programáticas do PAICV aplicáveis ao sector.

Assim, a Constituição da República no seu artº. 14º. proclama textualmente: " A Saúde Pública tem por objectivo promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua inserção equilibrada no meio sócio-ecológico em que vive. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores médico-medicamentosos".

Ainda na Constituição da República, no seu artº 38º., afirma-se que "todo o cidadão tem o direito à protecção da saúde e o dever de a promover e a defender"

Neste texto, que define os princípios básicos da política de saúde, denota-se uma ênfase na prevenção e, ainda, no direito do cidadão à protecção da saúde e no dever da sua participação na promoção e defesa da mesma.

### 4.2. A orientação do IIº Congresso do PAICV

Na mesma linha, a resolução sobre a saúde e Assuntos Sociais do II Congresso do PAICV decide:

1. Reafirmar que compete ao Estado garantir a prestação dos cuidados de saúde ao povo de Cabo Verde e criar condições para a sua materialização.
2. Que devem ser mobilizados os esforços e recursos existentes para a prestação dos cuidados primários de Saúde, visando uma efectiva política de prevenção, com especial ênfase para determinados grupos considerados prioritários, como as crianças e a mulher no processo de gestação.

Especial atenção será acordada aos aspectos ligados ao abastecimento em água potável, ao saneamento, à nutrição, à educação para a saúde, incluindo a educação sexual, às vacinações, à saúde materno-infantil e ao planeamento familiar, ao abastecimento em medicamentos essenciais, à luta contra as principais endemias e à saúde mental.

3. Que a luta contra as doenças endémicas e epidémicas devem ser prosseguida e intensificada, em conformidade com o objectivo de conseguir a erradicação de alguns flagelos que afectam as nossas populações até ao ano 2.000, bem como de reduzir a morbilidade e a mortalidade, especialmente a infantil.
4. Que a intervenção das populações na resolução dos seus problemas sócio-sanitários é condição essencial para o êxito dos objectivos propostos, devendo as organizações de massas e de participação popular, no quadro da política definida pelas entidades estatais competentes e em coordenação com estas, fomentar a participação activa e organizada das colectividades,
5. Que a racionalização de utilização das estruturas hospitalares mais diferenciadas, tanto pela exigência de pessoal devidamente qualificado, como pelo apetrechamento apropriado, deve ser uma das preocupações do Estado, de modo a permitir uma intervenção adequada nos casos que ultrapassam o âmbito dos cuidados primários.
6. Recomendar a valorização dos recursos humanos e o seu correcto enquadramento, de acordo com a nossa realidade nacional".

É importante destacar o relevo que é dado aos serviços preventivos, bem como a prioridade que é concedida às crianças e à mulher no processo de gestação

De notar, ainda, o carácter multisectorial da parte das actividades desenvolvidas pelo MSTAS, que alerta para a necessidade de intervenção integradas de várias entidades e com a participação das comunidades.

#### 4.3. Os objectivos e estratégias para o período do II P.N.D.

Análise do I P.N.D. demonstra que grande parte destes princípios já então eram reafirmados dizendo-se que " a estratégia de saúde durante o Plano assenta no alargamento da cobertura dos serviços, pondo maior relevo nos aspectos preventivos e dirigindo os esforços fundamentalmente aos grupos da população considerados em risco".

Convém ainda assinalar que foi referido no I PND que " convirá evitar ou reduzir o número de serviços ou programas verticais e tentar que, a nível local e regional, exista uma concentração das acções em unidades de saúde integradas, capazes de responder à totalidade da procura e não só à de algumas situações específicas. ( lepra, PMI, malária, etc.)".

A política de saúde assenta, ainda, nos princípios definidos na Conferência de Alma Ata (1978), em que os cuidados primários de saúde foram definidos como essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, cuidados primários es-

ses que têm por finalidade resolver os principais problemas de saúde da comunidade e compreendem, no mínimo, as actividades seguintes: promoção da nutrição e do aprovisionamento de água em boas condições, medidas de saneamento de base, saúde materno-infantil e planeamento familiar, vacinação contra as grandes patologias infecciosas, prevenção e redução das endemias locais, educação para a saúde e tratamento apropriado das doenças e dos traumatismo correntes.

