

**PLANO NACIONAL
DE
DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO II
- PNDS II -**

2008- 2017

ABREVIATURAS

AIDI	Atenção Integrada às Doenças de Infância
ARO	Alto Risco Obstétrico
ARV	Anti-Retrovirais
AS	Área Sanitária
ASC	Agente de Saúde Comunitário
BAD	Banco Africano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
CCIA	Comité de Coordenação Inter-Agência
CCM	Comité de Coordenação e Monitorização dos fundos do Fundo Mundial
CECOME	Central de Compra de Medicamentos
CF	Cooperação Francesa
CG	Comité de Gestão
CMT	Centro de Medicina Tropical
CNLS	Conselho Nacional de Luta Contra o SIDA
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CS	Centro de Saúde
DCV	Doenças cardiovasculares
DENARP	Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza
DGPC	Direcção-Geral de Planeamento e Cooperação
DGSP	Direcção-Geral da Saúde Pública
DHE	Direcção de Higiene e Epidemiologia
DIEC	Direcção de Informação, Educação e Comunicação para a Saúde
DRS	Direcção Regional de Saúde
ENS	Escola Nacional de Saúde
ERS	Equipa Regional de Saúde
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura
GAVI	<i>Global Alliance for Vaccination and Immunization</i>
GUB	Guiné-Bissau
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
IB	Iniciativa de Bamako
IEC	Informação, Educação e Comunicação para a saúde
INASA	Instituto Nacional de Saúde
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LNSP	Laboratório Nacional de Saúde Pública
MAP	<i>Multi-Approach Project</i> /Projecto Multisectorial
ME	Medicamentos Essenciais
MEIR	Ministério da Economia e Integração Regional
MICS	Inquérito sobre Múltiplos Indicadores
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MINFIN	Ministério das Finanças
MINSAP	Ministério da Saúde Pública
NC	Nível Central
NL	Nível Local
NR	Nível Regional
OCP	Programa de controlo da oncocercose
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMD	Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações não governamentais
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PIB	Produto Interno Bruto
PMA	Pacote Mínimo de Actividades
PNAN	Plano nacional de alimentação e nutrição
PNDS	Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário
PNLT	Plano Nacional de Luta contra a Tuberculose
PQT	Poliquimioterapia
PSB	Projecto de saúde do Bandim
PVVIH	Pessoas Vivendo com VIH
RH	Recursos Humanos

RHS	Recursos Humanos da Saúde
SAB	Sector Autónomo de Bissau
SG	Secretário-geral
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIS (SNIS)	Sistema de informação sanitária (Sistema Nacional de Informação Sanitária)
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SNU	Sistema de Nações Unidas
SR	Saúde Reprodutiva
SRO	Sais de Rehidratação Oral
SSF	Serviço de Saúde da Família
SSI	<i>Statens Serum Institut</i>
TARV	Terapia Anti-Retroviral
Tb	Tuberculose
TDR	Termos de referência
TMN	Tétano materno e neonatal
TNN	Tétano neonatal
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
UNICE	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USC	Unidade de Saúde Comunitária
VID	Vigilância Integrada das Doenças
VE	Vigilância Epidemiológica
VIH (1 e 2)	Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 ou tipo 2

ÍNDICE

Abreviaturas	2
ÍNDICE	4
ÍNDICE DOS QUADROS	6
ÍNDICE DE CAIXAS DE TEXTO.....	6
ÍNDICE DE FIGURAS.....	6
INTRODUÇÃO	7
1. Porquê o PNDS	7
2. Processo de elaboração do PNDS (metodologia e envolvimento dos parceiros).....	10
3. Conteúdo do PNDS II.....	12
PARTE A: ANÁLISE DE SITUAÇÃO	14
1. CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO, ECONÓMICO E SOCIAL	15
2. O PERFIL DE SAÚDE.....	17
3. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	17
3.1. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE E MORBILIDADE DA POPULAÇÃO	18
3.1.1. Doenças transmissíveis	18
3.1.1.1. Paludismo.....	19
3.1.1.2. Tuberculose	20
3.1.1.3. Infecção por VIH/ SIDA	20
3.1.1.4. Doenças diarreicas.....	21
3.1.1.5. Infecções respiratórias agudas	22
3.1.1.6. Lepra	22
3.1.1.7. Doenças preveníveis pela vacinação.....	22
3.1.1.8. Doenças transmissíveis negligenciadas (esquecidas)	23
3.1.1.9. Doenças com potencial epidémico.....	23
3.1.2. Doenças não transmissíveis	23
3.1.2.1. Má nutrição	24
3.1.2.2. Saúde Mental.....	24
3.1.2.3. Saúde da Visão.....	25
3.1.3. Complicações obstétricas (Saúde da mãe e recém-nascido)	25
3.2. DETERMINANTES DO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	26
3.2.1. Água e Saneamento	26
3.2.2. Urbanização	27
3.2.3. Segurança alimentar e perfil nutricional da população	27
3.2.4. Estilo de Vida	28
3.2.5. Outras determinantes sociais	29
3.2.5.1. Desigualdades sociais.....	30
3.2.5.2. Género	30
4. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	31
4.1. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	31
4.1.1. Política Nacional de Saúde	31
4.1.2. Organização do Serviço Nacional de Saúde (SNS).....	31
4.1.2.1. Órgãos de direcção do MINSAP	32
4.1.2.2. Programas de saúde	35
4.1.2.3. Seguimento dos objectivos	36
4.1.2.4. Os princípios de boa governação: transparência, responsabilidade, participação, eficácia e coerência	37
4.1.2.5. Supervisão, seguimento, controlo e avaliação.....	39
4.1.3. Financiamento	40
4.1.3.1. Instituto nacional de previdência social (INPS)	40
4.1.3.2. Iniciativa de Bamako/ Recuperação de custos	41

4.1.3.3. Financiamento externo.....	41
4.1.4 Prestação de cuidados	42
4.1.4.1. Qualidade dos cuidados de saúde.....	43
4.1.4.2. Transfusão sanguínea e biossegurança	44
4.1.4.3. Acesso aos cuidados de saúde.....	45
4.1.4.4. Acesso aos medicamentos essenciais.....	45
4.1.4.5. Preparação e gestão das intervenções da Saúde Pública em situação de catástrofe	47
4.1.5. Recursos humanos da saúde	48
4.1.5.1. Caracterização da força de trabalho.....	49
4.1.5.2. Formação de quadros da saúde.....	50
4.1.5.3. Gestão e administração dos RH do SNS.....	51
4.1.5.4. Motivação, desempenho e mecanismos de compensação.....	52
4.1.6. Sistemas de apoio	52
4.1.6.1. Sistema Nacional de Informação Sanitária.....	52
4.1.6.2. Pesquisa no sistema de saúde	54
4.1.6.3. Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA).....	54
4.1.6.4. Laboratório Nacional da Saúde Pública (LNSP)	54
4.1.6.5. Projecto de Saúde de Bandim (PSB)	55
4.1.6.6. Centro de Medicina Tropical (CMT)	55
4.1.7. Logística, transporte e manutenção de infra-estruturas e equipamentos de saúde	55
4.2 SECTOR PRIVADO.....	56
4.3 SECTOR DA MEDICINA TRADICIONAL.....	57
5. RESUMO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DA SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU	58
5.1. PROBLEMAS MAIORES DO PANORAMA SANITÁRIO DA GUINÉ-BISSAU.....	58
6. LIÇÕES APRENDIDAS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PNDS 1	59

PARTE B: RESPOSTA NACIONAL AOS DESAFIOS PRIORITÁRIOS DA SAÚDE.....61

7. ORIENTAÇÕES POLÍTICAS E ESTRATÉGICAS.....	61
7.1. POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE	61
7.2. PRINCÍPIOS NA ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE.....	62
7.3. PRESSUPOSTOS E RISCOS.....	63
7.4. CENÁRIOS	64
7.5. VISÃO PARA O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE GUINEENSE.....	66
7.6. MISSÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA.....	66
7.6.1. Prestação de Cuidados Essenciais e de Referência de Saúde	66
8. EIXOS ESTRATÉGICOS.....	68
8.1. REFORÇO DE CAPACIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, 2008 – 201268	
8.1.1. Governança, Liderança, Parceria e Financiamento do Serviço Nacional de Saúde.....	69
8.1.2. Gestão, desenvolvimento e valorização de recursos humanos da saúde	74
8.1.3. Melhoria do acesso – infra-estruturas, equipamentos e estratégia avançada.....	79
8.1.4. Securitização dos produtos farmacêuticos.....	82
8.2. GANHOS EM SAÚDE 2013-2017	85
8.2.1. Vigilância integrada das doenças e situações de emergência.....	85
8.2.2. Colaboração intersectorial e promoção da saúde.....	90
8.2.3. Monitorização & avaliação e promoção da pesquisa operacional.....	93
8.2.4. Desenvolvimento de cuidados essenciais e de referência.....	97

PARTE C: IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DO PNDS II 101

9. MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO	101
9.1. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE	101
9.2. COMITÉ DE GESTÃO DO PNDS	101
9.3. CÉLULA DE COORDENAÇÃO E SEGUIMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PNDS.....	102
10. MECANISMOS DE PROGRAMAÇÃO	102
11. MECANISMOS DE CATIVAÇÃO DE RECURSOS.....	104
12. MECANISMOS DE DIÁLOGO.....	104
13. ADEQUAÇÃO DO QUADRO DE REFERÊNCIA LEGAL.....	104
14. CONTRIBUIÇÃO DE OUTROS SECTORES PARA SAÚDE.....	105
14.1. O PAPEL DO ESTADO	106
14.2. O PAPEL DO SECTOR PRIVADO	106
14.3. O PAPEL DAS POPULAÇÕES INCLUINDO A SOCIEDADE CIVIL	106

15.	AVALIAÇÃO E AUDITORIAS DO PNDS	107
16.	ORÇAMENTO DO PNDS	107
16.1.	NECESSIDADES DO PNDS II EM RECURSOS.....	107
16.2.	POTENCIAIS FONTES DE FINANCIAMENTO DO PNDS II.....	108

ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro 1.	Mortalidade Infantil por distribuição geográfica, área, riqueza e sexo	18
Quadro 2	Principais problemas de Saúde por grupos-alvo	19
Quadro 3.	As funções de diferentes níveis de prestação de cuidados	34
Quadro 4.	Diferentes comités de coordenação do sector da Saúde.....	39
Quadro 5.	Resumo dos fluxos contributivos – estimativas para 2006*	41
Quadro 6.	Ajuda externa ao sector da Saúde, em USD, no triénio 2003-2006	41
Quadro 7	Tipos de situações de emergência registadas no país desde 1998.	48
Quadro 8.	Rácio de habitantes por grupos profissionais	49
Quadro 9.	Categorias profissionais de saúde por níveis de cuidados.....	50
Quadro 10.	Análise dos factores de sucesso e insucesso na implementação do PNDS.....	60
Quadro 11.	Pressupostos e riscos a considerar no PNDS II.....	63
Quadro 12.	Quadro sinóptico de resultados esperados para o eixo estratégico 1	70
Quadro 13.	Estratégias e actividades para uma melhor governação, liderança, parceria e financiamento do serviço nacional de saúde.....	72
Quadro 14.	Quadro sinóptico dos resultados esperados com este eixo estratégico.....	75
Quadro 15.	Estratégias para os RHS e principais pacotes de actividades	75
Quadro 16.	Estratégias e pacotes de actividades para gestão, desenvolvimento e valorização de recursos humanos da saúde.....	78
Quadro 17.	Quadro sinóptico dos resultados esperados com a implementação do eixo estratégico 3.....	79
Quadro 18.	Melhoria do acesso – infra-estruturas, equipamentos e estratégia avançada.....	81
Quadro 19.	Quadro sinóptico dos resultados esperados do reforço da capacidade de aprovisionamento em produtos farmacêuticos	83
Quadro 20.	Reforço da capacidade de aprovisionamento em produtos farmacêuticos (medicamentos, vacinas e reagentes) e utilização da tecnologia da saúde.....	84
Quadro 21.	Quadro lógico de impacto do PNDS II em termos de ganhos em saúde.....	85
Quadro 22.	Quadro sinóptico dos resultados a esperar com a vigilância integrada das doenças e de situações de emergência	86
Quadro 23.	Vigilância integrada das doenças e situações de emergência.....	88
Quadro 24.	Quadro sinóptico dos resultados a esperar com a promoção da saúde e colaboração intersectorial.....	90
Quadro 25.	Promoção da saúde e colaboração intersectorial.....	92
Quadro 26.	Quadro sinóptico dos resultados a esperar com Monitorização & avaliação e promoção da pesquisa operacional.....	94
Quadro 27.	Monitorização & avaliação e promoção da pesquisa operacional.....	95
Quadro 28.	Quadro lógico de resultados a esperar com a implementação do eixo estratégico 5.....	98
Quadro 29.	Estratégias e pacotes de actividades para Desenvolvimento de Cuidados Essenciais e de Referência.....	99
Quadro 30.	Orçamento do PNDS II para o período 2008 – 2012 (em milhões de FCFA).....	108
Quadro 31.	Diferentes fontes de financiamento do sector da Saúde (Em biliões de FCFA).....	109
Quadro 32.	Proiecção do financiamento do sector da saúde por cenários, (em mil milhões de FCFA)	110

ÍNDICE DE CAIXAS DE TEXTO

Caixa 1.	Pacote mínimo de actividades.....	42
Caixa 2.	Estratégia avançada.....	45

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Principais eixos estratégicos do PNDS II.....	69
-----------	---	----

INTRODUÇÃO

1. Porquê o PNDS

O PNDS I surgiu no contexto de uma política de saúde orientada por princípios como a consolidação dos Cuidados de Saúde Primários, a melhoria do acesso aos serviços de saúde, da distribuição equitativa dos recursos, do funcionamento dos serviços e da qualidade da prestação de cuidados, a descentralização do sistema de saúde, a definição e desenvolvimento de uma política para os recursos humanos e de uma melhor colaboração intersectorial. Foi o primeiro exercício de planeamento estratégico no sector da saúde e em todo o país.

O PNDS I constituiu, assim, um quadro de referência para as actividades e acções de desenvolvimento sanitário no período de 1998 a 2002. No entanto, devido a situação político militar de Junho de 1998, toda a execução do PNDS ficou, de um lado, comprometida mas, de outro lado, manteve o seu carácter de um plano estruturante, com orientações claras, com objectivos, estratégias e acções devidamente declarados, apesar de todo este clima de instabilidade nas mais diversas áreas da vida do país. Sobrevivendo à instabilidade político-militar, o PNDS foi revisto para o horizonte temporal de 2003 a 2007, de modo a permitir que todas as actividades inicialmente programadas pudessem ser implementadas.

A resposta que o PNDS I deu às contingências surgidas desde a sua passagem pela Mesa Redonda Sectorial de 1997 até à data presente conferiu-lhe a virtuosidade que hoje lhe reconhecemos. A partir dessa realidade, a função de planeamento assumiu um papel de charneira em todo o processo de mudança de uma forma permanente e contínua, de primordial importância para a coordenação de todas as actividades do Ministério da Saúde Pública.

A sua avaliação, com base nos indicadores previstos em termos dos resultados esperados, permitem concluir que, de um modo geral, houve ligeira melhoria de indicadores fruto de um grande esforço feito pelo país apesar das enormes dificuldades com que se tem deparado e que são inerentes a um país como a Guiné-Bissau classificado entre os mais pobres do mundo. No entanto, os objectivos traçados pelo PNDS I, mesmo com a extensão do período de sua vigência para mais 5 anos, não foram alcançados.

A grande condicionante da implementação do PNDS I foi o conflito político-militar de Junho de 1998 que agravou a fragilidade das instituições do Estado, destruiu infra-estruturas essenciais de prestação de cuidados e de apoio; foi responsável pela progressiva carência de profissionais de saúde (muitos emigraram para outros países, incluindo quase todos os médicos especialistas), pela desorganização e instabilidade de quadros no sector e pela falta de políticas integradas de desenvolvimento. Foi também o conflito político-militar que levou a uma drástica diminuição da ajuda externa da qual dependia a saúde em mais de 90% do seu orçamento de funcionamento com a retirada dos principais financiadores do sector deixando o PNDS a descoberto e que pôs em causa o cumprimento dos objectivos traçados. Inicialmente planeado para um cenário de optimismo, em que se esperava que o país crescesse e melhorasse em termos de indicadores económicos e sociais, o PNDS teve de ser reajustado, e esse reajuste levou a que quase recomeçasse tudo de novo. O país passou a ser gerido numa situação de instabilidade política e institucional. A situação da saúde, assim como nas demais áreas

sociais, agravou-se pelo que os objectivos anteriormente traçados se tornaram muito difíceis de alcançar. A instabilidade, resultante de Junho de 1998, contribuiu também para que tudo fosse uma prioridade (o que tornou difícil assegurar as prioridades já definidas e bem patenteadas, por exemplo, a nível das infra-estruturas.

Em relação ao resultado esperado de “*assegurar cuidados de qualidade e acessíveis a todos*” os serviços de saúde, tanto de primeiro contacto como os de referência continuam a não assegurar cuidados de qualidade (globais, contínuos e integrados) e acessíveis a todos, apesar das melhorias registadas em alguns indicadores. O comprometimento deste resultado esperado, deve-se acima de tudo pelos factores tais como:

- A falta de infra-estruturas e de equipamentos essenciais;
- Constante fuga de quadros técnicos da saúde para o exterior com maior incidência no período de conflito de Junho de 1998;
- A falta de recursos humanos em quantidade, sua fraca qualificação e má gestão (distribuição) dos que se encontram a disposição do sistema;
- Ausência de um programa de supervisão e controlo periódico da distribuição e utilização dos recursos a diversos níveis;
- Precárias condições de vias de comunicação;
- Precariedade e insuficiência da rede de transportes;
- Aumento de práticas nocivas à sustentabilidade do SNS, tais como o roubo de equipamentos (como painéis solares e outros materiais) das unidades sanitárias.

A instabilidade administrativa¹ foi outra das principais condicionantes à implementação e execução do PNDS I. Cada mudança nas cúpulas de gestão exigia um período de familiarização com as estratégias do PNDS, contribuindo ainda mais para a perda de recursos humanos, para a rotatividade na gestão de topo e, muitas vezes, para o desconhecimento do PNDS (especialmente por parte dos novos quadros) o que torna mais lenta a sua execução. Apesar da criação de uma Célula de Gestão (CG) do PNDS, que podia assegurar a continuidade na implementação das prioridades definidas, uma vez que estava protegida das mudanças que se operavam em toda administração pública, a composição dessa estrutura não teve em conta a visão dos objectivos traçados. Era uma estrutura basicamente económica virada essencialmente para a gestão financeira dos fundos do BM e do BAD. Por isso, nunca foi produzido, durante este período, uma visão analítica da implementação do PNDS e o impacto das intervenções que estavam sendo feitas na saúde das populações. Mais uma vez, o papel de liderança esclarecida de todo o processo ficou defeituoso.

A baixa contribuição do OGE para a saúde é outro importante estrangulamento à implementação do PNDS. Como consequência, a dependência quase total do exterior, a fraca capacidade de negociação do MINSAP desorientado da sua visão estratégica, a falta de confiança dos parceiros nos órgãos dirigentes do MINSAP tal como em todo o país, facilitou o apego aos formatos da relação doador-receptor – em que o doador dita e o receptor aceita, ou seja, o receptor fica sem visão e pouco exigente, aceitando todo o financiamento mesmo que este não sirva, ou sirva mal, os seus objectivos – o que dificultou a coerência estratégica e se revelou, muitas vezes, em duplicações e esforços desadequados.

A fraca capacidade de gestão a todos os níveis (administração central, regional e local, comunidades e sociedade civil), a falta de uma visão muito clara sobre o papel de cada um

¹ Termo utilizado para referir a constante mudança na gestão de topo dos órgãos do MINSAP e estruturas ligadas ao PNDS.

dentro da rede do Serviço Nacional da Saúde dificultaram a concretização da estratégia de descentralização o que impediu que as regiões tivessem a autonomia de planificar e executar actividades de forma autónoma.

O DENARP surgiu no início da década de 2000, logo após o conflito político militar de 1998. Conforme reza esse documento, a eliminação da pobreza exige uma abordagem abrangente que toma em conta tanto os aspectos económicos, sociais e institucionais assim como culturais e ambientais. Nesta perspectiva, foram identificados e vinculados aos objectivos prioritários do DENARP *actores* que irão dar outro significado à participação pública dos cidadãos, desempenhando, cada um, o papel que lhe cabe para a prossecução dos objectivos em vista.

É nesse contexto que o MINSAP se envolveu, mais uma vez, na elaboração do seu Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS II) com a expectativa de dar resposta do sector da saúde aos objectivos traçados no quadro do DENARP.

Falar do PNDS II, para o Ministério da Saúde Pública, é falar de um projecto de desenvolvimento socioeconómico da Guiné-Bissau, é pensar num presente que desenha o futuro, é ter uma postura de gestão a olhar o futuro de mesma forma que nesta instituição de saúde nasceu o Primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS I) como uma experiência mas que se transformou em modelo de organização.

A incessante preocupação do Ministério da Saúde Pública e seus parceiros de propiciar às populações cuidados de saúde integrados e de elevada qualidade aconselha alterações de grande envergadura no funcionamento do Sistema de Saúde a fim de o compatibilizar com os princípios consagrados no DENARP. O PNDS II será o fio condutor para que as instituições do MINSAP, outros organismos e entidades, possam assegurar ou contribuir para a obtenção de “Ganhos em Saúde”, de 2008 a 2017.

Como instrumento fundamental de gestão, as suas orientações estratégicas deverão sustentar política, técnica e financeiramente o Sistema Nacional de Saúde. Irá permitir a integração e facilitar a coordenação e colaboração das múltiplas entidades do Sector da Saúde.

Como documento estratégico, o PNDS II terá o crucial papel de agregar e orientar aquilo que é mais importante implementar para promover “Saúde para Todos os Guineenses”. Irá juntar todos os intervenientes à volta dos necessários debates sobre Saúde e orientar as actividades das instituições do MINSAP a nível nacional e nas Regiões, os parceiros de desenvolvimento e a sociedade civil.

O PNDS II tido como base do contributo do Sector da Saúde para a Redução da Pobreza e Promoção do Desenvolvimento Socioeconómico sustentável à luz da Mesa Redonda de Genebra de 2006, leva também em conta os compromissos do Governo da Guiné-Bissau relativamente a prossecução dos *Objectivos de Desenvolvimento do Milénio* (MDG), a Declaração da União Africana sobre a *Sobrevivência das Crianças*, da iniciativa *Maternidade Sem Risco* e a Declaração de Abuja sobre a meta de 15 % do orçamento geral do Estado destinado a Saúde entre outros compromissos do Governo no domínio da saúde e do desenvolvimento. A sua concretização passa necessariamente pela implementação gradual de todos os Programas Nacionais de prevenção e combate às doenças (transmissíveis e não transmissíveis), promoção da saúde e outros.

O lançamento deste Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS II) constitui, mais uma vez, um marco histórico na construção e reforço do Sistema de Saúde numa base que se ajuste às reais necessidades sociais e condições económicas, e faz parte integrante das estratégias globais de desenvolvimento do País.

2. Processo de elaboração do PNDS (metodologia e envolvimento dos parceiros)

Para a efectivação do processo de elaboração do Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, o Ministério da Saúde Pública contou com o apoio participativo dos técnicos nacionais, da participação activa das Regiões mas também recorreu a assistência técnica e financeira dos organismos e agências internacionais parceiros, nomeadamente a OMS, o UNFPA, o UNICEF, a Fundação Calouste Gulbenkian e Cooperação Francesa. A Cooperação Portuguesa também deu apoio técnico ao processo de revisão final do documento.