#### 4.3.1. Os objectivos

Os objectivos globais para o subsector Saúde no período do II PND têm em vista as grandes orientações da política de Saúde, atrás referidas e os problemas que subsistem após o período do I PND, considerando os recursos humanos, materiais e financeiros com que conta o país para enfrentá-los.

✓ A formulação dos objectivos globais tem presente a subsistência da ainda elevada morbilidade e mortalidade por doença derivadas da contaminação da água e do melo, doenças preveníveis pela vacinação e o deficiente estado nutricional de alguns grupos populacionais.

Dos referidos objectivos destacam-se:

- a) Continuação da melhoria progressiva e consolidação dos indicadores de saúde, com especial incidência nos que dependem mais estreitamente do funcionamento dos serviços de Saúde;
- b) Alargamento dos cuidados primários de saúde a toda a população por forma a torná-los acessíveis, particularmente nas zonas rurais, no domínio da saúde materno-infantil, vacinação, saúde escolar educação para a saúde;
- c) Eficaz articulação entre as actividades dos serviços dos Cuidados Primários e as dos Cuidados Diferenciados da Saúde e desenvolvimento destes últimos, por forma a conseguir um equilíbrio e uma integração coerente das opções de saúde hospitalar e extra-hospitalar, a nível central e periférico;
- d) Contribuição no âmbito de uma Política Nacional de População, para a contenção do crescimento demográfico designadamente compensando os aumento derivados da melhoria da situação sanitária
- e) Aperfeiçoamento da macro-estrutura dos serviços de saúde e melhoria da gestão, aumentando-lhes a eficácia e a eficiência;
- f) Intensificação do investimento dos recursos humanos adequada sua formação às necessidades e às prioridades enunciadas na política nacional de saúde

### 4.3.2. As estratégias

Para atingir os objectivos propostos para o período do II PND no âmbito da saúde foi formulado um conjunto de estratégias globais que, subordinadas às grandes orientações, estão balizadas quer pela natureza e volume dos problemas, quer dos recursos quer, ainda, pela dinâmica conhecida dos factores condicionantes.

Como estratégias globais que deverão enquadrar a actividade dos serviços de saúde nos próximos cinco anos enuncia-se as seguintes:

- a) privilegiar as iniciativas que incidem sobre um maior número de destinatários e que tenham uma maior repercussão favoráveis nos indicadores da situação sanitária;
- b) Priorizar a consolidação do desenvolvimento efectuados relativamente ao lançamento de novas iniciativas;
- c) Melhorar a articulação entre os serviços de cuidados primários e diferenciados, garantindo uma continuidade de prestação de cuidados e um adequado aproveitamento das potencialidades de cada nível de serviço;
- d) Horizontalizar progressivamente os actuais programas verticais por integração nas redes de serviços prestadores de cuidados primários e diferenciados;
- e) Modernizar a rede de cuidados diferenciados e explorar adequadamente as suas potencialidades.
- f) Dinamizar a participação da população na promoção da sua própria saúde, com a colaboração das organizações de massas e sociais.
- g) Aumentar a capacidade interna de formação
- h) Desenvolver a capacidade de auto-financiamento, por diversificação de fontes de financiamento, aproximação dos preços aos custos reais e aperfeiçoamento da aplicação do princípio da solidariedade.
- i) Melhorar a capacidade de gestão e de administração com particular ênfase no que respeita à formação de gestão financeira e contabilidade;
- j) Promover uma mais eficaz acção multisectorial na melhoria da educação para a saúde, do saneamento básico, das condições habitacionais e do nível nutricional.

## 5. ALGUNS DESAFIOS A VENCER

A despeito da invejável situação conquistada (ou talvez por essa mesma razão) aos serviços de saúde colocam-se alguns especiais desafios nos anos vindouros que, paradoxalmente, coincidirão com a concretização possível de uma das metas universalmente mais desejadas: saúde para todos no ano 2000.

Porque as possibilidades de conseguirmos atingir satisfatoriamente aquela meta dependerá em grande parte da consciência que todos tivermos das implicações da complexidade crescente das questões em cada patamar sucessivo da evolução qualitativa alcançada, importará ter presente alguns dos grandes desafios que se colocam aos serviços de saúde, de modo a que a formulação atempada das respostas e a sua avaliação tenham o suporte de uma participação informada.

Sem preocupação de uma listagem exaustiva podem enumerar-se as seguintes grandes questões:

- vernos alternativa?*
- a) com a permanência de uma percentagem relativamente elevada da população necessitando de uma protecção específica do Estado e sendo cada vez maior a exigência de afectação de recursos ao processo de desenvolvimento económico, como conseguir uma afectação suficiente de recursos nos serviços de saúde?
- b) sendo prevista, a despeito dos esforços que venham a ser feitos no campo da educação sexual e do planeamento familiar, um forte aumento populacional, com especial incidência nos grupos etários mais baixos, como conciliar os consumos de saúde daí decorrentes com a manutenção e desenvolvimento de outros níveis de cuidados de saúde?
- c) como continuar a assegurar o equilíbrio entre a satisfação das necessidades básicas de toda a população em matéria de saúde e o desenvolvimento de alguns cuidados crescentemente mais sofisticados e onerosos?
- e do?*
- d) que vias utilizar para reforçar a motivação e empenhamento permanente e do pessoal de saúde (concretamente penalizado pela insularidade e pela autonomia perferia - centros urbanos) sem pôr em causa a garantia da equidade de acesso de toda a população aos cuidados de saúde?
- o que se quer?  
clarificar*
- prevenção/curativa?*
- (e) quais as vertentes de intervenção a privilegiar para que se consiga uma rápida consolidação dos avanços conseguidos no controle de muitos dos problemas de saúde?

f) que modalidade de participação dos cidadãos e das comunidades deverão ser incentivadas de modo a obter-se um empenhamento mais responsabilizado na promoção da saúde e na prevenção da doença?

As respostas passarão necessariamente pela adaptação do sistema à nova etapa de desenvolvimento nacional, desde e pela concentração dos recursos disponíveis no esforço colectivo para vencer esses desafios ??

Algumas medidas foram já visualizadas, nomeadamente:

- a) Reforço da capacidade de resposta dos serviços, de uma forma geral pela melhoria organizativa, pelo investimento em equipamentos e materiais e particularmente pela satisfação, embora parcial, das aspirações das diferentes camadas, através do reforço das esquemas suplementares de prestações de cuidados (consultas, prestação de serviços em regime de avença, quartos particulares, etc).
- b) Aumento da capacidade financeira do sistema de saúde, complementando o Orçamento Geral do Estado com as receitas provenientes da comparticipação da população nos custos entretanto canalizadas para o sector.

Isto explica a revisão da gratuitidade dos cuidados prestados aos beneficiários da Previdência Social (injustificada social e financeiramente), a revisão do sistema de protecção na doença na Administração Pública e da cessação da utilização abusiva do estatuto de indigente e de familiar de funcionário público.

Salvaguarda-se no entanto, na sua aplicação, o princípio da justiça social relativa, tendo em conta a diversidade das situações sócio-económicas e salariais existentes. O grau da participação será percentualmente diferente consoante o nível de rendimento familiar.

- c) A revisão do esquema remuneratório do pessoal de saúde bem como a melhoria da condição de trabalho, sobretudo na periferia, justificada pelas condições especiais do exercício profissional decorrentes em grande medida da situação geo-demográfica do país.

*racionalização de wo e ajuvo aos cuidados de saúde*

*compartibilização das medidas com a opção escolhida*

## 6. MODELOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Componentes 1

Dada a sua natureza instrumental na execução da política de saúde, o modelo adoptado para o sistema de saúde caboverdeano vem sendo periodicamente objecto de contestações pontuais centradas não na sua concepção mas, tão somente, quanto à não existência de componentes privadas lucrativas (com excepção do mercado retalhista de medicamentos).