Neste quadro, esteve no país de 12 a 19 de Janeiro de 2007, a primeira missão conjunta da OMS e UNICEF de apoio ao lançamento do processo de elaboração do PNDS II cuja finalidade foi de discutir, com as autoridades nacionais, o estabelecimento de um calendário de acções de curto prazo (8-9 meses) até à obtenção do documento final e sua apresentação formal numa Consulta Sectorial com todos os parceiros de desenvolvimento. A missão tinha como objectivos proceder o lançamento formal do processo a nível nacional; definir mecanismos de apoio às Regiões e Programas; estabelecer etapas e adoptar um calendário integrado com todas as acções; e estimar as necessidades financeiras e em assistência técnica permanente e intermitente para o suporte de todo o processo. Mais outras 4 missões de apoio técnico foram realizadas tanto na área de concepção e desenvolvimento do PNDS como na área de orçamentação do referido plano (ver a ficha técnica).

Em termos organizacionais e liderança do processo, foi criado um Comité de Pilotagem baseado na estrutura que pilotou todo o processo de DENARP. O Comité de Pilotagem do PNDS II é assim presidido pelo Ministro da Economia e Integração Regional com o envolvimento activo do Ministério das Finanças. Faz parte deste órgão, todos os parceiros nacionais e internacionais, bilaterais e multilaterais interessados nas questões de saúde (ver a composição do comité na ficha técnica).

Sendo o Comité de Pilotagem uma estrutura de decisões políticas, foi criada a Comissão Técnica Nacional de Coordenação, cuja composição e atribuições foram definidas por um despacho de Sua Excelência a Ministra da Saúde Pública. A Comissão Técnica é presidida pelos dois Directores-Gerais do Ministério da Saúde e fazem parte dela, além dos directores nacionais dos serviços técnicos deste Ministério, a Unidade de Coordenação do DENARP junto do Ministério da Economia e parceiros técnicos e financeiros (OMS, UNFPA e UNICEF).

Como estruturas mais operacionais e de trabalhos técnicos foram criados 4 grupos temáticos com respectivos termos de referência:

Grupo temático I: Prestação de Serviços e Emergências (Prestação de Serviços, Instalações, Equipamentos e Medicamentos, Promoção da Saúde (IEC), Saúde Ambiental e Emergências)

Grupo temático II: Administração Geral (Governação), Sistema de Informação Sanitária (SIS) incluindo pesquisa no sistema de saúde e Monitorização & Avaliação (M&A)

Grupo temático III: Financiamento da Saúde e Parcerias (Análise Macro-económica, Social, Política; Parcerias)

Grupo temático IV: Recursos Humanos (Políticas, Gestão, Formação e Sistema de Informação de pessoal).

Cabe a cada grupo, proceder a recolha de toda a informação necessária para a análise da situação e, em seguida, propor estratégias e objectivos em relação ao tema para os próximos anos.

Sendo um trabalho participativo com produções de informações de forma separada de cada grupo, sentiu-se a necessidade de consolidação e harmonização de todos esses trabalhos produzidos por diferentes grupos e por outras pessoas recursos. Foi assim que surgiu a necessidade de uma maior gestão prática de todo o processo de desenvolvimento do documento de PNDS II até ao seu produto final e levou a Comissão técnica a propor a criação, no seu seio, de um pequeno grupo composto por três técnicos o qual passou a designar de “Grupo de Consolidação do PNDS II” tendo, a partir desse momento, como uma estrutura operacional e permanente da comissão técnica. O grupo de consolidação passou a assegurar e garantir a manutenção dos princípios de participação e de sinergia de conhecimentos, experiências e perícias.

Foi feita a abertura total para que mais pessoas e organizações fossem envolvidas na sua concepção e realização como forma de promover uma maior responsabilização de todos os interessados/envidados. Encontrou-se no processo de elaboração do PNDS-II uma excelente ocasião para a tomada de consciência colectiva não só como profissionais mas também como cidadãos, acreditando de que só com a **boa governação** será possível o desenvolvimento sustentável e equitativo.

Considerações finais:

1. Foi elaborado e estabelecido o calendário para todo o processo que foi sendo actualizado a medida que atrasos foram sendo registados;
2. Foi consensual de que a **Análise da Situação Sanitária**, a definição dos **Objectivos** e as **Opções Estratégicas** se façam em conformidade com o DENARP;
3. Todo processo de elaboração do PNDS II teve em conta a mudança do contexto no financiamento da Saúde, recursos disponíveis devido a redução da dívida pública, as oportunidades oferecidas pelos grandes parceiros e as modalidades de apoio estabelecidas no quadro de cooperação a diferentes níveis, incluindo o apoio directo ao Orçamento Geral do Estado;
4. Apesar do fraco engajamento de recursos financeiros a partir do Orçamento Geral do Estado, o Governo assumiu a liderança de todo o processo, traduzido na presença de Sra. Ministra nas reuniões técnicas da Comissão de coordenação e na direcção do Ministro da Economia às reuniões do Comité de Pilotagem;
5. As principais etapas do calendário são: Análise da Situação, Determinação dos Objectivos, Prioridades e Estratégias, estimativa dos recursos necessários, adopção Plano pelo Governo e pela Assembleia Nacional Popular e sua divulgação entre os parceiros e sociedade civil;
6. Um elemento fundamental, a salientar neste processo, foi a participação dos parceiros nacionais chaves como os Ministérios da Economia, Plano e Integração Regional e das Finanças, e dos principais organismos e agências de cooperação internacional, incluindo as ONG;
7. A validação do PNDS II foi feita em dois momentos:
 - 7.1. *Validação da Análise da Situação, dos Objectivos e escolha das Estratégias pela comissão técnica com a participação de todas as regiões sanitárias e parceiros técnicos do MINSAP*
 - 7.2. *Validação do Documento Final pelo Comité de Pilotagem*

3. Conteúdo do PNDS II

Este documento é composto por duas partes: **Parte A:** *Análise de Situação* e **Parte B:** *Resposta Nacional aos problemas prioritários da saúde*.

A análise da situação foi centrada sobre o perfil sanitário caracterizado pelos indicadores do estado de saúde da população de um lado e, de outro lado, pela descrição da situação do serviço nacional de saúde.

No que concerne ao estado de saúde da população, caracterizado pelos indicadores de morbilidade e de mortalidade, a análise foi feita relativamente às suas causas e seus determinantes.

As causas principais de morbilidade e mortalidade no seio da população geral e, particularmente, de determinados grupos vulneráveis, foram organizados em três grupos: (1) doenças transmissíveis, (2) doenças não transmissíveis e (3) complicações obstétricas. No que refere às doenças transmissíveis, foram analisadas, com algum pormenor, a situação actual das doenças tais como Paludismo, a Tuberculose, o VIH/SIDA, as doenças epidémicas e as epidemias e outras doenças transmissíveis negligenciadas.

No capítulo das doenças não transmissíveis, a falta de informações não permitiu descrever mais detalhes sobre a situação real dessas. No entanto, aspectos ligados com a saúde mental e má nutrição foram analisados além da ilustração da situação emergente das doenças cardiovasculares incluindo as diabetes nos últimos anos.

As complicações obstétricas foram objectos de uma análise separada e destacada dada a dimensão com que estas se apresentam em relação ao elevado índice de mortalidade materna e neonatal no país.

Os determinantes do estado de saúde da população são entendidos como aqueles factores que podem facilitar ou dificultar a presença das doenças (transmissíveis e não transmissíveis), das complicações obstétricas, dos acidentes e agressões, entre outros, todos tidos como causas directas de morbilidade e mortalidade na população. Assim sendo, os determinantes do estado de saúde mais destacados no contexto sanitário guineense são a água e saneamento do meio, a urbanização e êxodo rural, segurança alimentar e nutricional, estilo de vida, as desigualdades sociais e a problemática do género no seio da população.

O Serviço Nacional de Saúde compreende a rede dos serviços públicos, do sector privado e da medicina tradicional. A sua análise tem como objectivo, apurar as condições em que esse pode influenciar o estado de saúde através do atendimento e tratamento de qualidade às causas directas de morbilidade e mortalidade. Nesta óptica, o Serviço Nacional de Saúde foi analisado também como parte dos determinantes do estado de saúde da população.

Na análise do sector público do serviço nacional de saúde, foram descritos, com alguns detalhes, os aspectos que dificultam de maneira significativa o funcionamento do serviço de cuidados de saúde. O capítulo inicia-se com a política nacional de saúde, organização do serviço nacional de saúde e órgãos de direcção do MINSAP. Os programas nacionais de saúde assim como seguimento dos objectivos da saúde ainda fazem parte da análise desse capítulo. Outro aspecto de importância capital que foi também analisado é os princípios de boa governação e o financiamento do sector da saúde partindo da experiência de implementação do PNDS.

A análise do sector público do serviço nacional de saúde continua com a descrição analítica de prestação dos cuidados como principal missão do Ministério da Saúde com vista a melhoria do estado de saúde da população. Foram analisados os pontos como a qualidade dos cuidados oferecidos incluindo a biossegurança na rede pública; as condições de acesso geográfico aos serviços de cuidados de saúde incluindo a disponibilidade e o estado das

infra-estruturas, equipamentos e materiais médicos e o acesso aos medicamentos essenciais. A organização do MINSAP em termos de preparação e gestão das intervenções da saúde pública em situações de emergência também foi analisado neste ponto. Análise dos recursos humanos da saúde, caracterizado como força de trabalho, a capacidade do sistema para a produção e renovação dessa força de trabalho, sua gestão e motivação fechou o capítulo de prestação de cuidados de saúde.

Como toda missão principal, também a prestação de cuidados tem um conjunto de actividades de apoio, formulados mais no sentido de proporcionar melhores condições necessárias para a prestação de cuidados mais adequados com maiores qualidades possíveis, a análise de situação recaiu também sobre os sistemas de apoio. Este capítulo começa com o Sistema de Informação Sanitária, que além de analisar o sistema de colecta de informações de rotina, inclui também a pesquisa e as instituições nacionais que se ocupam da mesma como actividade que produz informações complementares do sistema de rotina. Finalmente foi descrita a actual situação da logística e manutenção das infra-estruturas e equipamentos da saúde. Como atrás mencionado, os sectores privado e tradicional, foram descritos para completar o chamado serviço nacional de saúde.

Antes de entrar na segunda parte do documento, houve uma atenção de trazer para as considerações gerais, o resumo dos principais problemas da saúde na Guiné-Bissau assim como as lições tiradas da implementação do PNDS I nos 10 anos de sua vigência. Foram analisados utilizando o quadro da análise *SWOT*, os pontos fortes e fracos como aspectos internos do MINSAP e identificados também os pontos que facilitaram e os que dificultaram a implementação do PNDS I.

A segunda parte do PNDS, “*Resposta nacional aos desafios prioritários da saúde*”, inicia-se com as orientações políticas e estratégicas do PNDS II. Três pontos caracterizam esse capítulo: (1) o resumo dos elementos da política nacional de saúde, (2) princípios na organização, gestão e prestação de cuidados de saúde e (3) pressupostos e riscos a assumir com o PNDS II.

Foram ainda analisados 4 cenários baseados fundamentalmente no compromisso do governo para o financiamento do sector da saúde a partir do Orçamento Geral do Estado na tentativa de demonstrar o quão importante o engajamento orçamental do estado na melhoria do perfil sanitário do país.

A visão para o sistema nacional de saúde guineense complementado com a missão do MINSAP em todo o processo de desenvolvimento sanitário da Guiné-Bissau, anunciam a meta almejada com o PNDS II e o papel principal do Ministério da Saúde Pública para alcançar a meta anunciada.

Considerado parte principal da missão do MINSAP em todo o sistema nacional de saúde, foi descrito a forma como a prestação de cuidados deverá ser feita e que condições serão necessárias criar para poder oferecer à toda a população os cuidados de qualidade de que precisa. Com base nessa missão, foram identificadas 8 eixos estratégicos. Estes oito eixos estratégicos têm um conjunto de objectivos que se conglomeram em dois períodos: o período de 2008 – 2012, concentrado essencialmente no reforço de capacidade de intervenção do Serviço Nacional de Saúde (eixos 1 a 4) e o período 2013 – 2017 orientado no sentido de obter mais ganhos em saúde melhorando significativamente os indicadores do estado de saúde da população (eixos 5 a 8).

Finalmente, o PNDS é fechado com a descrição do mecanismo de sua implementação e gestão. Os órgãos de gestão estratégica e técnica com vista a garantia dos princípios de boa governação foram descritos nesta última parte do documento orçado em 123.143.290.000,00 FCFA.

PARTE A:
ANÁLISE DE SITUAÇÃO

1. CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO, ECONÓMICO E SOCIAL

A República da Guiné-Bissau fica situada na costa ocidental do continente africano. Manteve-se sob administração Portuguesa até Setembro de 1974 quando alcançou a sua independência.

Politicamente, o país tem vivido situações de instabilidade política e institucional e a recorrência da violência, materializada por repetidos golpes de estado e conflitos armados. O poder é legalmente exercido através de um sistema democracia multipartidária, semipresidencialista, com um Presidente eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um e uma Assembleia Nacional Popular eleita por 4 anos, onde existe a separação de poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. No entanto, desde o conflito político-armado de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato.

Do ponto de vista administrativo, a Guiné-Bissau está dividida em oito regiões: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quínara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 sectores e um Sector Autónomo (cidade de Bissau), capital política, económica e administrativa do país. Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Cacheu e a capacidade logística do Ministério da Saúde em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o mapa sanitário apresenta-se com 11 regiões sanitárias, incluindo o Sector Autónomo de Bissau. Convém recordar que no contexto da Guiné-Bissau, aplicando os critérios de classificação das regiões e distritos da OMS, as regiões sanitárias guineenses correspondem aos distritos sanitários de outros países africanos. Portanto, as regiões sanitárias devem ser entendidas como distritos sanitários.

As 11 regiões sanitárias foram divididas em 114 áreas sanitárias (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes. Mesmo assim, mais de 40% da população vive a uma distância superior a 5 km, das estruturas de prestação de cuidados primários de saúde, mais próximas.

Em 2006, a população da Guiné-Bissau foi estimada em cerca 1.387.754² habitantes (taxa de crescimento anual de 2,05%) e caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 48% da população tem menos de 15 anos de idade e 63,3% com menos de 25 anos. As mulheres representam mais 51% da população. A esperança média de vida é de 45,8 anos (UNPD, 2007). Cerca de 30% de toda a população guineense a viver no país encontra-se no Sector Autónomo de Bissau – a capital (PNDS, 2003).

A Guiné-Bissau é caracterizada por uma grande diversidade étnica. Não existe um consenso sobre o conceito e o número das etnias no país. Os dados variam de autor para autor, oscilando geralmente entre dez e trinta etnias³. No entanto, cinco grupos étnicos representam mais de 85% do total da população (Fula - 25.4%⁴, Balanta - 24.6%⁵,

² Dados da DHE/MINSAP, projecção a partir do Censo Populacional de 1991 realizada pela INEC/MEIR

³ Etnia, é entendida como uma entidade caracterizada por uma mesma língua, uma mesma tradição cultural e histórica, pela ocupação de um mesmo território, por uma mesma religião e sobretudo pela consciência colectiva de pertença a essa comunidade (LOPES, 1983:33)

⁴ Foi utilizado o critério de junção dos seis subgrupos de fula que aparecem separados no censo populacional num único grupo Fula: fula, fula de boé, futa fula, fula toro, fula de toro, fula preto.

⁵ Caso Balanta, o critério foi o mesmo: a junção dos Balanta e Balanta Mané num único grupo.

Mandinga - 13.7%, Manjaco - 9.3%, e Papel - 9,0). Uma etnia encontra-se numa fase avançada de extinção, conforme resultado do último recenseamento geral da população.

A língua oficial é o português, sendo que o crioulo, a simbiose das línguas autóctones e o português, é a língua de comunicação oral mais utilizada apesar de não ter uma forma escrita oficialmente aprovada, é o idioma mais veicular e, com uma abrangência em toda a extensão do território nacional, além de coexistirem tantos dialectos em número igual de etnias existentes no país. A presença de tão grande diversidade étnica e linguística coloca a Guiné-Bissau perante um incontestável património étnico-cultural, o que também não deixa de constituir uma das grandes limitações no contacto dos técnicos da saúde com as populações para o bom desempenho das suas funções de prestação de serviços de saúde.

Além da diversidade étnica, no país coabitam também diferentes credos religiosos (católicos, protestantes, muçulmanos e animistas).

Em Junho de 1998, a República da Guiné-Bissau atravessou um breve período de conflito armado que veio contribuir para a deterioração do país a todos os níveis. Actualmente, o país atravessa um período que não tem favorecido o crescimento económico nem facilitado políticas sociais e económicas coerentes. A dependência da comunidade internacional em sectores como a economia, a saúde e a educação é quase total. Uma economia frágil, com fraca mobilização dos recursos internos, falta de dinamismo do sector privado e um débil desenvolvimento do capital humano.

Os principais produtos de exportação da Guiné-Bissau são a castanha de caju, o peixe e os frutos do mar e a madeira. A agricultura (essencialmente de subsistência) e a pesca (artesanal) são os principais sectores de actividade do país, sendo que a agricultura emprega 82% da população activa, a indústria 4% e os serviços (principalmente administração pública) 14% (Sangreman et al., 2006).

De acordo com o *Document de Strategie Nationale de Reduction de la Pauvrete* (DENARP) (2006) as infra-estruturas de apoio às actividades económicas são deficientes: uma rede rodoviária escassa e em más condições, portos marítimos obsoletos e degradados, telecomunicações deficientes e dificuldades no fornecimento de energia eléctrica (apenas 5,7% da população tem acesso a luz eléctrica e de forma irregular).

Actualmente, o produto interno bruto (PIB) *per capita* da República da Guiné-Bissau é de 827 (em PPP USD) (UNDP, 2007). Em 2002, o crescimento do PIB foi negativo em 7,2% e o investimento em percentagem do PIB diminuiu (de 21,8% em 1997 para 11% em 2003) o que comprometeu o esforço de reconstrução (DENARP, 2006). A ajuda externa ao desenvolvimento também verificou um decréscimo (de 74,2% do PIB em 1994 para 29,2% do PIB em 2002) (DENARP, 2006).

O rácio da massa salarial, para as receitas fiscais, era de 77,1% em 2000-2003 e de 89% em 2006, o que ultrapassa largamente o critério de convergência da UEMOA. Se esta tendência se mantiver, assistiremos a um desmoronamento das finanças públicas, com atrasos permanentes no pagamento dos salários e, consequentemente a instabilidade social.

A pobreza afecta dois terços da população: 66,7% vive com menos de 2 dólares por dia e 20,8% com menos de 1 dólar por dia. A percentagem de pobres é mais elevada nas zonas rurais e nas pessoas com mais de 45 anos (especialmente naquelas com mais de 66 anos) (DENARP, 2006).

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (UNDP, 2007), a República da Guiné-Bissau é o 175º país, de um total de 177 países.

A educação é um dos sectores mais problemáticos do país. Caracterizam-no o deficiente desempenho e os recursos humanos, financeiros e materiais escassos. Em 2004, 2,5% do PIB foi gasto na educação (média para a África Sub-Sahariana é de 4%) (DENARP, 2006).

Em 2006 menos de 10% das crianças com 36 – 59 meses de idade recebiam educação pré-escolar. Um pouco mais de metade (53,7%) das crianças com idade 7 – 12 anos frequentava o ensino primário. Somente 28,5% das crianças com 7 anos de idade estavam inscritas no primeiro ano do ensino primário. A taxa de frequência do ensino secundário entre adolescentes e jovens com 13-17 anos de idade era de apenas 7,7%. Das crianças que iniciam o primário, só 79,7% chegam ao 5º ano de escolaridade.

A maioria da população com 15 e mais anos de idade é ainda analfabeta ou semianalfabeta. As mulheres são geralmente as menos favorecidas em matéria de escolarização.

A frequência escolar nas áreas rurais continua muito inferior à das áreas urbanas assim como a escolarização das meninas sobretudo nas regiões do leste do país.

2. O PERFIL DE SAÚDE

O perfil de saúde aqui abordado é essencialmente baseado na análise do Estado de Saúde da População e da situação do Serviço Nacional de Saúde.

De modo geral, o perfil de saúde é caracterizado por acentuadas assimetrias regionais, rurais e urbanas, quer a nível dos indicadores do estado de saúde da população, quer das infra-estruturas de prestação de cuidados existentes, e a funcionar, quer em termos dos recursos disponíveis. Nas áreas rurais, continua uma grande disputa entre a medicina moderna e a tradicional. A fraca qualidade dos cuidados da medicina moderna vai servindo de justificação para mais aderência a medicina tradicional.

3. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

Existem muito poucos indicadores sobre a mortalidade e morbilidades geral e específicas que possam permitir uma boa descrição e caracterização do estado de saúde da população guineense. O Sistema de estatísticas vitais não funciona e não há registo obrigatório de óbitos. Sendo que a maior parte dos acontecimentos de doenças e mortes passam fora das estruturas de prestação de cuidados de saúde devido a fraquíssima utilização dos mesmos, as informações do sistema de informação sanitária são muito parciais.

Tem-se recorrido a alguns estudos pontuais e parciais para caracterizar a mortalidade e morbilidade de determinados grupos prioritários como é o caso das crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas.

O risco de uma mulher morrer durante a vida fértil na Guiné-Bissau é 184 vezes superior relativamente ao daquelas que vivem nos países desenvolvidos (1 em 19 contra 1 em 3.500). A mortalidade materna é estimada em cerca de 800 por 100.000 nados vivos

A mortalidade neonatal situa-se em torno de 55 por 1.000 nados vivos e a infantil em 138 por 1.000 nados vivos. Em cada 1.000 crianças nascidas com vida, cerca de 223 morrem antes de completar 5 anos de vida (MICS-3, 2006) (Quadro 1. Mortalidade Infantil por distribuição geográfica, área, riqueza e sexo

).

De uma forma geral, é no SAB que os indicadores são melhores.

Quadro 1. Mortalidade Infantil por distribuição geográfica, área, riqueza e sexo

Especificidade social		Rácio de mortalidade
Distribuição geográfica	Norte	145 por 1.000 nados vivos
	Sul	101 por 1.000 nados vivos
Área	Urbana	106 por 1.000 nados vivos
	Rural	150 por 1.000 nados vivos
Riqueza	60% Pobres	151 por 1.000 nados vivos
	40% Ricos	110 por 1.000 nados vivos
Sexo	Masculino	152 por 1.000 nados vivos
	Feminino	123 por 1.000 nados vivos

Fonte: MICS-3 (2006) cit in Santana (2007)

3.1. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTALIDADE E MORBILIDADE DA POPULAÇÃO

As principais causas de morbi-mortalidade da população são agrupadas em três: (1) doenças transmissíveis, (2) doenças não transmissíveis e (3) as complicações obstétricas. A colocação do terceiro grupo de causas (complicações obstétricas, deve-se ao elevado nível de mortalidade materna e neonatal no país e papel preponderante dessas causas. A seguir caracterizam-se a cada grupo das causas.

3.1.1. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

As doenças transmissíveis continuam a constituir o maior problema de saúde pública na Guiné-Bissau. Durante os últimos 10 anos, o quadro epidemiológico do país não se alterou (quadro 2), no entanto, houve um agravamento das patologias habituais e emergentes, nomeadamente da TB e do VIH/SIDA.

Entre as doenças transmissíveis com principais causas de morbilidade e mortalidade, destacam-se o paludismo, a tuberculose, a infecção do VIH/SIDA, as doenças diarreicas e as infecções respiratórias agudas.