Porque estas críticas, onde convergem alguns profissionais de saúde e alguns utentes, não têm aparecido suportadas por qualquer fundamento para além do apelo ao exercício de um alegado "direito natural" importa que este tema seja abertamente debatido para que não subsista como fenómeno pouco claro.

Ao abordar os modelos e soluções alternativas para os serviços de saúde, nomeadamente o alargamento, ou não, da intervenção do sector privado na prestação de cuidados de saúde, teve-se permanentemente a preocupação de manter a análise centrada ou balizada por uma questão, simples mas fundamental: com os recursos de que o país dispõe e as circunstâncias em que vive a generalidade da população, qual a modalidade sistémica passível de garantir os objectivos nacionais prosseguidos para a saúde?

Esta simples questão de partida e de chegada de qualquer abordagem do modelo de serviços de saúde não deve, nem pode, ser confundida com outras questões que, nem deixarem de ser importantes, são secundárias em relação à questão de fundo, devendo evitar-se que, ao pretender-se discutir uma delas como, por exemplo, as remunerações do pessoal de saúde, tal abordagem seja camuflada ou resvale para o questionamento do modelo do sistema e das instituições.

Para tanto importará que tal possibilidade seja analisada à luz das seguintes questões:

- a) coaduna-se com o nível médio de desenvolvimento sócio-económico já atingido e as exigências da nova etapa do desenvolvimento nacional, o desvio de meios financeiros adicionais a favor de alguns e em proveito de um número reduzido?
- b) seria positivo, do ponto de vista sanitário, para a generalidade da população, o saldo das vantagens e desvantagens da alteração do modelo do sistema de saúde através de uma eventual abertura à prática privada lucrativa?
- c) que consequências teriam para a cobertura sanitária, nomeadamente no que respeita à população das zonas não urbanas, ao enquadramento

do controle das endemias e da prevenção da doença, os efeitos indirectos da abertura à iniciativa privada?

Considerando, por momento, tal hipótese admissível em Cabo Verde, duas questões iniciais se colocam:

- Quais as áreas a abrir à iniciativa privada?
- ? - Possibilidade, ou não, de acumulação do exercício privado com o estatuto de funcionário público?

Quanto à primeira questão, e afastadas as actividades ligadas ao exercício da autoridade sanitária, não haveria razões teóricas para excluir qualquer área de prestação de cuidados do exercício privado.

Qualquer limitação repousaria ou em princípios doutrinários, ou em razões funcionais, ou ainda, em razões de interesse nacional.

Observadas que sejam as condições de um assumido exercício da actividade privada e observadas as normas que, nomeadamente, costumam acompanhá-la, não existem razões teóricas a opôr a uma abertura total da prestação de cuidados de saúde à iniciativa privada.

A haver interessados, a assumir por inteiro o exercício privado nas diferentes áreas de saúde-acção medicamentosa, diagnóstico, internamente, tratamento e reabilitação - uma saudável emulação mútua poderia ter lugar, contribuindo para uma aceleração da evolução qualitativa da prestação dos cuidados.

Convém, para melhor apreciação dessa problemática, analisar de forma esquemática as vantagens e desvantagens de diferentes modelos de sistema de saúde, considerando-os no que possa representar cada um deles no contexto da sociedade caboverdeana.

### 6.1. Sistema Misto com acumulação do exercício privado com o estatuto de funcionário público

Entre as vantagens desse sistema usualmente se aponta:

- a) Aumento da oferta de serviços e da capacidade de diagnóstico, particularmente a nível dos centros urbanos, onde é maior a procura de determinados cuidados de saúde e é maior o poder financeiro da população.
- b) Diminuição das necessidades de investimento estatal.

- c) Uma maior rapidez no atendimento, em consequência do aumento da oferta de serviços, satisfazendo pressões dos utentes no sentido de rápido acolhimento.
- d) Possibilidade de aumento dos rendimentos dos profissionais de saúde. *(consequência)*
- e) Maior oportunidade de diferenciação entre os profissionais de saúde, de acordo com o seu nível profissional, capacidade de trabalho e imagem pública.

No âmbito das desvantagens destaca-se as seguintes

- a) Aumento da desigualdade no acesso aos serviços entre a população dos centros urbanos e da periferia que constituiria o arrepio de uma orientação global das autoridades nacionais, e que se traduziria numa acrescida dificuldade em colocar e manter pessoal qualificado fora dos centros urbanos, onde as oportunidades de acumulação seriam maiores e mais vantajosas.

- b) Aumento (incontrolável) dos consumos de saúde.

Haveria a tendência para o aumento dos consumos de saúde, como consequência do aumento da oferta dos cuidados de saúde e isso de uma forma mais ou menos incontrolável se não houver uma inspeção bem implementada da actividade privada de saúde.

- c) Pormenor sempre associado à prestação privada dos cuidados de saúde é o dos custos recorrentes e do seu financiamento, questão que assume especial acuidade num país como Cabo Verde, onde a sua ponderação é já factor fundamental para a tomada de decisão quanto às medidas de consolidação e alargamento da rede e esquemas dos serviços oficiais.

Atenta a elevada propensão marginal para o consumo que se verifica quanto aos cuidados de saúde, seria de esperar um aumento substancial de consumos, directos e induzidos (medicamentos e elementos completos de diagnóstico, por exemplo) como o prova o <sup>que aconteceu</sup> acontecido com o consumo medicamentoso por parte dos beneficiários da Previdência Social. *(pôr os dados entre parêntese)*

- d) Estará uma camada significativa da população em condições de suportar directamente esses custos, ou assistir-se-ia ao reforço das pressões (já hoje existentes e parcialmente concretizadas) de transferir o ónus adicional para a Previdência Social e/ou para a entidade patronal? *ou para o próprio Estado?*

Adicionalmente, a partir do momento em que a prática privada dos cuidados de saúde fosse reconhecida, seria difícil excluí-la para a Previdência, de seguros e da acção social complementar (Fundo Social das empresas).

*concepção pessoal/especialização*

e) Se a oportunidade de maior diferenciação apontada para o sector privado é associada a maiores rendimentos, é inegável que essa será uma vantagem para a prática privada, contrabalançada, porém, por iguais ou maiores oportunidades de afirmação e formação profissional no âmbito do sector público.

f) Quanto a rendimentos, é inegável que o exercício privado é susceptível de proporcionar aumentos substanciais de rendimentos a alguns profissionais de saúde. Só que importará saber à custa de quê e de quem.

A lógica intrínseca da actividade privada aponta para a maximização dos lucros (rendimentos, no caso), o que se pretenderá prosseguir, no caso vertente, através dos preços e do volume dos serviços prestados.

Mesmo que não se verificasse uma atitude de promoção da procura, dificilmente se vê como alguém cujo objectivo é obter o máximo de rendimentos, através do máximo de consumo, se poderá empenhar numa atitude e em actividades de prevenção, que não deixariam de se reflectir negativamente sobre a sua futura capacidade de ganho.

*própria possibilidade*

g) No que respeita à possibilidade de uma melhor qualidade dos cuidados no sector privado admite-se que uma eventual maior disponibilidade de tempo e um maior empenhamnto (porque mais interessado) possam redundar, para o mesmo prestador, numa melhoria da qualidade.

Não se vê, porém, a experiência demonstra-se<sup>o</sup> como a natureza privada do exercício poderá melhorar as deficiências de um profissional.

## 6.2. Sistema Misto sem acumulação do exercício privado com o estatuto de funcionário.

*no fim  
+ claro*

Ao se admitir esse sistema, a abertura à iniciativa privada de outras áreas para além das consultas (existe uma confusão entre os conceitos de consultório médico e do exercício privado da medicina), nomeadamente exames completos de diagnósticos e internamentos seria inatável.