Quadro 2 Principais problemas de Saúde por grupos-alvo

Grupos vulneráveis:	Causas de morbilidade/mortalidade
Crianças <5 anos	• Paludismo • Infecções respiratórias agudas • Diarreias • Má nutrição • Anemia
Mulheres grávidas e Recém-nascidos	• Paludismo • Complicações ligadas à gravidez e ao parto (hemorragias, anemias, rupturas uterinas, complicações de aborto, fístulas, etc.) • Má nutrição • Problemas dos recém-nascidos (nados mortos, prematuridade, baixo peso à nascença, etc.) • VIH
Adolescentes	• Paludismo • IST • VIH/SIDA (impacto potencial)
Adultos	• Paludismo • Tuberculose (aumento ligado ao VIH) • IST • VIH/SIDA (impacto actual)

3.1.1.1. PALUDISMO

Na Guiné-Bissau, o paludismo é uma doença endémica de transmissão estável e de prevalência elevada. Mais de 90% dos casos de paludismo são causados pelo *Plasmodium falciparum*, tendo como agente transmissor o mosquito *anopheles*. Os grupos mais vulneráveis ao paludismo são as crianças menores de 5 anos de idade e as mulheres grávidas. É a primeira causa de anemia grave (tanto nas crianças como nas grávidas), de abortos espontâneos e de outras complicações obstétricas, do baixo peso à nascença, assim como da prematuridade dos partos. Mais de 50% das razões de procura dos serviços de saúde são devidas ao paludismo. A doença é a principal responsável pelo absentismo nas escolas e nos lugares de trabalho. Por isso, tem um impacto negativo na economia do país e no rendimento das famílias. É nesta base que o Governo elege a luta contra o paludismo, entre outras doenças, como uma prioridade no quadro de luta contra a pobreza.

Em 2006, foram detectados 127.481 casos de paludismo e 3.690 casos de paludismo grave nos Centros de Saúde da República da Guiné-Bissau (Direcção de Higiene e Epidemiologia, 2006). A região com maior número de casos de paludismo foi o SAB (32.506 casos) e a com menor número Bolama (1.618 casos) (DHE, 2006). Entre 2005 e 2006, houve uma diminuição de 24,8% dos casos de paludismo e de 40,3% no número de óbitos por paludismo (DHE, 2006).

De acordo com o MICS-3 (2006), a percentagem de crianças com febre durante duas semanas foi de 13,5% sendo que 45,7% receberam tratamento anti-palúdico e 27,2% receberam esse mesmo tratamento até 24 horas após o início dos sintomas.

A percentagem de mulheres em idade fértil que tiveram pelo menos um parto nos dois anos anteriores ao inquérito e que fizeram profilaxia com um anti-palúdico, durante a gravidez, foi de 60,3%. Esta percentagem foi superior nas mulheres do SAB (72,6%), no meio urbano (70,9%), com o nível secundário de escolaridade (72,3%) e nas mais ricas (70,2%) (MICS-3, 2006).

A percentagem de habitações com pelo menos uma rede mosquiteira tratada, em 2006, era de 79,2% (MICS-3, 2006). A maior percentagem de habitações com pelo menos uma rede mosquiteira tratada encontrava-se no Norte (Biombo, Cacheu e Oio) (83,7%), no meio urbano (81,5%) e nos ricos (83,1%) (MICS-3, 2006). A percentagem de crianças com menos de 5 anos de idade que, na noite anterior ao inquérito, dormiram sob uma rede mosquiteira e sob uma rede mosquiteira tratada era de 73,2% e 39,0%, respectivamente.

3.1.1.2. TUBERCULOSE

A tuberculose continua a ser um dos maiores problemas de saúde pública na Guiné-Bissau, não obstante os esforços que, desde a independência, têm vindo a ser feitos no sentido de a controlar. Os casos de todas as formas de TB passaram de 778 para 1.566 casos, entre 1991 e 2001, o que representou um aumento de 101% em 10 anos. Por seu lado, os casos de TB com BK+ passaram de 615 para 853, entre 1991 e 2001. Ainda no mesmo período, a incidência de todos os tipos de TB aumentou de 80 para 130 casos por 100.000 habitantes. O relatório de 2006 do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (PNLT) descreve que o número de casos tratados, de todas as formas de tuberculose, passou de 1.566, em 2001 para 2.163, em 2006.

Um estudo exploratório descritivo realizado por Manjuba (2007), que fez o diagnóstico da situação de tuberculose no país, no período de 2000 a 2005, registou 10.623 casos de tuberculose e uma variação da taxa de incidência de tuberculose entre 116,4 casos por 100.000 habitantes, no ano de 2003, e 131,3 casos por 100.000 habitantes, em 2005. O maior coeficiente de mortalidade registado foi de 16,8 casos por 100.000 habitantes, em 2005.

A incidência de tuberculose, em 2005, foi 206 por 100.000 pessoas/ano (OMS, sd) sendo que 19% dos novos casos em adultos eram seropositivos (OMS, sd). A prevalência, no mesmo ano, foi de 293 casos por 100.000 habitantes (OMS, sd). Não existe informação sobre a tuberculose multirresistente.

3.1.1.3. INFECÇÃO POR VIH/ SIDA

A infecção pelo VIH/SIDA, na Guiné-Bissau, é caracterizada pela circulação de dois tipos de vírus – VIH 1 e VIH 2 – com prevalências relativamente elevadas. Assiste-se, actualmente, a uma mudança do perfil epidemiológico da infecção dessa infecção. O vírus tipo 1, que até ao início dos anos 90, não existia no país, tornou-se, actualmente, a infecção mais frequente. As jovens grávidas com menos de 25 anos de idade chegam a ter o dobro da prevalência de infecção pelo VIH 1 em relação às grávidas com mais de 30 anos. Por outro lado, as capitais das regiões, económica e demograficamente, mais importantes são as que apresentam maiores prevalências da infecção pelo VIH1. Com o actual nível de prevalência (estimado em 6% a partir das grávidas), espera-se que, no ano de 2012, haja mais de 100.000 pessoas a viver com o VIH e mais de 970 crianças a nascerem infectadas de mães seropositivas. Em consequência, haverá entre 20.000 e 25.000 casos de SIDA entre adultos e crianças. A ocupação das camas nos hospitais por períodos muito mais longos, associada à necessidade de mais quadros técnicos com maiores qualificações para cuidar desses pacientes e implementar o programa de prevenção da transmissão vertical, irá comprometer, de forma significativa, a capacidade de resposta do Ministério da Saúde.

Relativamente aos factores de risco, destacam-se dois tipos de factores: (1) usos e costumes tradicionais, e (2) factores individuais. Entre os factores de usos e costumes, destacam-se aspectos como a excisão (mutilação genital feminina), casamento precoce e/ou poligâmico

com maridos relativamente muito mais velhos, prática de herança (Levirato⁶, Sororato⁷), aleitamento de crianças órfãs por outra mulher, entre outras, que são práticas legitimadas e fazem parte do dia-a-dia das comunidades. No entanto, na presença da infecção do VIH estas práticas podem contribuir para a sua propagação. Por seu lado, entre os factores ligados aos conhecimentos e comportamentos individuais das pessoas destacam-se o conhecimento em relação aos modos de transmissão e de prevenção da infecção, a dupla atitude “**Negação da existência do SIDA / Medo do SIDA**”, início precoce e promiscuidade sexual sobretudo das raparigas com parceiros muito mais idosos, o aumento de sexo comercial disfarçado, etc. A percentagem de mulheres em idade fértil que conhecem três métodos de prevenção da infecção por HIV/SIDA (*abstinência sexual, ser fiel a um único parceiro, utilizar o preservativo em todas as relações sexuais ocasionais*) era de 38,4% e 58,2% não conhecia nenhuma forma de prevenção (MICS-3, 2006). De forma geral, não há diálogo entre casais, entre pais e filhos e mesmo entre namorados em relação a prática sexual e, conseqüentemente, o uso de preservativo.

Apesar de um panorama epidemiológico ainda nada encorajador, resultados importantes têm vindo a ser alcançados na luta contra a SIDA graças a uma ampla parceria e à promoção de sinergias entre os principais actores e intervenientes, tanto políticos, como financeiros. Em termos de resposta contra a infecção, o país está a beneficiar de importantes ajudas externas. O governo brasileiro, no quadro da parceria “*Laços Sul-Sul*”, tem fornecido medicamentos ARV de primeira linha para todas as necessidades do país. O Fundo Mundial e o Banco Mundial estão a suportar importantes projectos de luta contra a SIDA. O país acaba, aliás, de ser aprovado na sétima ronda do Fundo Mundial, o que lhe conferirá um donativo no valor de 48 milhões de dólares para os próximos 5 anos. Graças a todos estes apoios foi possível iniciar, em 2002, o programa de prevenção da transmissão vertical e, em 2005, introduzir o tratamento antiretroviral (TARV) aos seropositivos, continuando simultaneamente a intensificação das actividades de prevenção da infecção.

Existe uma apreciável parceria em termos de cuidados médicos e sociais às pessoas vivendo com o VIH (PVVIH). Além das ONG nacionais e estrangeiras que trabalham na área da informação e da promoção de testes voluntários e confidenciais, existem organizações religiosas que asseguram de forma apreciável os cuidados médicos em grandes hospitais do país. É de referir, a este propósito, a Cáritas da Igreja Católica guineense, que foi a primeira a assumir os cuidados médicos aos doentes terminais de SIDA mesmo antes da introdução do TARV no país. Por sua vez, a Comunidade Santo Egídio, que gere o principal centro de referência de pneumologia do país, está a assegurar o tratamento dos doentes co-infectados (TB/VIH) que se apresentam neste estabelecimento.

3.1.1.4. DOENÇAS DIARREICAS

Em 2006, foram notificados 16.292 casos de diarreia nos centros de saúde e hospitais do país, sendo que o maior número de casos se verificou nas crianças com menos de 5 anos de idade (12.200 casos) (DHE, 2006).

De acordo com o MICS-3 (2006), o número de crianças com menos de 5 anos com diarreia, nas duas semanas anteriores ao inquérito, era de 12,4%. A diarreia tinha afectado mais o sexo masculino (13,4%), as crianças da região Norte (Biombo, Cacheu e Oio) (14,0%), do meio urbano (12,7%) e mais pobres (12,9%). As crianças com idade entre os 12 e os 23 meses foram as mais afectadas (21,4%);

⁶ Costume, pelo qual a viúva é “herdada” pelo irmão do falecido marido

⁷ Sistema de casamento onde a irmã da falecida é obrigada a casar com o marido (viúvo) da irmã falecida

3.1.1.5. INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS

Em 2006, foram notificados 31.404 casos de infecção respiratórias agudas sendo que o grupo etário com maior número de casos foi o das crianças com menos de 5 anos (21.246 casos) (DHE, 2006).

Das crianças, com menos de 5 anos de idade, 4,0% tinham tido, nas duas semanas anteriores ao inquérito, uma infecção respiratória aguda. A percentagem de crianças com menos de 5 anos com este problema era maior nos rapazes (4,6%), no SAB (7,3%), no meio urbano (6,0%), nas crianças cujas mães tinham o nível secundário de educação (9,4%) e nos mais ricos. 28,1% das crianças tinham sido tratadas num hospital governamental e 41,9% tinha sido tratada com um antibiótico durante duas semanas. 33,9% das mães ou cuidadores destas crianças conheciam dois sinais de risco de pneumonia (MICS-3, 2006).

3.1.1.6. LEPRA

Segundo os critérios de definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), a lepra é considerada uma doença “extinta” na Guiné-Bissau, porque o número de doentes em poliquimioterapia (PQT) está abaixo de 1 caso por 10.000 habitantes (valor considerado como meta da eliminação pela OMS). São detectados, anualmente, entre 50 a 70 novos casos de lepra. A alta percentagem de casos multibacilares (casos infecciosos) entre os casos detectados, assim como a alta-frequência de doentes diagnosticados já com deformações demonstram que os doentes de lepra são despistados muito tardiamente. Por outro lado, existe uma elevada percentagem de crianças, com tendência a aumentar anualmente, entre os novos casos. Isto também é um indicador da persistência da alta transmissão do *Mycobacterium leprae* no país.

3.1.1.7. DOENÇAS PREVENÍVEIS PELA VACINAÇÃO

É de salientar que as doenças evitáveis pela vacinação já não constituem entidades importantes de morbilidade e de mortalidade infantil. O sarampo está praticamente controlado como problema de saúde infantil, sobretudo depois da campanha de massa realizada 2006 que abrangeu crianças de 6 meses aos adolescentes de 14 anos.

A evolução de casos de tétano neonatal (TNN) demonstra uma situação muito favorável com vista à eliminação da doença. Em 1986, o tétano era responsável por cerca de 70% dos óbitos neonatais. Já em 1994, passados 8 anos, a proporção de óbitos causados pelo TNN caiu para 20%. Esta redução foi possível graças à implementação do programa de cooperação entre o MINSAP e a UNICEF elaborado para o período de 1987 – 1991, cujo objectivo principal era a diminuição do tétano materno e neonatal (TMN) através do programa alargado de vacinação e do reforço dos cuidados primários de saúde. Em 2007, foram notificados apenas 8 casos de TNN. Está a ser feito um grande esforço nacional no sentido da eliminação do TNN. Por isso, os problemas identificados, tais como a fraca cobertura vacinal antitetânica nas mulheres em idade fértil; a baixa cobertura na utilização dos serviços de cuidados pré-natais e, sobretudo, a baixa cobertura de partos assistidos em boas condições técnicas e higiénicas; as constantes rupturas de *stock* de vacinas no país, entre outros, estão a ser alvo de intervenções programáticas tendo em vista a eliminação do TNN.

3.1.1.8. DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NEGLIGENCIADAS (ESQUECIDAS)

Entre as doenças que ainda persistem em quase o todo país, mas que foram praticamente ignoradas pelo sistema de vigilância epidemiológica, destacam-se a filariose linfática, a schistosomíase e as helmintíases.

Depois da independência, o primeiro e o único estudo de prevalência da elefantíase foi em 2004/05. Este estudo revelou que todas as regiões do país continuam endémicas, com uma prevalência média de 6%, variando entre os 0,5% e os 24%. As regiões de Bafatá, Gabú e Bijagós registaram prevalências mais elevadas.

Com base nos dados do inquérito realizado junto das crianças nas escolas, constatou-se que a schistosomíase urinária continua endémica em todo o país com uma prevalência que ronda os 30%.

Foi realizado, em 2003, um estudo de prevalência da helmintíase entre as crianças em idade escolar em 3 regiões do país (Bafatá, Oio e Tombali). Registou-se uma prevalência global de 57,1%, variando entre os 25,1% e os 83,9%. A região de Oio foi a que registou a mais alta prevalência, seguida de Tombali com prevalência moderada e de Bafatá com baixa prevalência.

As geohelmintíases são endémicas em todo país com uma prevalência global média de 60%. A distribuição nacional tem uma alta prevalência nos Bijagós e em Biombo, sendo aí considerada hiperendémica, moderada nas áreas de Bafatá e Gabú, baixa nas outras áreas.

3.1.1.9. DOENÇAS COM POTENCIAL EPIDÉMICO

Apesar de não serem as únicas, as grandes ameaças à saúde pública em termos de epidemias são a cólera (associada às péssimas condições de saneamento e de abastecimento de água potável), a meningite meningocócica (endémica e circunscrita a Bafatá, Gabú e ao Sector de Farim da Região de Oio) e a disenteria. A febre-amarela continua também a representar uma real ameaça, uma vez que se têm registado situações de epidemias provocadas por esta doença nos países vizinhos, no entanto, não há registo de casos no país. Por outro lado, têm-se registado epidemias de casos de carbúnculo animal nos homens, nos últimos anos. A poliomielite nunca constituiu um grande problema de saúde pública na Guiné-Bissau, não havendo relato de casos desde 1986.

3.1.2. DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As deficiências do nosso Sistema de Informação Sanitária não permitem obter informações que possam dar uma ideia sobre a situação actual das doenças não transmissíveis. Há alguns anos atrás, a maioria dessas doenças não tinha nenhum significado no panorama epidemiológico. Por isso, os boletins de recolha de informações sanitárias não lhes fazem menção.

Apesar da falta de informações gerais que evidenciem os factos, percebe-se que a má nutrição constitui o primeiro problema de saúde pública entre as doenças não transmissíveis. Ela dá um assinalável contributo para a mortalidade tanto infanto-juvenil como materna. Outras doenças não transmissíveis, tais como as doenças cardiovasculares (DCV), particularmente a hipertensão arterial, a diabetes e outras doenças crónico-degenerativas, como cancros, está a aumentar rapidamente no país, tal como em quase

todos os países africanos, ao ponto de se tornarem verdadeiros problemas de saúde pública.

3.1.2.1. MÁ NUTRIÇÃO

Das crianças com menos de 5 anos, 19% sofrem de insuficiência ponderal (baixo peso em relação a idade) e 3,8% de mal nutrição grave (PSB, 2007).

Existem muito poucas ou quase nenhuma informações sobre o estado nutricional das grávidas, apesar de ser considerado, por muitos especialistas, como uma situação tão má quanto a das crianças. A elevada percentagem de crianças que nascem com baixo peso (cerca de 24%) e a frequência de grávidas em trabalho de parto com anemia grave constituem, por isso, indicadores importantes a este respeito. O indicador geralmente utilizado para a identificação da malnutrição nas grávidas é o aumento de peso durante a gravidez. Porém, a irregular utilização dos serviços pré-natais faz com que seja difícil acompanhar e classificar esse aumento de peso.

3.1.2.2. SAÚDE MENTAL

Um dos maiores problemas de saúde mental na Guiné-Bissau é a falta de consciência sobre a importância do problema e a ausência de um sistema de informação fiável que permita ter uma ideia clara sobre a verdadeira dimensão do mesmo. Durante os anos 80, importantes passos foram dados no sentido da descentralização e integração da saúde mental nos cuidados primários de saúde, indo assim ao encontro do espírito da resolução do Comité Regional da OMS (AFR/RC40/R9), que enfatiza a necessidade de promover uma abordagem do problema a nível do sistema distrital de saúde.

O conflito político-militar de 1998 deitou todo esse esforço por terra, deixando as infra-estruturas de saúde mental completamente destruídas. Neste momento, encontram-se registados mais de 5.740 pacientes num único centro de saúde mental no país, ficando por identificar e encaminhar um número incalculável de outros que deambulam um pouco por toda a parte.

Apesar de a promoção da saúde mental positiva para todos os membros da sociedade ser evidentemente uma meta importante, ainda temos muito que aprender sobre como atingir esse objectivo. É verdade que existem hoje intervenções eficazes para uma série de problemas de saúde mental, mas não é menos verdade que há um grande número de pessoas afectadas e que continuam a sofrer de transtornos mentais e comportamentais, muitas das quais nunca receberam, nem receberão tratamento. O fardo social, familiar e pessoal resultante de transtornos não tratados, faz com que, a cada dia, cresça a necessidade de termos serviços de saúde mental à altura de fazer face a estas preocupações. Neste sentido, merece realçar a iniciativa do centro de reabilitação de Quinhamel, criado e sob gestão exclusiva da Igreja Evangélica com muito pouca ou quase nenhuma participação das instituições públicas.

As principais causas dos problemas de saúde mental são: pobreza, *stress* derivado do conflito armado, violência doméstica, ruptura do tecido social tradicional, abuso de álcool e droga no caso dos jovens, desconhecimento do problema, falta de cuidados médicos para pequenos distúrbios que acabam por se agudizar. Além disso, existem igualmente vários problemas institucionais, nomeadamente a ausência de legislação sobre a questão, inadequação dos serviços de cuidados sanitários, etc.

3.1.2.3. SAÚDE DA VISÃO

As informações sobre os problemas de saúde visual não são recolhidas na rotina do SIS, por isso, a maior parte das informações disponíveis é baseada em estimativas. Os dados das consultas externas e campos de cirurgias de cataratas indicam que as principais causas de cegueira no país são: as cataratas, os tracomas, as triquíases, os glaucomas, os erros refractivos e a baixa visão, bem como complicações por tratamentos tradicionais das doenças infecciosas (queratoconjuntivite e uveíte) e oncocercose.

Em relação ao tracoma, a taxa de prevalência da infecção activa é de 19% em menores de 10 anos de idade. Este foi o grupo etário com maior prevalência de tracoma activo.

A prevalência da triquíase é de 2,02%. As regiões mais afectadas são Bijagós com 7%, seguida de Bolama com 3,1%, Cacheu com 2,8%, Biombo com 2,5% e Oio com 2,2%. As restantes regiões apresentam-se com uma incidência inferior a 2%.

A oncocercose era considerada endémica nas regiões de Bafatá e Gabú. Logo após a independência, a Guiné-Bissau aderiu à organização dos países membros da OMS dotados de um Programa de Controlo da Oncocercose (OCP). Essa adesão resultou na formulação de um programa nacional de luta contra a doença com o apoio do OCP entre 1986 e 2002. Em 1986, a prevalência da doença era de 71% nestas duas regiões. 130 mil pessoas que viviam na margem dos Rios Corubal e Geba, nas regiões de Gabú e Bafatá, eram consideradas expostas ao risco de contaminação. Deste universo, 30.000 pessoas estavam infectadas, das quais 14.000 ficaram cegas. Já no início do ano 2000, a prevalência da infecção nas áreas de risco caiu para menos de 1%. Foi assim que em 2002, o programa da OMS se retirou por considerar que o país já não apresentava uma prevalência que pudesse ser considerada um problema de saúde pública. No entanto, entre 2004 e 2007, os dados indicam que a prevalência subiu de 0,52% para 0,60% nessas mesmas áreas.

3.1.3. COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS (SAÚDE DA MÃE E RECÉM-NASCIDO)

A fecundidade continua extremamente elevada, com cerca de 7 crianças por cada mulher em idade fértil, número que aumenta para 8 em meio rural. Entre as mulheres que expressam a vontade de utilizar algum tipo de contraceptivo para regular a sua reprodução, somente 29% conseguem satisfazer essa necessidade. Cerca de 90% das mulheres que mantêm uma vida conjugal regular e que estão em idade fértil (15 – 49 anos) não estão a utilizar nenhum tipo de método contraceptivo, nem moderno, nem tradicional. Esta proporção sobe para 93,2% no meio rural contra 81% no meio urbano.

Verifica-se uma tendência geral de início precoce da actividade sexual sobretudo entre as raparigas. Cerca de 95% das raparigas com idade entre 15 e 24 anos são sexualmente activos. No entanto, não utilizam nenhum método contraceptivo seja por desconhecimento seja pela oposição dos parceiros. Aos 18 anos de idade mais de 50% já tinham seu primeiro filho (PSB, 2006). Foram registados em Bissau 149 casos de abortos voluntários, entre jovens, em 30 dias numa única estrutura privada em Bissau. Destes casos, 96,6% (144 casos) afirmaram que não queriam a gravidez. No entanto, não utilizavam nenhum método contraceptivo ou porque não sabiam como fazer ou porque o parceiro não aceitava.

As informações sobre os cuidados obstétricos de urgência referentes ao ano 2002 indicam que a letalidade por complicações obstétricas era de 7% contra 1% tolerado pela OMS. As principais causas de morte por complicações obstétricas podem ser distribuídas de seguinte

forma: 42% hemorragia (pré e pós-parto), 19% distocias, 16% infecções pós parto, 9% abortos e 6% eclâmpsias (DENARP, 2006). Estas causas são agravadas pelas gravidezes sem espaçamento, as gravidezes precoces, a grande multiparidade e os abortos provocados. Estas práticas têm a sua origem na situação de pobreza, má nutrição e analfabetismo, assim como nas atitudes e práticas prejudiciais à saúde da mãe e do recém-nascido.

As fistulas obstétricas, por exemplo, são das complicações pós-parto previsíveis mas pouco evidentes na Guiné-Bissau, uma vez que há uma fraca organização dos serviços de saúde de modo a poderem detectá-las e tratá-las correctamente. Assim sendo, não existe, até à data, nenhuma estratégia para reduzir os danos psicossociais dessas complicações.

A procura dos serviços pré-natais está calculada, actualmente, em cerca de 66% (primeira consulta) com uma variação entre 17% na região de Bijagós e 96% em Bissau. Mesmo assim, a proporção de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado é de apenas 34% (PSB 2007). Isto significa que cerca de metade das mulheres grávidas que procuram serviços de saúde durante a gravidez não conseguem ter assistência especializada no momento do parto.