Nesse caso os profissionais de saúde teriam que optar entre manterem-se no Estado ou instalarem-se por conta própria adquirindo o estatuto de profissionais liberais e portanto sujeitos à legislação concertente aos mesmos.

Assistir-se-á uma tendência para a transferência da parte mais onerosa dos cuidados para os serviços de saúde do estado e dos cargos com as prestações para a Previdência Social.

Em todo o caso o sector estatal manteria o seu papel de garante da defesa da saúde das populações e seria ele a definir as normas porque se regeria o exercício da actividade privada, bem, como a criar os adequados mecanismos de inspecção dessa actividade.

Como vantagens desse sistema, para além dos referidos para o sistema anterior, pode-se apontar nomeadamente a eventual atracção ao sector de técnicos nacionais emigrados ou/e técnicos estrangeiros.

No rol das desvantagens acrescenta-se a diminuição de capacidade técnica dos serviços estatais como consequência da saída de quadros e a hipotética limitação da disponibilidade da cooperação para o preenchimento das vagas resultantes.

É sabido que a principal limitação à prestação de cuidados assenta, para além da escassez de materiais de consumo e da inexistência pontual de equipamentos, nos recursos humanos existentes. O acréscimo da capacidade de resposta pela abertura à iniciativa privada seria, por norma, minimizado pelo decréscimo da capacidade dos serviços oficiais de onde a maioria (se não a totalidade) do pessoal qualificado seria originário.

No limite, e dada a existência de situações de um ou dois técnicos por sector de actividade, a sua saída teria de ser compensada, no imediato, por cooperantes, sob pena de bloqueamento de algumas actividades fundamentais.

### 6.3. O modelo vigente, em que o Estado assume a exclusividade de prestação dos cuidados de saúde

Para além dos resultados obtidos, quer no desenvolvimento do sistema, quer ainda, em termos de evolução da situação sanitária da população, traduzida em indicadores constante da parte inicial deste documento podemos delinear outras vantagens do sistema:

- a) Garantia do diagnóstico e do controlo da situação sanitária a nível de todo o país.

Tal objectivo pressupõe a existência de um sistema de informação abrangente, que cubra todo o país e os principais aspectos da situação sanitária, nomeadamente relativos à vigilância epidemiológica, às principais causas de morbi-mortalidade geral e por grupos específi-

cos e ao alcance dos principais programas dos Cuidados Primários de Saúde.

O funcionamento desse sistema de informação facilita-se, quando a administração dos serviços de saúde é única, permitindo assim um maior controlo do seu cumprimento.

- b) A equidade de acesso aos cuidados de saúde constitui uma das pedras basilares da política de saúde e uma exigência da solidariedade nacional, que vem sendo gradativamente alcançada, garantindo às camadas rurais e às mais desfavorecidas social e economicamente facilidades nos cuidados de saúde.
- c) A distribuição dos recursos humanos, financeiros e materiais, garantida através dos Planos Nacionais de Desenvolvimento e da Programação anual do Ministério da Saúde, Trabalho e Assuntos Sociais, resulta da afectação criteriosa dos recursos por localidades e estruturas, balanceando as necessidades e as disponibilidades existentes.

No levantamento feito como suporte para definição de uma Carta Sanitária com vista a implementação da rede de cuidados de saúde, constatou-se que 81% da nossa população mora a menos de um hora a pé do recurso básico de saúde mais próximo.

A afectação do pessoal, com os mesmos critérios, a essa rede de cuidados de saúde tem sido feita, embora com maiores dificuldades na sua concretização, advenientes da insulariedade do país e da natural tendência dos quadros a se estabelecerem e sedentarizarem, uma vez colocados numa região que lhes ofereça boas condições de vida e de trabalho.

- d) A mobilização de recursos através da cooperação externa, no âmbito dos mecanismos tradicionais, a saber, cooperação bilateral e internacional, encontra-se facilitada quando os interlocutores são entidades públicas.