Os graves problemas de SR na Guiné-Bissau reflectem-se claramente na alta taxa de mortalidade materna e neonatal, na elevada fecundidade da mulher, na baixa utilização ou na inadequação dos serviços.

Para responder aos desafios que a mortalidade materna e neonatal coloca ao país, as autoridades sanitárias guineenses experimentaram várias estratégias. Dessas estratégias, destacam-se o reforço da consulta pré-natal, a criação das unidades comunitárias de saúde e a formação de parteiras tradicionais (matronas). Há também que assinalar a abertura das casas de espera pré-parto (*Casa da Mãe*) em algumas regiões destinadas às mulheres com Alto Risco Obstétrica (ARO) detectado durante a gravidez e o desenvolvimento das acções de educação sanitária (IEC). Apesar de todas estas intervenções, a mortalidade materna não tem tido grandes recuos desde os anos 90 até à data. Em finais de 2006, o Ministério da Saúde Pública lançou o documento do Roteiro para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal na Guiné-Bissau, que focaliza dois aspectos essenciais da questão: os serviços de saúde e a comunidade, tendo em conta o binómio inseparável “*mãe & recém-nascido*”.

3.2. DETERMINANTES DO ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

A pobreza é a grande determinante da realidade sanitária observada no país. Esta reflecte-se no *stress*, na reduzida higiene doméstica, na violência doméstica, na ruptura do tecido social tradicional, na insegurança alimentar, no abuso de álcool e droga no caso dos jovens, e na falta de cuidados médicos para pequenos distúrbios que acabam por se agudizar.

3.2.1. ÁGUA E SANEAMENTO

Em relação à água, o problema fundamental é o acesso da população a esse líquido em boa qualidade, apesar da sua abundância em quase todo o território nacional. Segundo os dados do inquérito MICS, realizado em 2006, 60% da população guineense, (82% urbano e 48% rural), utilizam fontes ditas melhoradas de água para beber, tais como água canalizada (dentro e fora de casa), furos, poços e nascentes protegidos. No entanto, cerca de 95% da população precisa deslocar cerca de 30 minutos para poder obter a água de beber. Isto significa que apenas 5% têm água canalizada em suas casas (DENARP, 2006). No entanto, tendo em conta a qualidade e precariedade do sistema de canalização, as constantes e prolongadas interrupções de fornecimento de água que têm facilitado tanto a contaminação tóxica nas redes, como a contaminação biológica derivada de infiltrações de resíduos

líquidos com contaminação fecal, a localização aleatória das fossas sépticas em relação aos poços de água considerados melhorados, torna-se extremamente difícil definir a percentagem de população que tem realmente acesso a água potável.

3.2.2. URBANIZAÇÃO

O aumento acentuado da população nas cidades, sobretudo em Bissau, trouxe consigo a expansão física da capital para zonas periféricas, dando origem ao surgimento de novos bairros. A dinâmica acelerada do fluxo migratório (interno e externo) para Bissau e outras cidades, por um lado, e o empobrecimento contínuo das zonas rurais cada vez mais sem mão-de-obra jovem, por outro, não foram acompanhadas pela devida urbanização das cidades e das suas zonas periféricas, nem pela construção de infra-estruturas de utilidade pública (água e electricidade). O elevado índice populacional provocou uma grande pressão sobre os solos, sacrificando o espaçamento necessário para as construções necessárias à viabilização do saneamento básico e da protecção ambiental. Daí que, nas zonas urbanizadas, existam construções amontoadas, com casas de banho comuns, latrinas ao ar livre e águas residuais vindas das fossas sépticas abertas, ameaçando, constantemente, os lençóis freáticos.

Existe uma incapacidade total de recolha e tratamento de lixo (tanto doméstico, como comercial e industrial), encontrando-se o mesmo amontoado nas vias públicas. Esta situação leva ao bloqueio dos canais de drenagem fluvial, originando focos de várias infecções, lugares de reprodução de vectores e potenciais fontes de contaminação directa, tanto das condutas de água canalizada, como dos poços tradicionais geralmente muito superficiais.

Os resíduos sólidos constituem um dos maiores problemas de gestão urbana a nível nacional, particularmente na capital. Na maior parte dos bairros, as lixeiras encontram-se dispostas a céu aberto, não respeitando os critérios básicos de higiene e segurança.

O impacto da urbanização está a levantar também outros problemas, tais como o surgimento de problemas de saúde essencialmente como *stress*, doenças do foro cardíaco, cancro, alcoolismo, toxicomania, acidentes de viação, agressões, insuficiência dos serviços de saúde, etc. Por outro lado, é de sublinhar também a deterioração das estruturas familiares e de sistemas de entajuda social, o aumento das doenças mentais, do número de pessoas indefesas e frequentemente incapazes de pagar os serviços de saúde e outros serviços sociais.

3.2.3. SEGURANÇA ALIMENTAR E PERFIL NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO

A incidência de doenças diarreicas nas crianças, transmitidas pelos alimentos e pela água, ocorre mais do que uma vez por ano. Enquanto isso, a preparação, protecção, venda e consumo de alimentos de rua em locais inadequados está a aumentar. Muito embora, alguns destes alimentos possam até ser microbiologicamente seguros, a higiene da maioria desses alimentos deixa muito a desejar devido ao incorrecto manuseamento e à falta de saneamento, de água corrente e de locais de lavagem, refrigeração e desinfecção. A acrescer, a lavagem rara das mãos, a confecção das comidas muito antes de serem consumidas e a sua exposição às moscas e outros insectos, constituem factores acrescidos de risco.

Os principais determinantes da insegurança alimentar e/ou da vulnerabilidade alimentar estão estritamente ligados ao lugar preponderante da produção do arroz na economia alimentar das famílias, à campanha de castanhas de caju, à pobreza e aos fenómenos naturais. Existem quatro perfis da população face à segurança alimentar: 34% das famílias são consideradas muito vulneráveis à insegurança alimentar; 28% são vulneráveis; 11% são

potencialmente vulneráveis e somente 27% das famílias se encontram numa situação de segurança alimentar. Cinco das oito regiões administrativas do país apresentam proporções elevadas de famílias muito vulneráveis, acima da média nacional.

De modo geral, a disponibilidade alimentar é muito fraca. Segundo as estimativas previsionais da FAO para o ano 2004, esta disponibilidade situava-se à volta de 65 kg de arroz (base de alimentação dos guineenses) por pessoa, por ano, contra 130 kg como norma.

Apesar de uma aparente boa prática de amamentação, somente 16% das crianças são aleitadas exclusivamente até aos 6 meses de idade e apenas 23% das mães começam a amamentar tendo passado menos de uma hora após o nascimento da criança. As crianças são geralmente amamentadas até aos dois anos. A amamentação é geralmente interrompida logo que a mãe retoma a actividade sexual ou quando ela fica grávida.

Tendo como base os resultados do estudo sobre o perfil alimentar, ficou evidenciado que as altas taxas de malnutrição verificadas nas grávidas e nas crianças menores de 5 anos se devem, fundamentalmente, a quatro factores: insuficiência de alimentos consumidos; fraca diversidade de dieta; falta de conhecimentos das necessidades alimentares das crianças e grávidas, muito embora a Guiné-Bissau seja um país com larga diversidade de alimentos ricos em quase todos os micronutrientes de que o organismo precisa; e infecções recorrentes. Mas os hábitos e tabus alimentares de diferentes grupos étnicos acabam por colocar em risco a saúde das pessoas. O crescente abandono do aleitamento materno exclusivo e prolongado contribui também para esta realidade.

3.2.4. ESTILO DE VIDA

Os factores relacionados com o modo de vida dos guineenses, e que acabam por influenciar negativamente o seu estado de saúde, são dois: usos e costumes tradicionais, mais ligados aos aspectos sociais e culturais, e comportamentos, que são da responsabilidade do indivíduo.

Entre os usos e costumes, destacam-se aspectos como a excisão (mutilação genital feminina), cerimónias fúnebres prolongadas, casamento precoce e/ou poligâmico, prática de herança (Levirato⁸, Sororato⁹), amamentação de crianças órfãs por outra mulher, entre outras, que são práticas legitimadas e fazem parte do dia-a-dia das comunidades. No entanto, do ponto de vista da saúde, estas práticas podem contribuir para a propagação de infecções, por exemplo do VIH, da cólera e de outras doenças transmissíveis.

Entre os factores associados aos comportamentos individuais das pessoas, com influência negativa em relação ao estado de saúde, podem ser destacados:

- Comportamento urbano – comportamentos como o sedentarismo, a ausência de actividades físicas e o regime alimentar;
- Droga – comportamentos anti-sociais dos jovens nas vias públicas, comportamentos esses que muitos atribuem ao uso de estupefacientes que apesar de as autoridades continuarem a acreditar que o país é simplesmente utilizado como placa giratória do tráfego de droga e não como destino final;
- Alcoolismo – sobretudo nos jovens, com comportamentos como o incitamento à violência e ao sexo desprotegido, expondo-se, inconscientemente, ao risco de infecção pelo VIH e outras ligadas às IST. Contrariamente ao crescimento do

⁸ Costume, pelo qual a viúva é “herdada” pelo irmão do falecido marido

⁹ Sistema de casamento onde a irmã da falecida é obrigada a casar com o marido (viúvo) da irmã falecida

fenómeno, não há nenhum mecanismo legal que esteja a ser institucionalizado para diminuir, pelo menos, a tendência do problema;

- Agressões e assaltos à mão armada – sobretudo nos meios urbanos, as agressões e assaltos com uso de armas de fogo e armas brancas banalizaram-se;
- Relações sexuais precoces e promíscuas – enquanto os rapazes enveredam pelo caminho dos roubos e assaltos à mão armada, as raparigas prostituem-se, tanto abertamente como de forma disfarçada, correndo, por isso, grandes riscos de transmissão das IST, do VIH e gravidez precoce;
- Desperdício do colostro e desmame brusco – a falta de conhecimento leva muitas mães a desperdiçarem o colostro sob alegações (rumores) de que é nefasto à saúde da criança. Por outro lado, o desmame é feito, na maior parte dos casos, de uma forma brusca;
- Automedicação – é um factor que gera morbilidade, mortalidade e resistência aos medicamentos, principalmente aos antibióticos e anti-palúdicos.

A descrição dos factores negativos à saúde não implica que os comportamentos e costumes dos guineenses sejam, na sua totalidade, nocivos à mesma. No entanto, existem aspectos que contribuem muito positivamente para a promoção da saúde e que merecem ser potencializados. Entre estes factores, destacam-se:

- Amamentação prolongada – a amamentação é preponderante até aos seis meses de vida e prolongada até cerca dos dois anos de idade, contribuindo assim para prevenir as diarreias e a desnutrição no 1º semestre de vida. Durante o período da amamentação, as crianças estão quase permanentemente em companhia das mães, geralmente às costas. Esta proximidade é igualmente benéfica para o equilíbrio psico-afectivo tanto da criança como da própria mãe;
- Abstinência sexual – das mulheres, durante o período da amamentação, favorece o espaçamento dos nascimentos;
- Sistema de solidariedade familiar e comunitária disponibiliza a atenção necessária aos indivíduos quando se encontram em situação de vulnerabilidade, tanto no que diz respeito ao seu estado de saúde como à sua situação social e financeira;
- Grupos de idades (*mandjuandades*) e os convívios diários da família – são importantes para a transmissão de mensagens, conhecimentos e para a troca de experiências, inclusive sobre a saúde;
- Marcha desportiva – O Ministério da Cultura, Juventude e Desporto lançou uma iniciativa de marcha desportiva que está a ser considerada muito útil. De facto, esta iniciativa singular lançada veio num momento em que parece estar em linha ascendente o aparecimento de casos de doenças cardiovasculares em pessoas relativamente jovens.

3.2.5. OUTRAS DETERMINANTES SOCIAIS

As desigualdades sociais e as questões do género são também importantes determinantes.

3.2.5.1. DESIGUALDADES SOCIAIS

Por desigualdade na saúde entendem-se as diferenças que existem entre os indivíduos e grupos sociais relativamente à prevalência ou incidência dos problemas de saúde¹⁰. Essas diferenças são provocadas por inúmeros factores, incluindo complexos factores sociais, económicos, biológicos, comportamentais, geográficos, religiosos e culturais. A esfera socioeconómica é, muitas vezes, a dimensão mais visível, donde sobressaem a escolaridade, o estatuto socioeconómico, o transporte, a habitação, o acesso aos serviços (incluindo serviços de saúde), a discriminação e os factores de tensão social e ambiental.

Geralmente, os grupos mais favorecidos da população têm maior probabilidade de receber cuidados de saúde quando deles precisam, de conseguir uma consulta médica ou de receber medicamentos quando estão doentes. O paludismo e a TB são os maiores exemplos de desigualdade que existem no país. O fardo dessas doenças é principalmente suportado de modo desproporcionado pelas camadas mais pobres.

As desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde entre as localidades e os grupos de rendimento económico são um reflexo das desigualdades que persistem na distribuição de vários determinantes sociais da saúde. O acesso a fontes de água potável, aos serviços de saneamento de base e aos medicamentos essenciais de preço acessível é muito inferior nas zonas rurais e nos bairros periféricos das zonas urbanas. Do mesmo modo, a cobertura e utilização dos serviços de saúde são muito mais baixas nessas mesmas zonas do que noutras, como por exemplo, partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, vacinação completa de crianças menores de 1 ano de idade, o uso de SRO em caso de diarreias, prevalência contraceptiva nas MIF, número de médicos e de outras categorias profissionais por habitantes, o rácio de matrículas nas escolas e o rendimento *per capita*.

3.2.5.2. GÉNERO

Os processos de socialização e de educação têm uma forte influência na determinação do papel social da pessoa no seio da própria família, na comunidade e na sociedade dos dois sexos. Por sua vez, estes papéis sociais podem ter uma influência, tanto negativa como positiva, no estado de saúde de cada um dos sexos.

A posição social da mulher guineense faz com que ela fique sem poder de decisão no seio da família, mesmo no que concerne à sua própria saúde. Querendo ela procurar os serviços de saúde, terá que esperar pela autorização do marido para o poder fazer.

No plano das acções do Serviço Nacional de Saúde, se de um lado, o papel social secundário da mulher a coloca numa situação desfavorecida em relação ao homem, por outro, os programas de saúde sempre a tiveram como prioridade de intervenção. No entanto, apesar da posição social privilegiada do homem é reconhecido que ele tem vulnerabilidades tão significativas como as das mulheres, associadas a factores biológicos, estilos de vida, riscos ocupacionais e menor utilização de serviços de saúde que se reflectem nas taxas de mortalidade mais elevadas para o sexo masculino, em todas as fases do ciclo de vida.

¹⁰ Determinantes sociais da saúde e desigualdades na saúde: uma questão preocupante na região africana. AFR/RC55/PD/1, 2005

Ao definir um dos objectivos na política nacional de Saúde como “garantir acesso universal aos cuidados de qualidade para todos”, as autoridades sanitárias estavam a colocar em pé de igualdade todo o cidadão guineense independentemente do seu sexo, residência ou outra categoria social.

4. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

O conceito do Serviço Nacional de Saúde inclui o sector governamental (público), não governamental (privado) e a medicina tradicional, cujo desempenho conjunto, no que concerne à prestação de cuidados de saúde, a população constitui um importante determinante do perfil de saúde observado nas diferentes comunidades. Analisa-se aqui o SNS em todas estas vertentes.

4.1. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

4.1.1. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

A Política Sectorial da Saúde foi definida num documento de 1993 que neste momento está no processo de revisão e actualização. Porém, as suas grandes linhas de orientação política foram resumidas e constituem a base de orientação estratégica do primeiro PNDS. Os pontos principais da política nacional de Saúde são: a saúde como “bem-estar”; o acesso universal a cuidados primários de Saúde de qualidade e com equidade; a descentralização progressiva das estruturas de tomada de decisões; a autonomização das estruturas e a contratualização dos prestadores de cuidados com vista a garantir melhor qualidade na prestação de cuidados de saúde; a participação comunitária no financiamento e gestão dos serviços de Saúde (IB); o desenvolvimento de uma política de recursos humanos; o desenvolvimento de parcerias e de colaboração intersectorial; e a valorização da medicina tradicional.

Ao longo dos últimos anos, vários documentos foram redigidos no sentido de complementar e especificar as orientações da política nacional de Saúde, nomeadamente: Política Nacional de Saúde Reprodutiva; Política Nacional de Prevenção do Paludismo nas Grávidas; Política Nacional de Tratamento do Paludismo; Política de Vacinação e de Segurança de Injecção; Plano Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN); e a Política Nacional de Transfusão Sanguínea.

4.1.2. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE (SNS)

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) guineense tem três níveis: local, regional e central.

Na base estão as estruturas de iniciativas comunitárias (Unidades de Saúde de Base apoiadas pelos agentes de saúde comunitária e parteiras tradicionais) que constituem o maior número de estruturas de prestação de cuidados de saúde. Ainda a nível local, existem os Centros de Saúde cuja nomenclatura A, B e C os distingue quanto à sua capacidade de intervenção (cuidados mais ou menos complexos como, por exemplo, a realização de cirurgias nos centros de saúde A). Estes Centros de Saúde podem ainda ser classificados em rurais e urbanos. Os centros de saúde são geridos pelas Equipas Técnicas e pelos Comitês de Gestão. A sua área de cobertura é estendida através das equipas móveis da estratégia avançada.

A nível regional, encontram-se os Hospitais Regionais, as Direcções Regionais de Saúde e as Equipas Regionais de Saúde (ERS). Neste momento, existem 5 hospitais regionais em funcionamento (Bafatá, Canchungo, Catió, Gabú e Mansoa). O nível regional é responsável

pela análise da situação regional, a previsão de planos com a previsão de recursos humanos, materiais e financeiros, programação anual e seguimento / avaliação. A ERS é responsável pela supervisão e pelo acompanhamento da aplicação das normas e protocolos de tratamento a nível das estruturas de prestação de cuidados (hospitais regionais e centros de saúde)

A nível central estão o Ministério da Saúde Pública (MINSAP), as Direcções, os Serviços, Programas Nacionais, Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) e os centros de referência. A gestão a nível central é assegurada pelo MINSAP e pelas Direcções de Serviço. O nível central é responsável pela definição das grandes orientações para o nível regional sobre as prioridades nacionais, recursos financeiros e humanos, pela programação anual e pelo seguimento/avaliação.

O serviço público de saúde é complementado por um sector privado lucrativo, concentrado em Bissau – com consultórios, clínicas com internamento, laboratórios de diagnóstico e um forte sector farmacêutico. Em 2007, identificou-se, em Bissau, um total de 28 estruturas de prestação de cuidados do sector privado lucrativo, entre as quais 14 “clínicas” (unidades com internamento) e 14 simples consultórios médicos. Todavia, acerca de nenhum destes estabelecimentos há informações sobre o âmbito das suas actividades técnicas ou sobre o quadro dos seus recursos humanos.

Há também estruturas privadas nas regiões, principalmente nas sedes regionais onde existem médicos concentrados em hospitais regionais. Algumas destas estruturas fazem até intervenções cirúrgicas, enquanto outras funcionam sob a forma de consultórios. Existem também imensos postos médicos dirigidos por enfermeiros ou parteiras, que estão legalmente autorizados a fazer circuncisões, pensos e outros tratamentos.

No sector privado não lucrativo estão implicados essencialmente os missionários (Igreja Católica e Igreja Evangélica) e Organizações Não-Governamentais (ONG) nacionais e internacionais. Nestes casos, existem relações regidas através de protocolos de parcerias entre o MINSAP e as mesmas. A maioria dos profissionais que exercem nessas estruturas é funcionária do MINSAP. Porém, os custos de funcionamento e de manutenção são praticamente todos suportados pelas respectivas organizações (como exemplo, centro de referência nacional de lepra de Cumura).

Além dos modelos de parceria existentes entre o MINSAP e as organizações religiosas (Cáritas, Comunidade de Santo Egídio, Igreja Evangélica), existe também um outro modelo de contratualização em funcionamento no Hospital de Mansoa com uma ONG francesa. Este modelo de parceria permite fazer com que as ONG implicadas contribuam directamente ou através de um outro parceiro para a construção de infra-estruturas, para a formação de pessoal técnico, bem como para o fornecimento de equipamentos, materiais e medicamentos. Neste caso, em particular, o funcionamento do Hospital é suportado pela receita gerada pelo próprio na sua actividade de prestação de cuidados.

4.1.2.1. ÓRGÃOS DE DIRECÇÃO DO MINSAP

Os órgãos de coordenação e de decisão do Ministério da Saúde Pública têm três níveis distintos, tal como estruturado pelo próprio Serviço Nacional de Saúde: órgãos de nível central, regional e local.

Ao nível central cabe elaborar as políticas e estratégias, regulamentar e fiscalizar todas as actividades de prestação de cuidados, assim como mobilizar e coordenar as ajudas externas. Também lhe são atribuídas as orientações técnicas e o apoio operacional e logístico a nível

regional e local, no âmbito de diferentes actividades sanitárias. A este nível, encontram-se o Gabinete do Ministro e duas Direcções Gerais. A Direcção-Geral da Saúde Pública (DGSP), que conta com 5 Direcções de Serviços, e a Direcção-Geral de Planeamento e Cooperação (DGPC), que contempla 4 Direcções de Serviços.

Além destas Direcções-Gerais, existem outros órgãos importantes ao nível central, com funções e missões específicas. Destes, destacam-se a Inspeção-Geral da Saúde, órgão de fiscalização e de inspecção de todos os serviços, estabelecimentos e instituições do MINSAP; o Conselho Directivo, órgão presidido pelo titular da Saúde; o Conselho Nacional da Saúde e a Assembleia Nacional da Saúde, dois órgãos consultivos e de apoio à definição das prioridades, orientações estratégicas e tomada de decisões políticas.

Dada a instabilidade política do país vigente, desde o conflito político-militar de 1998, nenhum destes dois últimos órgãos citados, chegou a funcionar. Basta notar que, em 9 anos (1998 – 2007) de implementação do PNDS I, o Ministério da Saúde Pública conheceu 10 Ministros da Saúde e outros tantos Primeiros-ministros. Estas mudanças constantes decorreram de quedas de Governos resultantes de sublevações militares e instabilidades político-partidárias, o que tem implicado mudanças até ao nível das Direcções de Serviços, tanto centrais como regionais, gerando situações de quase rotura completa com a anterior governação. A prova da incapacidade organizativa e da descontinuidade das acções do Ministério da Saúde tornou-se ainda mais evidente no quadro das solicitações de apoios internacionais para a prevenção e luta contra doenças específicas. Ao invés de reactivar e fazer funcionar o Conselho Nacional da Saúde, órgão que, pela sua composição, garantiria a participação de todos os intervenientes no processo, foram criados três outros órgãos para três diferentes parceiros: CCM para o Fundo Mundial, CCIA para a GAVI e CNLS para o projecto MAP com o BM. Cada um desses órgãos, apesar de mais de 60% dos seus membros serem exactamente as mesmas entidades e pessoas, trata das respectivas questões de saúde de uma forma isolada, sem a mínima coordenação com os outros.

As duas Direcções-Gerais (DGPC e DGSP) têm, como órgãos consultivos e de apoio à tomada de decisões estratégicas, técnicas e operacionais, o Comité de Gestão do PNDS e o Conselho Técnico, sendo que este último não chegou a reunir-se uma única vez ao longo dos 10 anos de implementação do PNDS I.

A nível regional. É o nível intermediário entre a planificação estratégica do nível central e a implementação técnica das actividades pelo nível local. Tem como função principal, traduzir as políticas nacionais em estratégias e actividades operacionais. Neste nível existe um único órgão de direcção de decisão: a Direcção Regional de Saúde. Tem como órgão de suporte e de apoio técnico a Equipa Regional de Saúde. A este nível as coisas funcionaram mais ou menos de forma regular e tal como programado. As grandes limitações encontradas no funcionamento destes órgãos têm estado ligadas à sua forte dependência financeira do nível central. No PNDS I tinha sido programada uma descentralização gradual de poder de decisão para as Regiões, mas, enquanto a excessiva dependência financeira não for resolvida, a questão da autonomia de programação e de implementação de certas actividades não pode passar a ser uma realidade. Nesta situação, é mesmo possível afirmar que não há poder de decisão a nível regional.

O nível local, comumente denominado de ‘área sanitária’, é responsável pela implementação do Pacote Mínimo de Actividade (PMA). Geralmente, os centros de saúde asseguram cuidados, tanto curativos como preventivos, no âmbito do PMA da sua respectiva área sanitária e constituem, por isso, o primeiro nível de atendimento. Por conseguinte, os hospitais regionais servem-lhes de primeira referência. Em termos de gestão do nível local, a generalização da “Iniciativa de Bamako” conduziu à criação de um

Comité de Gestão da Área Sanitária que permite a participação da população, através dos seus eleitos, na gestão e definição das prioridades de Saúde na sua área de residência.

Um dos maiores problemas na gestão do sistema de Saúde é a ausência de uma liderança assumida; dado que o governante é substituído mesmo antes de ter tempo para se instalar e ter um domínio desejável sobre a situação da Saúde. Os fracos e irregulares salários fazem também com que os técnicos se coloquem facilmente à mercê dos governantes como forma de poderem ser projectados e de obter os meios de sobrevivência que julgam ser necessários, desligando-se dos problemas da saúde.

Quadro 3. As funções de diferentes níveis de prestação de cuidados

Funções	Nível Central	Nível Regional	Nível Local
Elaboração de Políticas, Legislação, Regulamentação	Compete ao NC. É responsabilidade dos órgãos de Direcção do MINSAP em concertação com órgãos ou mecanismos de coordenação definidos.	Papel consultivo para NC	Papel consultivo para NR
Planificação, afectação de recursos	Planificação política, normativa e estratégica, meio-termo (2-5 anos); Comissão Técnica de Planificação (composição: NC, NR);	Planos Estratégicos Regionais de acordo com as orientações e a política do MINSAP; Plano Anual (operacional)	Micro planificação das actividades da área sanitária na base das orientações do NR;
Mobilização de recursos - Orçamento do Estado - Ajuda externa - Obtenção de receitas	Preparação OGE; negociação com MINFIN e Conselho Ministros; Negociação com parceiros (decisão: Gabim, após parecer da Comissão Técnica de Planificação); Propor tarifas;	Propor orçamento regional para OGE; Mobilização de "parceiros locais" em coordenação com NC; Recuperação de custos;	Mobilização da população; Recolha de receitas,
Controle das Receitas e Despesas, Gestão Financeira	DAF, sob orientação MINFIN; Papel da CECOME na parte dos fundos provenientes dos Medicamentos Essenciais (ME)	DRS e Depósito Regional de Medicamentos, sob orientação DAF;	Gestão dos fundos da recuperação de custos, incluindo "abota": Comité de Gestão, sob orientação ERS
Aprovisionamento	Medicamentos: CECOME; Combustíveis, Registos, fichas, etc.: Unidade Logística	Depósito Regional/ERS	- CS/CG da respectiva Área Sanitária
Manutenção	Serviço de Património (Instalação e equipamentos): normas, fichas de controlo do património	Seguimento/ comunicação do estado de manutenção e das necessidades	Seguimento / comunicação do estado de manutenção
Afectação e Gestão Recursos Humanos	Recrutamento e afectação segundo Plano Quadro; Transferências entre regiões e serviços; Mediação em casos que ultrapassam o nível dos serviços e regiões; Nomeação, Exoneração e Promoção;	Transferência intra-regional; Apresentação das necessidades ao NC;	Apresentação das necessidades ao NR
Construção de infra-estruturas	Autorização (Planificação), concursos, planta standartes (Património);	Papel consultivo para NC	-
Colaboração intersectorial	Secretaria de Estado do Plano	Redinamização dos Gabinetes Regionais de Plano	CG; líderes e Associações de comunitárias, Estruturas a nível do Sector administrativo.
Coordenação e colaboração da ajuda externa	Sob coordenação da DGPC/DGIS Decisão: Gabim/Comissão Técnica Planificação	Coordenação dos intervenientes a NR; Parecer nos projectos que afectam a região;	-
Formação, IEC	Formação inicial, Formação no estrangeiro, Orientações (módulos)	Formação contínua a nível regional e inter-regional;	Apoio na Formação ASC

Funções	Nível Central	Nível Regional	Nível Local
	para a formação a NR; Acesso órgãos comunicação social		
Pesquisas	Aprovação de protocolos, validação e coordenação das pesquisas, divulgação e promoção da utilização dos resultados	Propor pesquisas, promover a utilização dos resultados, papel consultivo;	Utilização das conclusões e recomendações dos estudos para a melhoria dos cuidados
Prestação de serviços de saúde	Cuidados terciários, especializados (HC, CR/Nacionais); Evacuações (Junta médica)	Cuidados secundários, primeiro nível de referência (HR);	Execução dos programas de Cuidados Primários de Saúde (CS, USC): PMA;
Supervisão	Ao NR: supervisão integrada (DGSP) e supervisão específica (programas e serviços centrais)	Supervisão dos CS (Áreas Sanitárias) e Comitês de Gestão	Supervisão USC
Seguimento e avaliação	Actividades das regiões, dos serviços e programas centrais; seguimento projectos e ajuda externa; Organização SNIS;	Actividades das áreas sanitárias e hospitalares regionais; Recolha de dados, análise, interpretação e retro informação; (SRIS)	Seguimento actividades dos CS pelo Comité de Gestão; Recolha, compilação, análise e interpretação de dados (SRIS);
Inspecção-geral	Inspecção e propor correcção e sanções	Inspecção, comunicação NC	Inspecção, comunicação NR e NC

4.1.2.2. PROGRAMAS DE SAÚDE

No geral, os actuais programas técnicos funcionam de forma “vertical”, apesar das tentativas que se têm desenvolvido desde a elaboração do PNDS I no sentido da integração da abordagem programática, de modo a rentabilizar a utilização dos escassos recursos disponíveis. O facto de o funcionamento dos mesmos depender, exclusivamente, do apoio dos parceiros, determina a manutenção da tendência da sua abordagem vertical, sobretudo ao nível central. A nível regional ou local, devido à polivalência das ERS, a abordagem é já “horizontal”.

Independentemente da especificidade, natureza e abrangência de cada Programa Prioritário de Saúde, a missão global de todos eles consiste em: elaborar as políticas e estratégias globais; propor normas, procedimentos, suportes de gestão, recursos necessários para a execução das actividades operacionais e indicadores de seguimento e avaliação; participar na concepção, validação e, eventualmente, na execução de estudos e pesquisas; elaborar e rever regularmente os *curricula*, módulos e programas de formação; prestar apoio técnico às equipas regionais mediante as necessidades identificadas, sobretudo no que se refere à formação contínua; integrar as equipas de supervisão da Direcção-Geral de Saúde Pública; colaborar com a DIECS na concepção e validação dos programas e mensagens para que se faça devidamente o processo de informação, educação e comunicação (IEC); contribuir para a definição das necessidades de medicamentos, materiais e equipamentos relativos ao respectivo programa.

Os principais programas que constituem a prioridade do sistema de saúde são agregados em dois grupos:

1. O Programa da Saúde Reprodutiva, que inclui a saúde da mãe e do recém-nascido, o planeamento familiar, o Programa Alargado de Vacinação (PAV), a estratégia de atenção integrada às doenças de infância (AIDI) e o núcleo de nutrição;

2. As Grandes Endemias. No grupo de grandes endemias incluem-se programas responsáveis pelo combate às doenças prioritárias, tais como o Programa de Luta contra as IST/VIH/SIDA (PNLS), o Programa de Luta contra o Paludismo (PNLP), o Programa de Luta contra a Lepre e a Tuberculose (PNLT), o Programa de Luta contra a Oncocercose e outras doenças esquecidas (PNLO) e o Programa Nacional de Saúde da Visão.

Além dos Programas Prioritários de Saúde existe aquilo que foi designado de “sistemas de apoio”. Deste grupo fazem parte o Sistema Nacional de Informação Sanitária (SNIS) e a Informação Educação e Comunicação (IEC).

De modo geral, o funcionamento tanto dos programas como do sistema de apoio depende quase exclusivamente do apoio dos parceiros. Mesmo assim, estes constituem a parte mais operacional de todo o serviço nacional de saúde ao longo dos últimos anos. Os programas têm servido de suporte para o funcionamento do Ministério da Saúde, assim como para reparações de equipamentos de algumas estruturas de prestação de cuidados primários.

4.1.2.3. SEGUIMENTO DOS OBJECTIVOS

Os objectivos do Serviço Nacional de Saúde ou do Ministério da Saúde Pública são ou de natureza estratégica ou operacional (planos estratégicos), mas também podem ser de natureza política (política nacional de Saúde). O PNDS I foi redigido em 1997 para o período de 1998 – 2002. Dada a situação de conflito que se viveu no país logo após o seu lançamento, foi redimensionada a validade do documento para mais 5 anos (2003 – 2007). Com toda a turbulência política que se viveu no país, durante este período de 10 anos, de vigência do PNDS I, não houve um processo de seguimento sistematizado e de revisão global nem dos objectivos estratégicos, nem das políticas adoptadas.

Aquando da elaboração do PNDS I, foi criado um Comité de Gestão, como o órgão consultivo, para a área de planificação e de seguimento da implementação das actividades programadas. Este órgão, apesar do seu carácter consultivo, tinha por competências: verificar a coerência entre os planos e se as propostas de projectos e os objectivos estavam de acordo com as prioridades do PNDS; verificar se as estratégias e actividades a promover incidiam, de facto, sobre as deficiências de funcionamento ou de cobertura em serviços essenciais e, ainda, se davam resposta a situações epidemiológicas específicas em determinadas regiões; verificar a coerência dos pedidos de recursos face às informações disponíveis sobre diferentes aspectos (pessoal, meios de transporte, etc.); avaliar se o orçamento global era coerente com as prioridades, realista e com cobertura suficiente do OGE, da recuperação de custos e do financiamento externo. Este importante órgão de seguimento da implementação das actividades, além de um funcionamento muito irregular, ficou reduzido a um simples instrumento de aprovação dos TDR das missões do BM e de realização de reuniões de análise da situação com a missão já no terreno. Fora desse âmbito, o Comité de Gestão do PNDS não existe. Por exemplo, no que diz respeito à CCM, CCIA e CNLS, que representam a presença dos principais mecanismos de financiamento do sector da Saúde a actuar no país, são totalmente independentes do Comité de Gestão do PNDS, que não se revê nessas estruturas. Em consequência, não existem, actualmente, mecanismos que possam fornecer informações que permitam verificar em que medida os objectivos políticos e estratégicos traçados pelo PNDS foram ou não alcançados. Os processos de elaboração das propostas de submissão ao Fundo Mundial, a GAVI, o BM, os planos de cooperação com parceiros do SNU e alguns documentos de políticas e planos estratégicos específicos foram fornecendo certos elementos para que se possa fazer uma apreciação da situação do Serviço Nacional de Saúde, mas de forma separada e sem coordenação.

Em termos de objectivos estratégicos do PNDS, no que diz respeito à cobertura dos serviços de cuidados primários de Saúde, estes foram revistos para o período 2003 – 2007, no sentido de alguma redefinição das metas traçadas em 1997, tornando-as menos ambiciosas, tendo em conta a realidade pós-conflito. A sua monitorização foi colocada pelo BM como uma prioridade. Para dela se ocupar, foi contratado o PSB, que passou a fazer a recolha de dados sobre a utilização dos serviços nas comunidades em todas as regiões do país, complementando assim os dados administrativos da rotina do Sistema de Informação Sanitária.

O Sistema de Informação Sanitária, tal como definido no PNDS, continua muito disperso, desarmonizado e sofre de falta de organização e de recursos.

**4.1.2.4. OS PRINCÍPIOS DE BOA GOVERNAÇÃO:
TRANSPARÊNCIA, RESPONSABILIDADE, PARTICIPAÇÃO,
EFICÁCIA E COERÊNCIA**

Em relação aos princípios de boa governação e à sua aplicação no caso concreto da Saúde da Guiné-Bissau, há a realçar a ausência total de mecanismos de transparência em todas as etapas. Não existe um sistema de contabilidade geral que integre todas as despesas com a Saúde. Nenhuma estrutura do Ministério da Saúde sabe concretamente em que é que são aplicados os fundos do OGE desbloqueados para o MINSAP que não são utilizados no pagamento dos salários dos funcionários. Nenhuma estrutura de Direcção do MINSAP tem algum tipo de controlo sobre os pedidos de fundos que são dirigidos ao MINFIN pela DAF que se encontra na dependência directa do Ministro da Tutela.

Sabe-se, por exemplo, que ao longo dos 10 anos de implementação do PNDS I, houve importantes financiamentos do BM, tanto em termos de créditos como de donativos. No entanto, os relatórios financeiros e das auditorias organizadas no fim de cada ciclo de financiamento nunca foram objecto de uma análise criteriosa por parte do MINSAP. Outra situação, de relevar, é o facto do Comité de Gestão, que como acima foi explicado, pretende ser um órgão de seguimento, nem sequer é informado acerca dos preparativos para a realização de auditorias e nunca tem acesso aos relatórios das mesmas.

No decurso da elaboração do PNDS I em concordância com os dispositivos adoptados pela administração da função pública guineense, recomendou-se que os lugares para técnicos dentro da estrutura orgânica do MINSAP deveriam passar a ser preenchidos mediante um concurso público. Pelo contrário, as filiações partidárias e a confiança política têm sido um importante critério de selecção, situação que se tem inclusivamente acentuado nos últimos anos, prejudicando o funcionamento dos órgãos do MINSAP.

Numa tentativa de responsabilização dos actores – um dos factores cruciais para a boa governação – pretendeu-se dar autonomia à Central de Compra de Medicamentos (CECOME), criada em 2003. Foi definida a sua missão, fixados os seus objectivos, os meios e as modalidades de funcionamento da CECOME enquanto entidade autónoma em relação ao serviço do PNDS e encarregue da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais a todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde. Porém, aquando da sua criação, ficaram por fazer algumas precisões, sobretudo relativamente ao modo de financiamento dos medicamentos que não integram o sistema de recuperação de custos e acerca dos critérios de qualidade e de disponibilização dos mesmos. Neste momento a CECOME corre o risco de fechar por falta de fundos, algo que está a acontecer logo no primeiro ano após o fim do programa de assistência financeira do BM, sem que se apontem responsáveis pela situação.

Outras estruturas autónomas, além da CECOME, são o PSB, o LNSP, a ENS, o HNSM, o Hospital de Mansoa, o Hospital de Pneumologia e o Hospital de Cumura. Além de não receberem apoios programados do MINSAP, algumas dessas estruturas (CECOME, LNSP) passaram a servir de autênticas fontes de receitas para diferentes responsáveis desse mesmo ministério, à medida que as mudanças políticas foram sendo operadas. Outros estabelecimentos estão a funcionar sob forma de contratualização: caso do Hospital de Mansoa, do Hospital de Pneumologia e do PSB. Estes estão, actualmente, sob gestão de organizações estrangeiras. Casos diferentes são os hospitais de Cumura, Quinhamel e Ondame, assumidos pelas Igrejas Católica e Evangélica. Neste momento, os únicos estabelecimentos de cuidados que funcionam com uma certa qualidade são os que estão sob gestão contratualizada. Os restantes serviços, designadamente os hospitais de referência nacional e regionais, continuam com uma gestão centralizada e pouco eficiente.

A política de recuperação de custos/Iniciativa de Bamako, pode ser analisada, do ponto de vista da governação, como uma estratégia que permite incentivar e desenvolver a participação da população no financiamento e na gestão dos serviços de saúde. Porém, passados 5 anos da sua implementação, representa um ganho muito insuficiente face às necessidades de financiamento do Serviço Nacional de Saúde, uma vez que, de acordo com o último relatório sobre a revisão das despesas da saúde consegue custear apenas 1% das mesmas. Além disso, os Comités de Gestão criados não estão em condições de assegurar a gestão dos serviços conjuntamente com os técnicos de saúde, pois não prestam contas às populações que os elegeram e, portanto, não funcionam. O baixo nível escolar ou mesmo a ausência total de escolarização entre os elementos dos Comités de Gestão também não lhes permite assimilar certos elementos que contribuiriam para uma melhor gestão dos serviços. Por outro lado, ao possibilitar a utilização dos fundos provenientes da recuperação de custos para suprir as necessidades operacionais das estruturas de prestação de cuidados, facilitou-se a ocorrência de enormes desvios às normas estabelecidas. Consequentemente, chegou-se a uma situação em que não há fundos acumulados, as condições de prestação de cuidados degradaram-se completamente e verifica-se uma total ausência de medicamentos essenciais.

A colocação dos utentes no centro das preocupações dos serviços de cuidados de saúde continua a constituir um enorme desafio para o Serviço Nacional de Saúde, tendo em conta a impunidade generalizada a todos os níveis. Mesmo os responsáveis regionais, que tentam fazer cumprir as normas tanto técnicas como financeiras, não têm depois nenhum suporte do nível central em relação às medidas correctivas que tomam ou pretendem tomar, pelo que desenvolvem um sentimento de frustração e de desmotivação.

Num contexto em que as informações são parciais, de qualidade duvidosa e de difusão limitada entre os principais actores, a tomada de decisão não pode ser feita de forma serena. Geralmente as decisões são tomadas em função da pressão exercida por eventos externos ao Serviço Nacional de Saúde.

Na realidade, não existe um verdadeiro comité de coordenação sectorial que oriente, na área da Saúde, todas as contribuições, sejam elas técnicas, materiais ou financeiras. Em função de uma iniciativa internacional para o financiamento de programas concretos ou de sistemas no seu todo, foram sendo criados comités de coordenação dispersos como forma de satisfazer as exigências ou os critérios de financiamento momentâneos. Estes comités têm incluído não só organismos públicos e os parceiros do SNU, como também as organizações da sociedade civil guineenses e as pessoas afectadas pelos problemas de saúde. O quadro que se segue faz o resumo dos órgãos de coordenação existentes.

Quadro 4. Diferentes comités de coordenação do sector da Saúde

Designação do comité	Temática	Periodicidade de reuniões
Comité de Coordenação Inter-Agência (CCIA)	Vacinação e vigilância epidemiológica	Trimestral
Comité de Coordenação Multisectorial (CCM)	Subvenção do VIH/Sida, paludismo, tuberculose	Trimestral
Comité Interministerial de Luta contra as Epidemias	Epidemias: cólera, sarampo, meningite, disenterias (conforme a situação)	Em períodos epidémicos
Comité de Saúde Reprodutiva	Saúde reprodutiva	Semestral

Tinha-se previsto, na própria orgânica do PNDS I, um Conselho Nacional de Saúde que reunisse todos os intervenientes do Serviço Nacional de Saúde e a Assembleia Nacional da Saúde para permitir a troca de impressões dentro do próprio sector (intersectorial), mas este órgão nunca chegou a funcionar, enquanto que outros foram sendo criados.

De salientar que existem, aparentemente, boas relações intersectoriais entre o Ministério da Saúde e os Ministérios da Solidariedade Social, da Educação Nacional e outros, nomeadamente no que concerne a questões específicas como as epidemias ou a luta contra as grandes endemias. No entanto, também nestes casos, falta o enquadramento num mecanismo de coordenação intersectorial como o Conselho Nacional de Saúde ou o Comité de Pilotagem, recentemente criado para dirigir o processo de elaboração do presente documento do PNDS II.

4.1.2.5. SUPERVISÃO, SEGUIMENTO, CONTROLO E AVALIAÇÃO

A partir de 2000, na tentativa de recuperação do sistema de Saúde depois do conflito e da implementação, em parte, da própria política do PNDS, foi lançada a ideia da criação de uma equipa nacional de supervisão.

A equipa de supervisão passaria a ter como missão, nas suas deslocações às Regiões, passar em revista todos os aspectos que compõem o sistema de prestação de cuidados: disponibilidade e utilização das definições de casos de doenças, diagnóstico e tratamento correcto, ligação com os laboratórios clínicos, aplicação das políticas dos programas prioritários para cada doença específica, vigilância epidemiológica, informação sanitária, *stock* de medicamentos e de vacinas, funcionamento da cadeia de frio, implementação da estratégia avançada, etc. Para que tal fosse possível, era necessário formar uma equipa de supervisores polivalentes com reconhecida experiência e capacidade técnica e pedagógica para o cumprimento dessas tarefas.

Contudo, o processo de criação da equipa nacional de supervisão que se seguiu à decisão da sua implementação foi conduzido pelo Ministério da Saúde sem critérios. As equipas formadas não dominavam todos os aspectos das maiores preocupações relacionadas com sistema de cuidados. Bastava pertencer ao nível central para se ser colocado como supervisor. O guia elaborado para orientar a acção dos supervisores também não correspondia às expectativas dos programas e dos serviços técnicos existentes. Os aspectos financeiros e administrativos sobrepuseram-se, assim, às questões técnicas. Em consequência, as missões de supervisão efectuadas transformaram-se em simples passeios às Regiões e os programas sentiram-se obrigados a manter suas próprias supervisões técnicas independentes.

Tinham sido programadas duas supervisões integradas por ano. Essa programação raramente foi cumprida, ora por falta de recursos financeiros a tempo útil, ora por implicações do próprio Ministério da Saúde em outras actividades consideradas urgentes no momento. Por sua vez, as Regiões deveriam fazer visitas trimestrais às estruturas de prestação de cuidados das suas áreas sanitárias, incluindo hospitais regionais. Nenhuma região consegue, no entanto, actualmente, cumprir sequer 50% do programa de supervisão, devido à falta de meios financeiros e de transportes, sistematicamente apontados como os principais responsáveis por esta situação.

Um dos poucos aspectos positivos neste capítulo da supervisão é a adopção, por parte de quase todas as Regiões, dos encontros mensais a nível das DRS para as avaliações mensais das actividades, análise das metas e estrangulamentos ao seu cumprimento e discussão das questões mais candentes. Mesmo assim, a implementação dessa iniciativa não tem sido sistemática por dificuldades de ordem financeira e logística.

4.1.3. FINANCIAMENTO

Em 2006, foram gastos, com a saúde, 1,22% do PIB. Do total do Orçamento Geral do Estado (OGE), 5,08% é destinado ao Ministério da Saúde Pública. A participação externa em termos do orçamento da saúde é 11,19% do PIB o que corresponde a 46,54% do OGE. Estes dados revelam “...a precariedade financeira do país e a significativa necessidade de intervenção de entidades externas para manter um nível de prestação de cuidados de saúde mínimos à população.” (Santana, 2007).

Nos últimos dez anos, a fracção do OGE que é atribuída à Saúde nunca chega a 10% e representa menos de 15% das necessidades financeiras do funcionamento do sector, implicando que o orçamento ordinário do Ministério da Saúde esteja totalmente dependente do apoio dos parceiros de desenvolvimento.

Em 2006, as despesas anuais com a saúde *per capita* eram de 3.484 FCFA, isto é, 7,00 USD. Este valor é 5 vezes inferior ao valor recomendado para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (35,00 USD por habitante, por ano).

Reconhecendo o papel fulcral do financiamento no desenvolvimento da Saúde, o Chefe de Estado guineense, assim como todos outros Chefes de Estados africanos comprometeram-se, em 2001, em Abuja, a tomar medidas para assegurar pelo menos 15% do orçamento nacional anual à melhoria do sector da Saúde, o que, infelizmente, não se observa.

4.1.3.1. INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL (INPS)

O regime de protecção social, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), contempla uma componente direccionada para o sector da Saúde que consiste, particularmente, na comparticipação monetária da assistência médica e medicamentosa dos cidadãos, incluindo as evacuações para o exterior. A comparticipação de medicamentos é de 75% se estes forem para o beneficiário (pelo qual a entidade patronal efectua descontos), ou de 50% se para um membro do agregado familiar. No regime geral de descontos para o INPS, são descontados 22% do salário do trabalhador, com 14% a cargo da entidade patronal e 8% do próprio beneficiário.