Particularmente, a saúde tem sido um dos sectores sociais favorecidos em matéria de oferta de recursos para investimentos, medicamentos e assistência técnica, quase sempre como donativos ou empréstimos em condições bastantes vantajosas, sem a qual dificilmente seriam conseguidos os êxitos até agora alcançados.

Tem-se dado provas da capacidade de viabilização desses investimentos, e vem-se envidando esforços para que essa capacidade a nível de coordenação e gestão se aperfeiçoe.

- e) A administração única garante uma melhor coordenação do sistema, relativamente ao conhecimento das necessidades e à gestão dos recursos.

De facto, este aspecto enquadra todas as outras vantagens aqui desenvolvidas, se consideramos o estágio de desenvolvimento do país e os meios de que este dispõe.

- f) Grandes são as disponibilidades de qualificação profissional dos técnicos, quer através de formação prolongada no exterior, quer pela formação permanente no serviço ou ainda pela participação em cursos ou seminários de curta duração.

O MSTAS faz anualmente uma programação da formação permanente e especializada dos quadros de saúde, de acordo com as necessidades, disponibilidades em recursos humanos e as ofertas no exterior sobre essa matéria.

- g) Desenvolvimento das capacidades tecnológica e de investigação.

Na sequência do ponto anterior pode-se apostar na capacidade dos serviços estatais na adaptação das tecnologias às nossas capacidades e realidades. Trata-se de uma previsão ou de aspiração realizável com equipas multidisciplinares capacitadas, com as quais os serviços de saúde têm todo um potencial a desenvolver, tanto na tecnologia como na investigação.

Alguma pesquisa sobre certos problemas de saúde vem sendo iniciada ou desenvolvida com êxito.

Apresentamos esses aspectos como vantagens do modelo estatal em vigor passemos a analisar algumas das suas desvantagens.

- a) A desvantagem mais saliente da restrição da intervenção na área da saúde ao sector estatal é, sem dúvida, a limitação da liberdade opcional do utente que não pode, muitas vezes, escolher o seu médico nem tão pouco poderá intervir na decisão do momento do atendimento.

É uma desvantagem sobretudo de ordem psicológica, ligada à fraca confiança no sistema estatal. Tem muito a ver com a limitada diferenciação do nível de serviços prestados às diferentes camadas sociais, resultante de principal preocupação de garantir a universalidade do acesso.

Entende-se que elementos da camada económica e socialmente mais diferenciada aspiram a disfrutar de melhores cuidados, muitas vezes

resultante da comparação com serviços idênticos de outros países com níveis de desenvolvimento bastante superior.

Só que nem sempre se debruçam sobre o custo do sistema e sobre a origem do financiamento. No entanto, a experiência vivida nos serviços estatais criados para dar vazão a esse factor de pressão - consultas suplementares e quartos particulares - indica-nos um número reduzido desses elementos que procura esses serviços para satisfação dessa aspiração.

- b) Uma outra desvantagem, factor de pressão sobre o sistema, liga-se aos profissionais que vêem no sistema estatal uma limitação à possibilidade de melhorarem os seus proventos, através de uma relação directa com o doente com prestação de cuidados e retribuição da mesma.
- c) A restrição da oferta de serviços e da consequente limitação da capacidade de intervenção pode ser alinhada como outra desvantagem, se pensarmos que habitualmente à iniciativa privada se atribui maior capacidade de ajustar a oferta à procura, dada a maior flexibilidade e maleabilidade de sistemas menos complexos.

No entanto seria de prever que o aumento da capacidade de resposta se manifestasse somente nalguns domínios, limitando-se aos serviços curativos e nesses aos que exigem menor investimento e são de rentabilidade mais imediata.

- d) Outra desvantagem é ainda a fraca valorização moral e material do serviço estatal, em virtude de ser gratuito na sua quase totalidade.
- e) É de todos conhecidos como a burocracia pode facilitar ou dificultar a administração ou o funcionamento de um serviço.