O reduzido número de contribuintes, que pertencem somente ao sector privado, prende-se, economicamente, com a predominância do sector informal na economia guineense. Isto conduz a uma situação onde apenas se encontram registadas oficialmente cerca de 1.191 empresas, às quais corresponde um total de 6.989 trabalhadores contribuintes, o que significa que apenas 0,53% da população do país desconta para a sua Segurança Social.

Quadro 5. Resumo dos fluxos contributivos – estimativas para 2006*

Proveitos	Valor (FCFA)
Total	871.650.557
axa Contributiva (22%)	788.438.910
SOAT (Seguro Obrigatório de Acidente de Trabalho)	83.211.647
Custos	121.174.355
Assistência médica no país	72.438.548
Assistência médica no exterior	40.887.406
SOAT (Seguro Obrigatório de Acidente de Trabalho)	7.848.400

Fonte: INPS, 2007; * Dados baseados em 10 meses de 2006

4.1.3.2 INICIATIVA DE BAMAKO/ RECUPERAÇÃO DE CUSTOS

Os serviços de saúde também geram as suas próprias receitas através do sistema de recuperação de custos, introduzido na sequência da implementação da política de Iniciativa de Bamako.

Desde 2002, têm vindo a ser identificadas algumas limitações e dificuldades de implementação, que, de acordo com o relatório de acompanhamento da equipa técnica, estão patentes, em particular, no fracasso do funcionamento dos Comitês de Gestão (instituição representativa das comunidades na gestão financeira e nos serviços de saúde da sua área), no não funcionamento da Comissão Nacional de Seguimento da Iniciativa de Bamako, na falta de conhecimentos técnicos e na falta de motivação das pessoas envolvidas no processo, na não remuneração dos cargos de gestão, no endividamento perante a CECOME e na má utilização dos fundos para ganhos pessoais.

4.1.3.3. FINANCIAMENTO EXTERNO

Para além do OGE, como acima referido, a grande fonte de financiamento do sector da Saúde na Guiné-Bissau é a parceria que suporta cerca de 90% do orçamento de funcionamento regular do MINSAP. Oitenta por cento destes fundos provem de parceiros multilaterais liderados pelo BM e BAD e outros 20% dos restantes 20% parceiros da cooperação bilateral (os dinamarqueses do Projecto de Saúde de Bandim, a Cooperação Francesa, a Cooperação Portuguesa e a Cooperação Brasileira). A forma de participação de cada uma destas instituições é variável e depende de protocolos anuais de colaboração de natureza bilateral ou multilateral.

Quadro 6. Ajuda externa ao sector da Saúde, em USD, no triénio 2003-2006

Parceiros	2003	2004	2005	2006
BM	3.235.643	1.887.132	3.067.423	2.740.559
BAD	0	391.110	4.565.506	4.565.506
UNICEF	4.624.200	4.624.200	2.625.200	
OMS	1.456.000	1.792.003	1.792.003	
UNFPA	2.701.000	2.701.000	2.701.000	2.701.000
Total Multilateral	12.016.843	11.395.445	14.751.132	14.632.265
<i>Fond Global</i>	0	0	2.278.090	2.278.090
GAVI	84.600	84.600	112.767	112.767
Total subvenções	84.600	84.600	2.390.857	2.390.857
Coop. Francesa				
Coop. Portuguesa	1.515.817	1.515.817	1.721.032	1.721.032
Coop. Brasileira	Medicamentos ARV e formação de quadros nacionais em TARV			
Bilateral	1.515.817	1.515.817	1.721.032	1.721.032
<i>Plan</i> Guiné-Bissau	318.310	318.310	318.310	930.400
ONG	318.310	318.310	318.310	930.400
Total	13.935.570	13.314.172	19.181.331	15.049.354

4.1.4 PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

No que se refere à prestação de cuidados, no nível central existe um hospital (Hospital Nacional Simão Mendes) e quatro centros especializados de referência nacional: o Centro de Referência Nacional de Pneumologia, o Hospital de Hanseníase de Cumura (leprosaria), o Centro Mental (psiquiatria) e o Centro de Reabilitação Motora. Estes dois últimos foram destruídos durante a guerra e nunca foram completamente reactivados. À excepção do Hospital de Hanseníase, localizado em Cumura, sector de Prábis, na Região de Biombo, a cerca de 12 km de Bissau, os outros estabelecimentos encontram-se todos na capital.

Em termos de prestação de cuidados a nível regional, existem somente 5 hospitais regionais: Bafatá, Catió, Canchungo e Gabú e Mansoa.

A situação de precariedade dos estabelecimentos hospitalares, sobretudo no que diz respeito aos cuidados de referência, tem a ver com uma complexa teia de causas interdependentes e cumulativas, de entre as quais se destacam: a falta de pessoal qualificado e em quantidades requeridas; a falta de motivação do pessoal; a diminuição das competências técnicas; a irregularidade nos aprovisionamentos de material clínico-cirúrgico, reagentes, fichas e instrumentos de gestão, etc., a falta de manutenção dos equipamentos; o atraso no desembolso de fundos de maneo por parte das entidades responsáveis.

O nível local é responsável pela implementação do Pacote Mínimo de Actividade (PMA) (Caixa 1).

Caixa 1. Pacote mínimo de actividades

O Pacote Mínimo de Actividade (PMA) é composto por cinco grupos de actividades, nomeadamente actividades curativas, actividades preventivas, actividades orientadas para a população – comunicação e promoção da saúde –, estratégia avançada e actividades de apoio. É da responsabilidade dos centros de saúde nas 114 áreas sanitárias do país. Foram claramente separadas as actividades entre os centros de saúde, os postos de saúde e as unidades de saúde comunitárias. Essa descrição inclui as condições de apresentação da estrutura (condições de trabalho), os medicamentos essenciais obrigatórios a pôr à disposição, assim como o pessoal técnico mínimo necessário para o seu funcionamento.

A definição do PMA implicou a adopção de certos critérios de dotação mínima do pessoal técnico e a definição das normas de funcionamento das próprias infra-estruturas. O pacote mínimo em si, tal como definido, continua a parecer actual e adequado, à excepção de algumas correcções que podem ser introduzidas, concretamente na área da saúde da mãe, do recém-nascido e no TARV.

A efectiva implementação do PMA tem tido enormes problemas, a começar pela falta do pessoal mínimo necessário para o funcionamento normal das estruturas e pela não garantia de um serviço de qualidade, tal como previsto no documento do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. Há mesmo áreas sanitárias cujos centros de saúde ficaram fechados por falta de um técnico disponível para assegurar os cuidados mínimos.

O comprometimento do PMA não se limitou somente à falta de pessoal técnico (quantidade e qualidade). Os aspectos materiais e logísticos também pesaram muito. Mesmo com a política de recuperação de custos em curso, as estruturas de saúde passam a maior parte do tempo com ruptura de *stock* de medicamentos essenciais, devida, por um lado, à fraca capacidade de gestão de uma boa parte dos técnicos responsáveis pelos centros de saúde, por outro e principalmente, ao uso indevido dos fundos destinados ao reabastecimento.

Em relação aos aspectos materiais, há a registar a falta de uma cadeia de frio para conservar as vacinas e outros produtos disponíveis nas estruturas de cuidados. O constante roubo de painéis solares por parte dos populares, a ruptura de *stock* de vacinas e de petróleo, as avarias subsequentes das arcas frigoríficas, devido à manutenção deficiente, etc. são factores apontados.

A generalizada escassez de recursos humanos e o fraco apoio logístico disponibilizado colocam numa situação de fragilidade a realização da estratégia avançada, o que constitui outro estrangulamento para a implementação efectiva do PMA. Uma boa parte das áreas sanitárias não dispõe de motorizadas e conta somente com um único técnico de Saúde. A sua deslocação para as comunidades implicaria o fecho do centro durante a sua ausência. Além disso, sem meios de transporte para tal, torna-se impossível fazê-la.

As condições elementares de higiene e de biossegurança são deficientes em quase todos os estabelecimentos de saúde. As infra-estruturas, no geral, estão em avançado estado de degradação. Por outro lado, o serviço de diagnóstico complementar é praticamente inexistente.

O funcionamento do sistema de referência é extremamente deficiente. Durante a elaboração do primeiro PNDS programou-se uma reforma completa do sector hospitalar, de modo a permitir que cada estrutura desempenhasse, exclusiva e cabalmente, o seu papel. No entanto, o conflito armado de 1998 resultou no afastamento dos principais parceiros do PNDS, o que impossibilitou a implementação efectiva do plano. Neste momento, dadas as precárias condições das vias e a falta de meios de comunicação para situações de urgência, o tempo que os pacientes demoram na deslocação entre as suas casas e as estruturas de saúde pode ir até às 48 horas. Da parte dos utentes, as seguintes razões são frequentemente apontadas como factores que dificultam o recurso às estruturas de referência: o deficiente acolhimento por parte dos técnicos nas estruturas de referência; as dificuldades de acesso, devidas às más condições das vias de comunicação, à falta de meios de transporte adequados e em tempo útil; a insularidade; a persistência de tabus em algumas comunidades rurais; as dificuldades de ordem financeira; e o limitado poder de decisão das mulheres no seio dos agregados familiares.

4.1.4.1. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Em 2002, uma avaliação sobre a disponibilidade e qualidade dos serviços de cuidados obstétricos e neonatais de urgência concluiu que nenhum centro de saúde reunia as condições mínimas necessárias para a prestação destes serviços básicos de urgência. Mas, entre outros factores, tudo se deveu à própria política adoptada em função do PMA para cada nível de estrutura pois, segundo esta, não se deviam utilizar injectáveis nos centros de saúde e a extracção manual da placenta só podia ser feita nos hospitais.

Alguns factores que podem explicar as dificuldades do MINSAP na consecução do objectivo de «assegurar serviços de saúde de qualidade, tanto de primeiro contacto como de referência (globais, contínuos, integrados), e acessíveis a todos» (PNDS, 2003) são:

- a falta da supervisão periódica da distribuição e da utilização dos recursos;
- a falta de recursos humanos (em quantidade e qualidade) e a sua má distribuição;
- a fuga de profissionais especializados, decorrente do conflito de Junho de 1998;
- a falta de infra-estruturas e de equipamentos essenciais com condições básicas para assegurarem cuidados de qualidade;
- deficientes vias de comunicação;
- precariedade e insuficiência da rede de transportes;
- constantes actos de vandalismo e de roubo de equipamentos, nomeadamente painéis solares, nos estabelecimentos de saúde por parte dos populares.

Assim, e tendo em conta as informações apresentadas, conclui-se que os serviços de saúde, tanto os de primeiro contacto como os de referência, e apesar das significativas melhorias ocorridas em praticamente todos os indicadores, continuam a não assegurar cuidados de qualidade globais, contínuos e integrados acessíveis a todos.

A outra face desta realidade reflecte-se nos montantes avultados dispendidos com a evacuação de doentes para cuidados diferenciados em Portugal. Por exemplo, só em 2006, foram submetidos mais de 500 pedidos de bolsa de tratamento para o exterior com a aprovação da Comissão Nacional de Junta Médica. Destes pedidos, foi possível evacuar no quadro de acordo com Portugal cerca de 320 doentes, implicando um gasto na ordem dos

489.454.452,00 FCFA do OGE. Para além desse importante peso financeiro para o governo guineense, também o governo português paga as despesas da própria assistência hospitalar em Portugal e os próprios doentes e acompanhantes, em termos de estadia no estrangeiro.

No número apontado não estão contabilizados os que se deslocam por iniciativa própria para países vizinhos à procura de melhores cuidados. Fica, assim, claro que o sistema não dispõe de condições técnicas mínimas para satisfazer as necessidades da população em cuidados de saúde.

4.1.4.2. TRANSFUSÃO SANGUÍNEA E BIOSSEGURANÇA

Em 2005, apesar de todas as dificuldades relacionadas com a colecta, acondicionamento e armazenamento de sangue e seus derivados, foram feitas 1.781 transfusões, das quais 54 % a crianças e 16% a mulheres grávidas. Em 2006, o número de transfusões foi de 2.223, sendo 41,4% para as crianças e 18,7% para mulheres gravidez e parturientes.

De acordo com os cálculos da OMS, das necessidades em sangue, 2% da população necessitariam de transfusão sanguínea anualmente. Com base neste cálculo, estima-se que em 2006, seriam necessárias cerca de 30.000 unidades de sangue. As informações do Serviço Nacional de Sangue indicam que só foi possível obter 2.000 unidades de sangue, apenas 6% das necessidades, das quais 70% vieram dos familiares dos pacientes e 30% dos dadores voluntários.

A crescente prevalência do VIH/SIDA e de outras doenças hemotransmissíveis exige uma reflexão aprofundada sobre os meios que permitirão garantir a segurança das transfusões na Guiné-Bissau, designadamente instalações adequadas, equipamentos modernos e pessoal especializado. Não há, no país, um único especialista na área da imunohematologia. A segurança da transfusão sanguínea é ainda ameaçada pela ausência de um sistema eficiente de aprovisionamento em materiais e reagentes, bem como de uma cadeia de frio. Desde 1987, todas as unidades de sangue recolhidas são submetidas ao teste do VIH, Hepatite B e Sífilis. A despistagem da Hepatite C só foi introduzida em 2002. No entanto, o documento da Política Nacional de Transfusão Sanguínea, assim como o regulamento do funcionamento dos serviços de transfusão como instrumentos para garantir a prática de transfusão em condições de segurança, tanto para os beneficiários como para os próprios técnicos de saúde, ainda aguardam a sua adopção pelo Conselho de Ministros.

A previsão do PNDS I era dotar todos os hospitais regionais e centros de saúde tipo “A” de Bancos de Sangue uma vez que estes estabelecimentos teriam blocos operatórios a funcionar para além do HNSM. Neste momento, somente o HNSM e mais 4 hospitais dispõem de serviços de bancos de sangue: Bafatá, Tombali, Cacheu e Gabú.

O actual banco de sangue do maior estabelecimento hospitalar do país não reúne as mínimas condições exigidas. Relativamente aos hospitais regionais, um só hospital regional (Gabú) dispõe de um edifício específico para o banco de sangue, os restantes estão a funcionar nos anexos dos laboratórios de análises clínicas dos mesmos. Destaca-se a insuficiência, ou ausência, de frigoríficos para a conservação de sangue e de reagentes.

No quadro de apoio da OMS foram formados 4 técnicos no domínio da gestão de qualidade. Neste momento, o Banco de Sangue do HNSM participa no programa de controlo de qualidade externo com o Instituto Português de Sangue (IPS) e com o Centro Regional de Abidjan. O programa de hemovigilância não existe.

4.1.4.3. ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

O raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5 km. Com base neste critério, mais de 40% da população não terá ainda acesso geográfico aos serviços, isto é, vive para além dos 5 km da estrutura de prestação de cuidados primários de saúde mais próxima (aqui não se englobam as estruturas privadas). Essa visão global da disponibilidade das infra-estruturas dos cuidados de saúde é muito diferenciada entre as regiões sanitárias e dentro das mesmas regiões. Por exemplo, na Região de Oio, cerca de 65% da população vive a mais de 5km dos serviços de saúde mais próximos. Existem áreas sanitárias com localidades populacionais a mais de 30 km.

Uma dos mecanismos para aumentar o acesso aos cuidados é a estratégia avançada (Caixa 2).

Caixa 2. Estratégia avançada

Com o propósito de melhorar as coberturas do PAV, seguimento do estado nutricional das crianças menores de 5 anos, suplementação com micronutrientes e actividades de prevenção do tétano neonatal e seguimento da gravidez nas consultas pré-natais junto das grandes aglomerações das comunidades mais distantes do respectivo centro de saúde, foi adoptada a estratégia avançada.

O cumprimento de um circuito de visitas periódicas dos técnicos de saúde para essas localidades, previamente identificadas e planificadas, constituem uma oportunidade ideal de envolver as comunidades directamente na utilização das actividades de prevenção e oportunidade de se informarem ou serem informados sobre os seus problemas de saúde. Esta estratégia é executada por um enfermeiro geral, uma parteira ou, na ausência destes, por um auxiliar. Estes é que planeiam o circuito mensal de deslocações.

Os meios técnicos que são disponibilizados incluem motorizadas e seu combustível, termos de conservação das vacinas e outros materiais de vacinação, uma balança Salter para pesar crianças com menos de 5 anos, alguns medicamentos essenciais (tetraciclina oftálmica, antipalúdicos, antipiréticos, vitamina A). Em localidades em que não existem unidades de saúde comunitária, a medição e os equipamentos são complementados, com ácido fólico e sulfato ferroso, estetoscópio e esfigmomanómetro, uma balança para pesar grávidas a fim de poder prestar CPN (não inclui distribuição de preservativos ou de métodos de PF).

OS Agentes de Saúde Comunitária (ASC) ocupam-se de informar a comunidade sobre o calendário das visitas dos técnicos da EA e da organização da comunidade durante as visitas. Para além disso, aproveitam a oportunidade de apresentar, a estes, os casos clínicos duvidosos ou que acham oportuno referenciar para consulta.

As matronas acompanham, no quadro do calendário, as visitas das parteiras, mobilizam as mulheres grávidas e referenciam casos para a atenção das parteiras. Mantêm também os registos de mulheres grávidas presentes na zona. Quando as matronas sentem necessidade de referenciar uma mulher grávida para tratamento no CS, acompanham também essa pessoa ao CS.

As parteiras e os enfermeiros aproveitam estas visitas para supervisão do trabalho destes agentes de nível comunitário. O calendário das visitas é comunicado aos agentes comunitários pelos comités de gestão da iniciativa de Bamako.

Os serviços prestados no âmbito da EA são gratuitos.

4.1.4.4. ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

A Comissão Nacional de Medicamentos fez a última actualização do Formulário Nacional de Medicamentos, em 1989. Mediante este formulário, os medicamentos essenciais são tidos como meios necessários para o tratamento e prevenção das doenças mais frequentes, constituindo um factor de primordial importância para a melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de saúde.

Nesse sentido, o Governo adoptou o Programa de Medicamentos Essenciais que tinha como objectivo disponibilizar medicamentos essenciais de boa qualidade a toda a população gratuitamente. Este objectivo vinha ao encontro do Plano Nacional de Saúde traçado em 1976 e preconizava a gratuidade dos cuidados de saúde para toda a população.

Tendo em vista a reestruturação do sector da Saúde prevista pelo PNDS I, em 1997 e a adopção da política de recuperação de custos criada, em 2002, que exigia a comparticipação directa da população no aprovisionamento de medicamentos essenciais, o Governo criou a Central de Compra de Medicamentos Essenciais (CECOME), que tem a exclusividade de importação de medicamentos para o sector público, com a possibilidade da sua extensão para o sector privado, através de concursos públicos internacionais. A CECOME, directamente financiada pelos parceiros, passou assim a ocupar-se da aquisição no exterior, armazenamento e venda de medicamentos aos Depósitos Regionais de Medicamentos (DRM), num total de 11, ao HNSM e aos centros de referência nacional, além de a algumas ONG de carácter não lucrativo que actuam na área da Saúde.

Actualmente, a situação dos medicamentos essenciais é deveras lamentável. A maior parte das estruturas de prestação de cuidados de saúde passou, todo o ano de 2007, sem medicamentos essenciais. Há DRM que não conseguiram fazer um único abastecimento de nenhum tipo de medicamento, durante todo o ano de 2007, devido às dívidas acumuladas com a CECOME.

Ao adoptar a política de recuperação de custos, o Governo teve o cuidado de assumir certas responsabilidades perante alguns tipos de doentes, como os doentes de TB, de SIDA e do foro mental. Isto significa que os medicamentos necessários para este tipo de doenças não seriam comparticipados e que o OGE assumiria estes encargos. Com a adopção desta política, a CECOME foi suportando os encargos com a importação, o armazenamento e distribuição destes medicamentos que depois seriam compensados pelo Ministério da Saúde através do OGE. Passados cinco anos, após o início da Política de Recuperação de Custos e a CECOME continua sem receber nenhuma compensação. Para além desta situação, a própria CECOME tem-se permitido certos desvios de procedimentos ao financiar muitas actividades do MINSAP que não são da sua competência sem reembolso garantido. Actualmente dívida total do MINSAP para com a CECOME é estimada em torno dos 541.919,00 USD em medicamentos e outros empréstimos.

Outras situações que se colocam, perante a cadeia de aprovisionamento de medicamentos, têm a ver com a forma como o Ministério da Saúde se relaciona com as ofertas improvisadas de medicamentos de várias proveniências. O HNSM é o maior cliente da CECOME, em termos de consumo dos seus produtos. As ajudas muitas das vezes são direccionadas ao Hospital sem nenhuma concertação com a CECOME. O Hospital, por sua vez, prefere receber estes medicamentos directamente uma vez que lhe são doados. As vendas depois são feitas normalmente no quadro de recuperação de custos e os fundos nunca entram para CECOME, aliás, nunca se sabe como são utilizados. Como consequência disto, a CECOME, muitas vezes vê-se obrigada a destruir medicamentos cujos prazos expiraram, o que constitui um enorme prejuízo para o sistema. Até esta data, foram destruídos na CECOME medicamentos no valor de 904.793,00 USD.

A nível local foram criados os comités de gestão como forma de permitir a participação da população no controlo e gestão das receitas de medicamentos e actos médicos. Mas este mecanismo nunca chegou a funcionar como se esperava em nenhuma área sanitária. As receitas passaram a ser utilizadas indevidamente pelos técnicos como complemento dos seus salários sem se preocuparem com, pelo menos, o reabastecimento em medicamentos. Assim, as estruturas ficaram sem medicamentos, a população não encontra mais motivos

de procura dos serviços de saúde com a ruptura total dos medicamentos e os técnicos deixaram de obter os complementos dos salários.

A CECOME, actualmente, está numa situação de crise anunciada. Já não consegue importar todos os medicamentos constantes da lista de ME e mesmo os que importa não podem ser adquiridos em quantidades suficientes para dar resposta às necessidades até novo abastecimento.

A crise de medicamentos no sector público fez com que o sector farmacêutico se transformasse num dos negócios mais concorridos do país para os privados. Contrariamente ao aumento incontrolável do sector farmacêutico privado, o Ministério da Saúde Pública não dispõe de mecanismos que lhe permitam, pelo menos, assegurar o controlo de qualidade dos medicamentos. Se o sector público, através da CECOME, faz importação a partir das instituições acreditadas pela OMS, já o sector privado não o faz. Desconhece-se mesmo a proveniência dos medicamentos comercializados pelo sector privado dominado pelos estrangeiros. Apesar de ser a área mais legislada em todo o Ministério da Saúde, não existem mecanismos institucionais que possam permitir um controlo eficaz do seu exercício pelo privado.

Em Setembro de 2007, foi validado o documento da Política Farmacêutica Nacional, que aguarda a sua adopção pelo Governo. O referido documento coloca, entre outros, os seguintes objectivos:

- actualizar e implementar a Legislação Farmacêutica;
- melhorar o aprovisionamento de medicamentos e produtos farmacêuticos essenciais;
- velar pela redução do custo dos medicamentos;
- promover o uso racional de medicamentos essenciais genéricos nos sectores público e privado, através da informação, educação e comunicação (IEC) dirigida aos prescritores, dispensadores e consumidores;
- implementar um sistema eficaz de controlo de qualidade dos medicamentos;
- implementar um sistema de informação farmacêutica, registo e de farmacovigilância;
- promover o desenvolvimento da produção local de medicamentos essenciais, medicamentos tradicionais melhorados e outros produtos farmacêuticos.
- promover o desenvolvimento da pesquisa aplicada em medicamentos e produtos tradicionais.

4.1.4.5. PREPARAÇÃO E GESTÃO DAS INTERVENÇÕES DA SAÚDE PÚBLICA EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

A gestão de situações de emergência nunca foi objecto de uma planificação no país. Aliás, não há mesmo uma estrutura conhecida responsável pela protecção da população em caso de crises. O Ministério da Saúde Pública tem recorrido a comissões interministeriais pontuais, como forma de envolver os diferentes parceiros, dependendo do tipo de situação de crise, para organizar e gerir a luta contra as constantes epidemias no país. Essas comissões deixam de existir logo que a situação é dada por controlada.

Quadro 7 Tipos de situações de emergência registadas no país desde 1998.

Naturais	Epidémicas	Provocadas pelo homem
Pragas de Gafanhotos (2005) Incêndios nas habitações (anualmente em várias aldeias do país) Seca, falta de água (escassez da chuva nos últimos anos tem levantado a falta de água em período de seca) Inundações fluviométricas	Cólera (2002, 2003, 2005, 2007) Sarampo (2003/2004) Meningite (1999)	Caso de 7 de Junho de 1998 Casos de São Domingos Refugiados

Em 1998, o Ministério da Saúde Pública lançou, com o apoio de quase todos os parceiros, o seu primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. Apesar das constantes crises epidémicas que o país vinha sofrendo, a gestão de situações de emergência não foi mencionada no referido documento.

Em 2006, sob impulso do SNU, o Governo da Guiné-Bissau tentava dotar-se de uma estrutura de gestão de situações de catástrofe, mais concretamente de uma estrutura de ajuda humanitária. Foi criado um grupo de trabalho e, nada mais do que isso, avançou até à data.

A Guiné-Bissau está empenhada em desenvolver uma estratégia de Vigilância Integrada das Doenças Transmissíveis e Preparação de Resposta contra as Epidemias (VID) e outras situações de emergência. A implementação desta estratégia na Guiné-Bissau passou por diversas fases. Foi em 1998, em pleno período de conflito político-militar, que o país participou na reunião de apresentação da estratégia de VID em Abidjam, na Costa do Marfim. Neste momento está em curso um trabalho de revisão e actualização dos documentos técnicos de VID em conformidade com as novas orientações da OMS. Todavia, é ainda necessário um esforço no sentido de dotar o país de uma estratégia de prevenção e gestão de situação de emergência.

4.1.5. RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

O mercado de trabalho da saúde é dominado pelo sector público e a força de trabalho é essencialmente deste mesmo sector.

Todavia, com o crescimento do sector privado lucrativo e das organizações não governamentais (ONG) dedicadas à saúde, existe uma proporção cada vez maior de recursos humanos da saúde (RHS) a trabalharem em múltiplos sectores, embora os que trabalham exclusivamente fora do SNS seja reduzido (mais pessoal não diferenciado, no enorme sector das farmácias privadas) e muitas vezes de origem estrangeira. Alguns dos RHS no mercado de trabalho operam em organizações que tem protocolos de parceria com o MINSAP, como é o caso do Hospital do Mal-de-Hansen em Cumura e do centro de referência nacional de pneumologia.

O SIDA está a introduzir dimensões no mercado de trabalho que terá sérias implicações para os RHS. Essas implicações ainda não estão esclarecidas no entanto, são associadas não só à prevalência do SIDA nos RHS, mas também à intenção expressa no combate à Sida, de expandir os centros de TARV dos actuais 11 para 40 até 2011. Estas unidades estarão integradas em hospitais regionais e centros de saúde tipo A e alguns centros tipo B.

4.1.5.1. CARACTERIZAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO

No fim de 2007, haviam 2.546 trabalhadores da saúde na Guiné-Bissau. Isto é, 17,3 pessoal de saúde para cada 10.000 guineenses. Havia 211 médicos, 1,4 médicos (nacionais e expatriados) por 10.000 habitantes, 2,3 enfermeiros por 10.000 habitantes e 5,4 parteiras por 10.000 MIF. Entre 1997 e 2007, houve um recuo significativo no rácio de habitantes por grupos profissionais (quadro 8).

Quadro 8. Rácio de habitantes por grupos profissionais

período	População	Médico/ 10 000h	Enfermeiro/ 10 000h	Parteira/ 10 000 MIF	Técnico Laboratório/ 10 000 h	Técnico Farmácia /10 000 h	Técnico Radiologia /10 000 h	Administração/contabilidade /10 000h
1997	1.077.100	1,53	3,31	2,83	0,37	0,17	0,52	0,50
2007	1.472.050	1,43	2,30	5,43	0,38	0,16	0,07	0,48
Var	33%	-6%	-31%	92%	2%	-2%	-86%	-5%

A maioria da força de trabalho da saúde é feminina (52%). As mulheres estão mais representadas no sector dos cuidados (principalmente aos níveis primário e terciário), com 58% dos RHS, e representam uma minoria no sector da administração (central e regional) (39 %). A mediana da idade fica no grupo etário entre 40 a 49 anos, grupo este que inclui 42,5 % dos RHS.

Mais de 33 % de todos RHS encontram-se no terceiro nível de prestação de cuidados, i.e. no HNSM ou em estabelecimentos de referência de Bissau. Combinando o nível terciário de prestação de cuidados com o pessoal colocado na administração central, coloca 51% da força de trabalho de facto em Bissau.

O quadro 9 reflecte a distribuição dos RHS directamente implicados na prestação de cuidados de saúde pelos três níveis do sistema de saúde guineense. Quase metade dos RHS está colocada no primeiro nível de cuidados e só uns meros 13% no nível secundário, que parece necessitar de reforço para restabelecer uma relação mais harmoniosa entre níveis. Esta falta de harmonia é particularmente visível para os médicos que estão concentrados nos dois extremos dos níveis de cuidados, primário (24%) e terciário (59%), com 17% no nível secundário.

Quadro 9. Categorias profissionais de saúde por níveis de cuidados

Categoria Profissional	2007			Total	%
	1ário	2ário	3ário		
Nível Superior	30	22	74	126	10,9%
<i>Medico Especialista</i>	0	0	5	5	0,4%
<i>Medico Generalista</i>	30	22	64	116	10,0%
<i>Estomatologista (dentista)</i>			2	2	0,2%
<i>Farmacêutico</i>	0	0	3	3	0,3%
Nível Médio	227	28	193	448	38,6%
<i>Enfermeiro Generalista</i>	106	0	113	219	18,9%
<i>Parteira</i>	104	15	30	149	12,8%
<i>Técnico de Laboratório</i>	14	4	34	52	4,5%
<i>Técnico de Estomatologia</i>	0	2	2	4	0,3%
<i>Técnico de Farmácia</i>	2	3	8	13	1,1%
<i>Técnico de Oftalmologia</i>	1	0	0	1	0,1%
<i>Técnico de Radiologia</i>	0	4	6	10	0,9%
Nível Auxiliar	287	93	206	586	50,5%
<i>Auxiliar de Enfermagem</i>	223	92	130	445	38,4%
<i>Auxiliar de Parteira</i>	11	0	5	16	1,4%
<i>Auxiliar de Laboratório</i>	50	0	63	113	9,7%
<i>Auxiliar de Farmácia</i>	3	1	5	9	0,8%
<i>Auxiliar de Radiologia</i>	0	0	3	3	0,3%
Total	544	143	473	1160	
%	46,9%	12,3%	40,8%		

4.1.5.2. FORMAÇÃO DE QUADROS DA SAÚDE

A produção dos RH das profissões específicas da saúde é feita nas seguintes instituições:

1. Universidade Amílcar Cabral (UAC) com uma Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez (desde 1986), apoiada pela cooperação cubana, e com uma licenciatura em enfermagem;
2. Escola Nacional de Saúde (ENS) que, desde 1999, integra a Escola Técnica dos Quadros da Saúde Dr. Fernando Cabral, que forma técnicos médios para o MINSAP, e que é também responsável por formações pós-graduadas e por cursos de desenvolvimento profissional contínuo.

Não partindo de uma planificação adequada das necessidades, a acção formativa destas instituições foi sendo arrastada, por um lado, pela necessidade de preenchimento de lugares e, por outro lado, por razões de ordem política, pela reciclagem dos antigos socorristas que participaram na luta de libertação nacional. Daí resultou a formação de um grande número de auxiliares com baixo grau de escolaridade, o que tem prejudicado a qualidade da oferta de serviços aos utentes.

Esta situação está, desde 1990, a sofrer uma tentativa de correcção, através da interrupção da formação de auxiliares e do empenhamento dos recursos da ENS na promoção dos profissionais auxiliares (nível elementar) para técnicos generalistas, ou seja, de nível médio,

e na interrupção da formação de parteiras, fortalecendo esta componente de formação no curso geral de enfermagem. Sobre todo o processo de produção de RHS, da formação contínua e especializada, gestão e administração dos RHS e das condições de funcionamento das instituições de formação estão detalhadamente analisados no documento de plano nacional de desenvolvimento de recursos humanos.

4.1.5.3. GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO DOS RH DO SNS

O desenvolvimento e a administração dos RHS são orientados pela política de 1993 e pelo PNDS de 1997 e vigente até 2007 e pelo Plano de Desenvolvimento dos RHS, também vigente até 2007. Das metas definidas, algumas foram alcançadas, mas na maior parte das situações, os problemas mantiveram-se ou agravaram-se.

Os órgãos centrais mantêm a responsabilidade de administrar directamente os quadros da saúde do sector público. Pouco está descentralizado para o nível regional ou institucional. E esse pouco não está sistematizado ou instrumentalizado, nem apoiado por pessoal com as competências necessárias.

A administração dos RH partilha da falta de trabalhadores com experiência. De forma a modernizar a administração do MINSAP e dos seus organismos, os médicos e enfermeiros (recursos técnicos escassos), deverão ser progressivamente substituídos nas suas funções não-clínicas por administradores profissionais com formação universitária. As tarefas (*job descriptions*) dos profissionais da saúde publicadas em Diário da República, não são consistentemente aplicadas no país.

O sistema de supervisão e avaliação do pessoal é inadequado, não é suficientemente sistemático e luta com falta de supervisores experientes, não se aplicando visto que na prática não tem consequências em termos de promoções, progressões nas carreiras ou oportunidades de formação ou outros benefícios.

As condições de trabalho, inadequadas ao bom exercício profissional, são facilmente observáveis numa visita superficial a um serviço de saúde. Estas condições contribuem para a redundância de muita da aprendizagem durante a formação inicial ou nos poucos programas de educação contínua e, consequentemente, resultam numa baixa produtividade, conduzem a resultados insatisfatórios e levantam sérias dúvidas acerca do significado efectivo das estatísticas de produção.

A gestão dos horários de trabalho dos trabalhadores da saúde e do seu trabalho no dia-a-dia enferma de problemas sérios, mas que não estão bem documentados. Os turnos de trabalho podem ser excessivamente exigentes ou demasiado *laissez-faire*. Parecem também estar mal coordenados com as actividades necessárias, com a disponibilidade de pessoal, com o atendimento dos doentes e com a implementação da Estratégia Avançada.

Os procedimentos disciplinares, na sua maioria inoperantes, precisam de uma revisão cuidada e de uma abordagem que, *inter alia*: (i) contribua para uma maior protecção dos utentes e do público; (ii) promova uma mudança na cultura de trabalho dos RHS desde o seu primeiro contacto com o sistema de formação profissional; (iii) contribua para corrigir os determinantes sistémicos do mau desempenho que originam procedimentos disciplinares; (iv) fortaleça o sistema de auditoria e de garantia de qualidade; (v) minimize a possibilidade de se ultrapassarem sanções disciplinares por transferências para outras instituições ou organismos do estado.

4.1.5.4. MOTIVAÇÃO, DESEMPENHO E MECANISMOS DE COMPENSAÇÃO

Enquanto o emprego no sector público continua a ser considerado o principal emprego, o trabalho clínico no sector privado, com ou sem fins lucrativos, ou um segundo emprego no sector público ou, ainda completamente fora da saúde, são consideradas actividades económicas complementares importantes.

Para além do duplo emprego, a irregularidade do pagamento dos salários públicos, conduziu à prática quase universal de taxas ilegais. Consciente dos baixos níveis dos salários e da sua incapacidade para os corrigir, o MINSAP tem-se mostrado relutante em aplicar sanções a quem recorre a estas estratégias de compensação. O resultado é a desregulação da prestação dos cuidados de saúde, onde cada trabalhador pratica a sua estratégia de compensação, sem controlo efectivo possível, os doentes pagam somas significativas e ilegais pelos cuidados prestados, e os cuidados de saúde para os mais pobres são disponibilizados à discrição do profissional de saúde, observando-se *de facto* uma selecção adversa de doentes.

4.1.6. SISTEMAS DE APOIO

4.1.6.1. SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA

O Sistema Nacional de Informação Sanitária constitui um dos componentes do Sistema Nacional de Saúde e tem como propósito geral facilitar a formulação e a avaliação das políticas, planos e programas de Saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, com vista a contribuir para a melhoria da saúde da população. A informação é, portanto, uma actividade “meio” e não “fim”.

Desde 1992, após a criação do Serviço de Higiene e Epidemiologia, que o Ministério da Saúde está a tentar criar um Sistema Nacional de Informação Sanitária global que esteja no centro de toda a cadeia de tomada de decisões. Tal sistema incluiria toda a informação relativa aos investimentos (*inputs*), às intervenções levadas a cabo (processos), aos resultados obtidos (*outputs*) e ao impacto produzido (estado de saúde da população).

As informações necessárias sobre a *performance* de um sistema de saúde só podem obter-se a partir dos dados recolhidos seja nas estruturas de prestação dos cuidados de saúde (públicas, privadas e comunitárias), seja através de inquéritos pontuais e/ou sistemáticos realizados junto das populações usuárias dos serviços oferecidos.

Entre 1997 e 2000, fizeram-se duas avaliações ao Sistema Nacional de Informação Sanitária e Vigilância Epidemiológica. O ponto forte comum que ressaltou em todas estas avaliações foi a existência de um sistema único de recolha, análise e difusão das informações. Porém, detectaram-se graves falhas, porque se verificou, que as informações recolhidas eram viradas unicamente para a vigilância epidemiológica e, por outro lado, que as instâncias de tomada de decisões não recorriam a elas nos momentos de planificação e de definição das prioridades. Constatou-se também, que há insuficiência de recursos humanos em termos tanto de quantidade como de qualidade e, confirmou-se a falta de recursos financeiros e materiais.

No âmbito do referido Sistema Nacional de Informação Sanitária, previa-se o reforço da coordenação através da integração dos diferentes bancos de dados num único sistema de informação. Todavia, tal não aconteceu ao longo destes 10 últimos anos. Apesar de se

terem feito avanços no sentido de reunir os dados num único sistema, continuam a coexistir várias bases de dados cujas informações não se articulam entre si, às quais é difícil aceder e que, por vezes, levam à existência de indicadores com valores díspares conforme a base de dados de onde resultam. Em alguns casos, existem mesmo duplicações em termos de recolha de dados.

O actual sistema de recolha e envio de informações é baseado em modelos de boletins mensais de actividades por níveis de estruturas de prestação de cuidados (CS “C”, CS “B e A” e hospitais) e não conseguiu, até a data, incluir informações relativas às estruturas privadas lucrativas. A última revisão dos boletins mensais de informação foi feita em 2002. Porém, não se finalizou o manual de preenchimento com as diferentes definições e orientações. A falta deste manual é grave na medida em que, após as formações dos técnicos de saúde, o recurso ao mesmo seria indispensável por constituir um instrumento de apoio importante para facilitar o trabalho do dia-a-dia de todos os recursos humanos da Saúde. Por outro lado, desde a revisão do SNIS, não se fez um seguimento ou supervisão técnica que permitisse promover um melhor acompanhamento e uma orientação directa. Esta supervisão não deveria, nos primeiros anos, ter sido incluída dentro da supervisão integrada, pois nem todos os supervisores nacionais dominavam os conceitos de definição de casos e as orientações do SNIS. Além disso, também o tempo de que dispunham para o exercício das suas funções é impeditivo.

O processo de recolha de informações a nível das estruturas de cuidados, tal como a própria prestação de serviços, está a ser muito afectada pela desmotivação generalizada do pessoal. Em consequência disso, a taxa de completação nunca atinge os 100% e a pontualidade continua em níveis inferiores a 40%. Para agravar a situação, o desleixo dos técnicos também tem aumentado, uma vez que não percebem qual a utilidade dos dados recolhidos, não encontrando para eles qualquer aplicabilidade.

A título de exemplo, é possível analisar a questão dos inquéritos sobre a Saúde. Eles são geralmente organizados e financiados por organizações parceiras do Ministério da Saúde que assumem a gestão de todo o processo de recolha de informações. Esses dados são, muitas vezes, utilizados em estudos de investigação, na maioria dos casos feitos por estrangeiros, não chegando às estruturas governamentais da Saúde guineenses ou chegando atrasados. Existem também situações em que os dados que chegam ao Ministério da Saúde são apenas os que se fazem chegar, ou seja, não os verdadeiramente importantes.

Outro aspecto deficitário do sistema que importa focar é o não tratamento dos dados existentes no sentido de os transformar em informação. Existem, por exemplo, estruturas sanitárias equipadas com gerador e outras com sistema solar, mas a informação sobre geradores está numa base de dados, enquanto que a informação sobre sistemas solares está noutra, o que torna difícil o cruzamento das mesmas.

Em 2006, o projecto do Banco Mundial que apoia a implementação do PNDS assinou um acordo com o Projecto de Saúde de Bandim no sentido da promoção de uma maior aproximação e colaboração com a DHE. O processo está em curso, estando o PSB a fazer a recolha das informações sobre o estado de saúde da população vulnerável prioritária (crianças menores de 5 anos e grávidas) nas comunidades de todo o país. Mas, apesar das acções pontuais positivas para o desenvolvimento do SNIS, o reforço da capacidade operacional da DHE não tem acontecido como o esperado, enfrentando enormes dificuldades, uma vez que as próprias estruturas responsáveis pela planificação dentro do Ministério da Saúde não dão a devida atenção às necessidades operacionais que este apresenta.

4.1.6.2. PESQUISA NO SISTEMA DE SAÚDE

A pesquisa em matéria de Saúde é uma actividade que está ainda numa fase embrionária na Guiné-Bissau, apesar de ser já reconhecida como importante complemento e de servir para a validação das informações de rotina do Sistema Nacional de Informação Sanitária, permitindo às autoridades competentes definir melhor as prioridades e tomar decisões pertinentes, sobretudo em relação aos principais determinantes da Saúde. As instituições que intervêm na área da pesquisa em matéria de Saúde na Guiné-Bissau são o Projecto de Saúde de Bandim, o Laboratório Nacional da Saúde Pública e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Está também actualmente em processo de criação o Instituto Nacional de Saúde Pública. Além destas instituições, elaboram, também, estudos e pesquisas sobre Saúde, a Escola Nacional de Saúde e a Faculdade de Medicina no âmbito da formação dos seus alunos, além de outras instituições e individualidades nacionais e estrangeiras.

Todos os estudos envolvem questões de pertinência, relevância e ética, pondo em relevo a necessidade de coordenação na definição da política e das prioridades de pesquisa em matéria de Saúde. A pesquisa envolve ainda a aprovação dos protocolos, o seguimento das actividades no terreno, bem como a validação, divulgação e utilização dos resultados. Neste âmbito, foi criado, em 1996, um órgão de coordenação das actividades de pesquisa em matéria de Saúde denominado Núcleo de Coordenação de Estudos e Pesquisa em Saúde (UCEPS). Todavia, o seu funcionamento é muito défectuário. Até ao momento, não há uma institucionalização desse órgão na orgânica do Ministério da Saúde, o que equivale a afirmar que, na realidade, ele não existe, pelo menos não com o papel que deveria desempenhar. Aquilo que se pretende que seja o UCEPS, funciona, actualmente, graças à boa vontade dos seus membros (cerca de meia dúzia) e ao bom senso dos requerentes de pesquisa em Saúde.

4.1.6.3. INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (INASA)

A ideia da criação de um Instituto Nacional de Saúde Pública na Guiné-Bissau data de 1995. Devido a problemas conjunturais, esta ideia nunca saiu do papel, mas manteve-se na agenda da política da Saúde no quadro do seu anterior Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. O INASA já está em processo de edificação. A sua missão é gerar, absorver e difundir conhecimentos científicos e tecnológicos em Saúde com a finalidade de proporcionar subsídios informacionais, táticos e estratégicos necessários à tomada de decisões no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população e para a garantia plena dos direitos de cidadania. Parte dos elementos essenciais para a constituição do INASA já existem nas estruturas do Ministério da Saúde Pública, alguns deles há mais de 20 anos, mas todos funcionam de forma independente, sem um plano orgânico que os integre em metas estratégicas sectoriais comuns. Estes elementos são a Escola Nacional de Saúde, o Laboratório Nacional da Saúde, o Projecto de Saúde de Bandim e o Centro de Medicina Tropical.

4.1.6.4. LABORATÓRIO NACIONAL DA SAÚDE PÚBLICA (LNSP)

A vigilância das doenças infecciosas, o controlo de qualidade dos testes biomédicos e a formação de pessoal constituem as principais actividades do LNSP.

Na sua missão de laboratório de referência nacional, que consiste no desenvolvimento das capacidades dos outros laboratórios, no controlo de qualidade, na vigilância epidemiológica, no apoio à pesquisa e na realização de análises especializadas que não podem ser feitas noutros locais, o LNSP tem como objectivo central reforçar e melhorar a capacidade e a qualidade de intervenção dos laboratórios a nível nacional, tendo como

objectivos específicos: estabelecer uma rede nacional de laboratórios; definir o pacote mínimo de tecnologias de laboratórios a nível nacional; estabelecer uma lista de actividades prioritárias para o reforço da eficácia dos laboratórios; e elaborar um plano de acção para a avaliação da eficácia dos laboratórios.

O LNSP foi das estruturas que mais sofreu com o conflito de 1998. Foi completamente destruído ao ser atingido por bombardeamentos. Graças a cooperação sueca, o edifício foi recuperado e até ampliado em relação às instalações que tinha antes do conflito. No entanto mantém capacidades muito limitadas em termos de condições materiais de trabalho com retirado do apoio da Suécia. Actualmente o LNSP precisa de intervenção muito séria em termos de equipamentos e restabelecimentos do seu quadro técnicos.

4.1.6.5. PROJECTO DE SAÚDE DE BANDIM (PSB)

O Projecto de Saúde de Bandim é uma instituição de pesquisa resultante da cooperação entre o Ministério da Saúde Pública e a *Statens Serum Institut* (SSI) da Dinamarca. Em 1978, o projecto começou as suas actividades de investigação sobre a nutrição e a saúde das crianças nas principais regiões do país. Nos últimos anos, o Projecto de Saúde de Bandim envolveu-se, igualmente, em pesquisas epidemiológicas de determinantes de morbimortalidade nas crianças; monitorização de indicadores sociodemográficos e sanitários da população, mais precisamente nas áreas da mortalidade materna e infantil, da vacinação e do VIH/SIDA; em utilização de serviços de saúde; e, particularmente, em formação de pesquisadores locais. Neste âmbito de preparação de pesquisadores nacionais, já existe, no país, uma dúzia de mestres e de doutorados que, neste momento, compõem o núcleo fundamental de investigadores em matéria de Saúde.

O projecto produziu um enorme volume de informações científicas publicadas nas revistas de medicina e de saúde pública mais conhecidas do mundo e, nos últimos 12 anos, tem colaborado com várias Escolas de Saúde Pública tanto no Brasil como na Europa, além de cooperar activamente com outras instituições de pesquisa em África. O PSB é membro fundador da INDEPTH (*International Network of Field Sites for Continuous Demographic Evaluation of Population and Their Health in Developing Countries*), uma rede internacional de instituições de pesquisa na área da vigilância demográfica e sanitária das populações africanas.