Os serviços estatais têm a desvantagem de estarem inseridos num sistema complexo, com uma burocracia mais ou menos pesada e que muitas vezes dificulta intervenção imediatas e oportunas.

No entanto, um aperfeiçoamento dos mecanismos de gestão e da própria administração tendentes a aligeirar o funcionamento é desejável, estando em estudo a concessão de autonomia administrativo-financeira aos Hospitais Centrais.

Em última análise, é bom apresentar algumas perspectivas do desenvolvimento sócio-económico do país, conforme os cenários construídos para o II PND, numa óptica de evolução até ao ano 2000, e com repercussão directa na situação e actividade do sector:

- a) intensificação do processo acelerado de crescimento demográfico, estimando-se para o ano 2000 uma população na ordem dos 490 000 habitantes (presunção da taxa de fecundidade e emigração de valores médios), donde resulta a necessidade de
- b) pressução de uma política populacional rigorosa, exigindo do sector uma acção concertada ao nível da intervenção comunitária, prestações familiares e planeamento familiar;
- c) continuação das actuais condições do mercado de emprego com fortes componentes de subemprego e desemprego;
- d) previsão de uma capitação do PIB em 1990 de 400 dólares;
- e) continuação de fortes migrações internas em direcção aos centros urbanos da Praia e do Mindelo, colocando especiais problemas sociais, pelo que se desejaria o reforço da capacidade de atracção dos centros secundários (sedes de conselho e aglomerações periféricas);
- g) eventual existência em 2000, de cerca de 40 000 famílias vivendo em situação precária, implicando o "reforço da acção redistributiva do Estado nos domínios da saúde, da nutrição e, de um modo geral, na garantia da satisfação de um nível mínimo das necessidades";
- f) riscos de desequilíbrio orçamental, o que implica "o estudo analítico das necessidades realmente fundamentais que deverão ser asseguradas pela colectividade nos domínios da saúde, ..." e a adequação da prestação de serviços oferecidos pelo Estado às suas disponibilidades financeiras;
- i) na perspectiva da transformação da Administração numa administração para o desenvolvimento... "torna-se necessária a utilização da planificação como instrumento de racionalização da acção pública";
- j) valorização dos recursos humanos;
- l) montante indicativo das despesas de desenvolvimento para o sector no período do II PND na ordem dos 1 milhão e 800 mil contos.

#### 6.4. Considerações finais

Ao se ponderar as vantagens e desvantagens dos diferentes modelos, importa, por um lado, reconhecer a natureza muito específica do sector saúde, que não comparável com qualquer outro, uma vez que:

- a saúde lida como o único bem não substituível - a vida;

- os utentes, por norma, não são livres na decisão dos consumos, cuja natureza e volume estão predominantemente à mercê da decisão do prestador dos cuidados;
- os utentes se apresentam-se junto do prestador de cuidados em condição de dependência;
- frequentemente os problemas de saúde têm a ver com o foro mais íntimo do utente;
- é ímpar a dificuldade do controle e avaliação do trabalho do prestador de cuidados.

Deste modo melhor se entenderá por que a prestação de cuidados de saúde não é assimilável, à construção de uma casa, ao estudo de um projecto de investimento ou, mesmo, à defesa de um interesse legalmente protegido, posto que em qualquer destes casos a decisão de consumo permanece, em maior ou menor grau, nas mãos do utente e, ainda que das actividades desenvolvidas resultem danos e perdas, estas não têm para o utente consequências equivalentes às que poderão resultar da prestação de cuidados de saúde.

Do exposto resulta a justificação para especiais condições de compensação ao pessoal de saúde e para um enquadramento de exercício mais rigoroso do que na generalidade das outras profissões.

Por outro lado, toda a escolha terá que considerar, em primeiro lugar, os resultados alcançados, os desafios a vencer e o programa a cumprir no âmbito da saúde tal como é hoje entendida, assim como a filosofia política do regime que não se compadece com a constituição de ilhéus privilegiados na nossa sociedade, antes visa garantir cuidados de saúde de qualidade crescente e acessíveis a toda a população.