4.1.6.6. CENTRO DE MEDICINA TROPICAL (CMT)

O Centro de Medicina Tropical é uma instituição de pesquisa que foi criada no âmbito da cooperação com Portugal em 1990. Nos primeiros anos da sua criação, participou na realização de estudos no domínio de algumas doenças endémicas. Instalado no recinto do Hospital Central de Bissau (Hospital Nacional Simão Mendes-HNSM), o CMT também incorporava, nas suas actividades de pesquisa, a parte clínica.

Com o conflito armado de 1998, as instalações do CMT, tal como muitas outras, foram atingidas e, depois do conflito, a referida instituição nunca mais reactivou as suas actividades.

4.1.7. LOGÍSTICA, TRANSPORTE E MANUTENÇÃO DE INFRA-ESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS DE SAÚDE

A elaboração do PNDS I previa, entre outros, o desenvolvimento de sistemas apropriados para assegurar a manutenção eficaz das infra-estruturas de Saúde e garantir a padronização de todos os recursos materiais necessários para a prestação de cuidados de qualidade.

Apesar do notável investimento que houve em termos de infra-estruturas depois do conflito de 1998, há a realçar a existência de enormes falhas a nível da manutenção dos equipamentos, infra-estruturas e meios de transporte. Actualmente não existe uma estrutura que garanta o bom funcionamento/manutenção dos mesmos. As infra-estruturas não beneficiam de manutenção regular, o que contribui para a sua mais rápida degradação e para que, sucessivamente, os financiamentos tenham de ser “desviados” para estas actividades. Esta situação ocorre em todas as estruturas de prestação de cuidados. Os edifícios estão quase todos mal conservados. Os telhados estão parcialmente destruídos e, quando chove, a água cai directamente nas salas de prestação de cuidados, constituindo um evidente perigo de desmoronamento dos tectos, como aconteceu, por exemplo, no Hospital Regional de Bafatá e no Centro de Saúde de Piche. Todos os hospitais regionais, centros de saúde “A” e alguns “B” estão equipados com geradores eléctricos, mas nenhum está em funcionamento por falta de manutenção regular.

São poucas a DRS que dispõem de viaturas operacionais, necessárias para as suas actividades. Cada região deveria ter, no mínimo, uma ambulância para as evacuações de urgência e uma viatura todo o terreno para as actividades de supervisão e de apoio técnico aos centros de saúde. Acontece, no entanto, que as regiões que dispõem de 4x4 não têm ambulâncias e as que têm ambulâncias não têm 4x4. Muitas vezes, os próprios directores regionais utilizam as ambulâncias para missões oficiais em Bissau e deixam os hospitais regionais sem meios de evacuação de urgência durante dois ou três dias. Além disso, a maioria das poucas viaturas disponíveis está em precárias condições de funcionamento por falta de manutenção.

Uma outra questão algo preocupante que se põe relativamente ao funcionamento dos meios de transporte, sobretudo com os de evacuações, tem a ver com o seu financiamento. São os familiares dos doentes que assumem 100% dos custos de deslocação das ambulâncias ou de outros meios utilizados para a evacuação. Comprova-se, por exemplo, um bote para a região dos Bijagós. Sendo a estrutura de referência da região o HNSM, para uma evacuação, são necessários 150 litros de gasóleo. Portanto, se os familiares da grávida (maior razão de evacuação) não tiverem meios para custear a deslocação, ela não sai das ilhas, não recebendo o acompanhamento devido.

4.2 SECTOR PRIVADO

O Governo emitiu, através de um despacho do Primeiro-ministro em 1990, uma autorização que permitia a abertura de consultórios médicos individuais e colectivos, gabinetes de odontologia e postos de enfermagem privados, sujeitos ao controlo do MINSAP. Quase 20 anos mais tarde, a prática privada de cuidados de saúde não está ainda regulamentada e o MINSAP tem tido dificuldades em coordená-la, razão pela qual não há informações claras que indiquem o número de estabelecimentos ou a localização desses serviços e, muito menos, as categorias profissionais que neles laboram.

Os profissionais de Saúde vêem o sector privado lucrativo como tendo emergido para “tapar algum buraco”, ou seja, para complementar os magros salários e muito raramente como forma de compensar carências técnicas e limitações do sector público ou para satisfazer necessidades em termos de saúde da população. A maioria dos executivos e gestores do Serviço Nacional de Saúde (74%) tem a percepção de que o sector privado pode vir a ser um grande parceiro, se devidamente regulamentado e controlado. Esta expressão de confiança tem-se reflectido no investimento que os profissionais do sector público têm feito nas clínicas e nas farmácias privadas.

Em 2007, identificou-se, em Bissau, um total de 28 estruturas de prestação de cuidados do sector privado lucrativo, entre as quais 14 “clínicas” (unidades com internamento) e 14 simples consultórios médicos. Todavia, acerca de nenhum destes estabelecimentos há informações sobre o âmbito das suas actividades técnicas ou sobre o quadro dos seus recursos humanos.

Há também estruturas privadas nas regiões, principalmente nas sedes regionais onde existem médicos concentrados em hospitais regionais. Algumas destas estruturas fazem até intervenções cirúrgicas, enquanto que outras funcionam sob a forma de consultórios. Existem também imensos postos médicos dirigidos por enfermeiros ou parteiras, que estão legalmente autorizados a fazer circuncisões, penos e outros tratamentos. Foi igualmente recenseado um total de 138 farmácias e postos de venda de medicamentos em todo o país. Acerca destas estruturas, não há informações que permitam conhecer verdadeiramente as condições em que funcionam.

A promoção da colaboração entre o sector público e o sector privado, sobretudo o não lucrativo, a que pertencem as confissões religiosas e ONG nacionais e internacionais com actividades sanitárias, está inscrita entre as prioridades estratégicas. É necessário minimizar a descoordenação das intervenções destas organizações através da informação, negociação, regulamentação e contratualização. Existem, actualmente, cerca de 16 ONG no país a actuar no sector da Saúde. Neste sector estão implicados, essencialmente, os missionários (Igreja Católica e Igreja Evangélica) e Organizações Não-Governamentais (ONG) nacionais e internacionais. Nestes casos, existem relações regidas através de protocolos de parcerias entre o MINSAP e as mesmas. Elas prestam um contributo muito importante na prestação de cuidados, principalmente nas zonas mais isoladas, assumindo, por exemplo, a implementação do PMA junto das populações das suas áreas de cobertura. A maioria dos profissionais que exercem nessas estruturas é funcionária do MINSAP. Porém, os custos de funcionamento e de manutenção são praticamente todos suportados pelas respectivas organizações. O centro de referência nacional de lepra de Cumura é um exemplo deste tipo de envolvimento do sector missionário na Saúde.

Além dos modelos de parceria existentes entre o MINSAP e as organizações religiosas (Cáritas, Comunidade de Santo Egídio, Igreja Evangélica), existe também um outro modelo de contratualização em funcionamento no Hospital de Mansoa com uma ONG francesa. Este modelo de parceria permite fazer com que as ONG implicadas contribuam para a construção de infra-estruturas, para a formação de pessoal técnico, bem como para o fornecimento de equipamentos, materiais e medicamentos. A relação desta com o MINSAP baseia-se, fundamentalmente, nos protocolos assinados por ambas as partes (através do ministro da tutela e do representante legal da ONG em causa). Neste caso em particular, o funcionamento do Hospital é suportado pela receita gerada pelo próprio na sua actividade de prestação de cuidados. Os serviços no MINSAP responsáveis pelo seguimento e acompanhamento do seu trabalho são as duas Direcções Gerais.

4.3 SECTOR DA MEDICINA TRADICIONAL

A medicina tradicional continua a ocupar um lugar de destaque nas opções de cuidados de saúde no seio da população guineense. Com a precariedade dos serviços do serviço nacional de saúde cada vez mais acentuadas em termos de assistência médico-medicamentosa, verifica-se uma procura ainda maior de cuidados no sector tradicional. Por estas razões, as autoridades sanitárias do país tem manifestado a vontade de desenvolver programas e actividades capazes de conduzir ao maior relacionamento com este sector.

Existe uma estrutura de gestão e de coordenação deste sector a nível do MINSAP, inserida no Departamento de Saúde Comunitária na Direcção dos Cuidados Primários de Saúde.

5. RESUMO DOS PRINCIPAIS PROBLEMAS DA SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU

5.1. PROBLEMAS MAIORES DO PANORAMA SANITÁRIO DA GUINÉ-BISSAU

- Prevalência Elevada das Doenças Transmissíveis;
- Agravamento e reconhecimento do peso crescente das Doenças não Transmissíveis;
- Elevada mortalidade materna e neonatal por complicações obstétricas;
- Problemas ligados ao Sistema Nacional de Saúde (determinantes da saúde):
 - Fraca cobertura e aprovisionamento em água potável e saneamento de base;
 - Fraco nível da educação da população em matéria de saúde;
 - Ausência de um quadro institucional de resposta rápida e coordenada às situações de emergência;
 - Insuficiência de financiamento e fraqueza do sistema de protecção social;
 - Precárias condições de vias e meios de comunicação (estradas e transportes);
 - Fraca coordenação intersectorial;
- Fraco desempenho do Serviço Nacional de Saúde:
 - Deficiente cobertura dos serviços de cuidados primários de saúde: acessibilidade geográfica deficiente, disfuncionamento total do sistema de referência e contra-referência;
 - Degradação e insuficiência de infra-estruturas;
 - Insuficiência de meios de diagnóstico e outros equipamentos médicos;
 - Penúria de recursos humanos (qualitativo e quantitativo);
 - Fraca qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes utilizadores dos serviços;
 - Fraca capacidade de gestão a todos os níveis (planificação, implementação, monitorização e avaliação, controlo e/ou inspecção sanitária);
 - Excessiva dependência dos apoios do exterior para o funcionamento de rotina;
 - Insuficiência na organização dos serviços direccionados aos adolescentes, jovens, velhos e deficientes (Físicos e Mentais);
 - Fraca capacidade de previsão e reacção em situações de emergência (epidemias e outras catástrofes);
 - Ausência de um mecanismo legal e institucional de integração e coordenação do sector privado e de medicina tradicional;
 - Implantação anárquica de postos de tratamento
 - Descontrolo total do sector farmacêutico privado assim como a ausência de mecanismos de controlo de qualidade e da origem dos medicamentos desse sector.
- Fraca procura e utilização dos serviços:
 - Baixo nível de procura e utilização irregular dos serviços de CPN;
 - Baixa proporção de partos assistidos;
 - Baixa prevalência contraceptiva nas MIF;
 - Baixa proporção de crianças completamente vacinadas em idade infantil;
 - Abandono ao tratamento antituberculoso;
 - Fraco recurso aos serviços curativos.

6. LIÇÕES APRENDIDAS NA IMPLEMENTAÇÃO DO PNDS 1

De uma maneira geral, os objectivos, estratégias e acções traçados em 2003, após o conflito, deviam ter tido em conta a realidade do país e um equilíbrio entre essa realidade e o que se ambicionava.

Por uma questão até de soberania, há mesmo necessidade de uma grande parte do financiamento do PNDS ter de ser suportada pelo OGE, pelo menos até ao nível assumido pelo Chefe de Estado (15%) de modo não só a diminuir a dependência da ajuda externa mas, também, a garantir uma maior sustentabilidade das intervenções.

Devia ser criado um mecanismo que motive os parceiros a financiarem o PNDS segundo as prioridades definidas a partir das análises das necessidades internas do sector como um todo (criando um *pool* de financiamento) e deve ser a gestão de topo do PNDS a decidir como vai ser distribuído esse financiamento. O alcance dos objectivos não será nunca possível continuando executar certas actividades sem garantia de realização de outras. Por exemplo, as actividades das campanhas de massa, não podem continuar a ser a opção prioritária. Porque para além de desestabilizar o funcionamento do sistema, os resultados a alcançar são imediatistas e não têm carácter duradouro enquanto a rotina não estiver a funcionar correctamente.

Por outro lado, o PNDS deve funcionar como documento referência de todas as intervenções no sector da saúde. Todas devem estar em conformidade com este e contribuir para a consecução dos resultados esperados. É necessário existir uma melhor coordenação e distribuição das intervenções.

É, também, necessária a existência de um mecanismo funcional de monitorização e avaliação do PNDS no seu todo e não limitado na rotina das contas financeiras sem fazer a ligação entre os investimentos e os resultados que estão sendo conseguidos em termos de melhoria dos indicadores de prestação de cuidados e de utilização dos serviços de saúde.

É preciso um esforço maior para fazer chegar o PNDS a cada profissional de saúde no terreno de modo a que estes também conheçam aquilo para que estão a trabalhar e suas responsabilidades específicas para o resultado comum.

Quadro 10. Análise dos factores de sucesso e insucesso na implementação do PNDS

FACTORES INTERNOS AO MINSAP	
Pontos fortes	Pontos fracos
▶ A elaboração do PNDS foi um processo participativo o que fez dele um documento verdadeiramente estruturante, com orientações claras, objectivos, estratégias e acções devidamente declarados. Por isso foi sempre aceite por todos apesar das frequentes mudanças; ▶ Criação de um órgão responsável pela coordenação de parceria e gestão de fundos da ajuda externa a implementação do PNDS – Célula de gestão do PNDS; ▶ Existência de normas e procedimentos para uma boa gestão participativa do PNDS – Manual de procedimento; ▶ Existência de políticas e normas para alguns programas prioritários da saúde (política nacional de SR, política de tratamento de Paludismo, política farmacêutica, etc.) e definição de pacotes específicos de prestação de cuidados; ▶ Existência de documentos de estratégias de prevenção e controlo das doenças prioritárias com respectivos mecanismos de seguimento (Planos estratégicos de prevenção e combate ao Paludismo, às IST/VIH/SIDA, à TB, Saúde mental, VID, Programa de Saúde Reprodutiva, roteiro para redução da mortalidade materna e neonatal e outros); ▶ Existência de planos de erradicação/eliminação/controlo de algumas doenças transmissíveis; ▶ A melhoria de alguns indicadores (uso de MII, cobertura vacinal, CPN e outros); ▶ Existência de instrumentos unificados de colecta de informações sanitárias ▶ Formação e distribuição de parteiras para as estruturas isoladas de prestação de cuidados ▶ Existência de uma certa capacidade de gestão financeira dos fundos integrados na gestão unificada da célula de gestão do PNDS; ▶ Criação de uma central de compra de medicamentos (CECOME); ▶ Definição do ciclo de planificação;	▶ Instabilidade institucional governativa – frequente movimentação dos responsáveis / directores (10 ministros em 10 anos); ▶ Não funcionamento total e parcial dos órgãos de coordenação e de gestão do PNDS (Conselho nacional da saúde, assembleia nacional da saúde, comité de gestão, conselho técnico); ▶ Criação de mecanismos paralelos de concertação e de coordenação intersectorial para a saúde (CCM, CCIA, CNLS); ▶ Não adequação do órgão de gestão aos objectivos da implementação do PNDS – A composição da célula de gestão não permitiu garantir uma visão do sector no seio desse órgão, único estável ao longo dos 10 anos do PNDS além de ser encarada como uma estrutura do BM; ▶ Ausência de um sistema de monitorização e avaliação (M&A) dos indicadores de seguimento da implementação do PNDS e consequente tomada de medidas correctivas ao longo dos anos; ▶ Sistemáticos desvios das normas adoptadas nos manuais de procedimentos no seio do MINSAP; ▶ Não cumprimento do ciclo de planificação definido no PNDS; ▶ Fraca capacidade de gestão a todos os níveis do serviço nacional de saúde (DRS, direcções de serviços, coordenação de programas, etc.) o que dificultou o processo de descentralização; ▶ Insuficiência de quadro jurídico institucional – inexistência do código da saúde, da política hospitalar, da política de aquisição e manutenção dos equipamentos da saúde; ▶ Fraca capacidade de MINSAP para o controlo e fiscalização do exercício das actividades médicas, paramédicas e farmacêuticas do sector privado (ausência de uma legislação sobre a prática de medicina privada); ▶ Ausência de um programa de manutenção regular das infra-estruturas e equipamentos da saúde; ▶ Falta de quadros técnicos necessários (fuga em massa de quadros técnicos para o estrangeiro e organismos internacionais no país); ▶ Desmotivação generalizada no seio dos quadros técnicos da saúde (baixos salários, pagamentos irregulares, não implementação do plano de carreira profissional, etc.); ▶ Irregularidades na realização de supervisão integrada; ▶ Fraca qualidade de informações sanitárias; ▶ Graves irregularidades na implementação da política de recuperação de custo (ausência de mecanismos de controlo da aplicação das receitas para a melhoria das condições de serviços, uso indevido dos fundos a todos os níveis, desfuncionamento dos comités de gestão); ▶ Priorização das actividades de campanhas em detrimento das de rotina;

FACTORES EXTERNOS AO MINSAP	
Factores facilitadores	Factores de estrangulamentos
▶ Reconhecimento da saúde como sector prioritário de governação pelas autoridades públicas; ▶ Consenso dos sucessivos governos em torno do PNDS como documento de orientação política e estratégica para o sector da saúde; ▶ Participação comunitária no financiamento do sector da saúde através de recuperação de custo; ▶ Disponibilidade de parceiros internacionais para o financiamento dos programas de combate às doenças prioritárias (GAVI, FM, MAP); ▶ Disponibilidade das ONG (religiosas, nacionais e internacionais) contribuindo na prestação de cuidados, prevenção e combate às doenças prioritárias; ▶ Existência de lei protecção das PVVIH; ▶ Existência do Plano de RH como adenda ao PNDS.	▶ Instabilidade política e administrativa do país; ▶ Retirada dos parceiros financeiros e técnicos devido ao conflito de 1998 e consequente instabilidade por ele gerada o que gerou a falta de meios financeiros para a implementação de actividades programadas; ▶ Fraca contribuição/participação do sector da saúde no processo de definição do OGE; ▶ Fraca execução do orçamento geral de estado para a saúde; ▶ Excessiva dependência do sector da saúde dos parceiros internacionais para o seu funcionamento de rotina; ▶ Influência directa dos parceiros e da disponibilidade de meios financeiros na definição das prioridades do MINSAP; ▶ Ocorrência constante de greves no sector público; ▶ Ausência de um quadro global de seguimento e avaliação no quadro de DENARP; ▶ Fraca acessibilidade de água potável para a maioria da população; ▶ Ausência dos serviços de saneamento de base nos meios urbanos e peri-urbanos.

PARTE B: RESPOSTA NACIONAL AOS DESAFIOS PRIORITÁRIOS DA SAÚDE

Nesta parte do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário apresenta-se a resposta nacional aos desafios identificados na análise da situação. Esboça-se uma política de saúde, apresentam-se princípios que deverão nortear a estratégia para o sector, os pressupostos por detrás da concepção estratégica aqui apresentada, a visão para o sistema nacional de saúde e define-se a missão do Ministério da Saúde Pública, proponente e executor desta estratégia.

7. ORIENTAÇÕES POLÍTICAS E ESTRATÉGICAS

As orientações para este PNDS derivam da Política Nacional de Saúde, de valores e princípios orientadores, da missão do MINSAP e da sua Visão da Saúde para o País, da compreensão de alguns pressupostos e riscos e dos possíveis diferentes cenários de execução do PNDS.

7.1. POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE

Consideram-se como as mais relevantes para o PNDS II as seguintes orientações políticas:

- O estado guineense garante o pleno direito de acesso da população aos cuidados médicos e medicamentosos existentes no País e segundo necessidades específicas.
- O Ministério de Saúde Pública (MINSAP) é o ente reitor e a instância reguladora do sector da saúde.

- O MINSAP faz a governação do sector da saúde numa acção concertada e complementar com outros sectores, na perspectiva de um desenvolvimento sustentável conducente à erradicação da pobreza, à Saúde para todos até ao século XXI, à consecução dos Objectivos do Milénio para o Desenvolvimento e em consonância com as políticas do governo referentes à administração pública, educação e descentralização.
- A abordagem da saúde é baseada nos cuidados primários. Esta abordagem está reflectida no Pacote de Cuidados Essenciais implementado a todos os níveis. Os cuidados essenciais de saúde incluem uma gama equilibrada de serviços que visam dar resposta às prioridades da saúde pública, privilegiando a integralidade.
- O segundo PNDS deve dar continuidade ao primeiro e deve ser um plano integrado de saúde, de financiamento do sector, de infra-estruturas e de desenvolvimento dos RHS com vista a criar/melhorar condições e capacidades tecnológicas e humanas adequadas a cada nível de cuidados sobretudo ao nível regional.

7.2. PRINCÍPIOS NA ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A organização, gestão e prestação dos cuidados da saúde baseiam-se nos seguintes princípios transversais:

- Equidade. Todo o cidadão tem o direito de ser atendido nas unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde, em iguais condições e circunstâncias, conforme as necessidades de cuidados identificadas. Uma abordagem orientada por este princípio deve contribuir para as desigualdades em saúde observadas no país;
- Proximidade. As estruturas do sector, a comunicação com a sociedade e a implementação da prestação de cuidados deverão ser orientadas para garantir uma grande proximidade com os elementos da população: proximidade cultural através de uma abordagem das questões que conduzem a mudança de comportamentos para uma vida sã com base nas regras e normas sociais das comunidades locais; uma proximidade física através de questões relacionadas com localização das unidades em relação às comunidades, mobilidade de equipas móveis e locais de acolhimento e de espera de utentes do SNS; proximidade funcional através de horários de funcionamento e organização de uma prestação integrada dos serviços de saúde incluindo o sistema de referência dos pacientes; e, por último, uma proximidade financeira que respeite as limitações financeiras de quem recorre aos serviços de saúde;
- Qualidade. Os serviços serão prestados conforme normas estabelecidas, por profissionais bem formados, em estruturas equipadas para dar uma resposta adequada ao nível esperado de cuidados, em condições de biossegurança (higiene e saneamento do meio, tratamento do lixo hospitalar, prevenção de infecções nosocomiais incluindo a prevenção e tratamento dos casos de acidente por exposição) e garantindo um atendimento digno e humano dos utentes;
- Eficiência. Pretende-se melhorar a utilização dos recursos disponíveis através dos diversos processos clínicos e na gestão dos serviços, sem que a eficiência se torne um obstáculo à proximidade.
- Correspondência. O pacote integrado dos cuidados essenciais da saúde responde, em quantidade e qualidade, aos problemas prioritários da saúde. Uma lista de actos médicos permitidos por tipo de estrutura de prestação de cuidados e categoria de

pessoal técnico é actualizada em função dos problemas de saúde pública mais importantes. Os profissionais de saúde respeitam as normas e os procedimentos dos serviços tendo em atenção a abordagem holística da pessoa humana no seu contexto social.

- **Gratuidade.** É o reconhecimento do enunciado na política de saúde de que “o estado guineense garante o pleno direito de acesso da população aos cuidados médicos e medicamentosos existentes no país e segundo necessidades específicas” e que este acesso não deve ser limitado por constrangimentos financeiros nem deve criar situações de pobreza catastrófica associada aos custos da doença e do seu tratamento. Assim os cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde ou com o seu apoio deverão ser tendencialmente gratuitos.
- **Solidariedade.** O princípio da solidariedade é baseado no espírito de parceria, tolerância, transparência e responsabilidade partilhada com indivíduos e comunidades. O êxito desta conquista está vinculado à luta pela melhoria de factores condicionantes sociais, políticos e económicos e, para o cumprimento de preceitos constitucionais, de que a saúde é um direito de todos e dever do estado. É necessário ampliar o espaço democrático, criando mecanismos para a população poder participar e influir nas decisões que recaem sobre e nela mesma.

7.3. PRESSUPOSTOS E RISCOS

Com base no diagnóstico da situação da saúde e do SNS, tendo em conta as orientações políticas e os princípios adoptados, considera-se que o PNDS II deverá considerar como prováveis, ou pelo menos possíveis, os pressupostos e riscos que a seguir se identificam (quadro 11).

Quadro 11. Pressupostos e riscos a considerar no PNDS II

Pressupostos	Riscos
▶ Consolidação do regime de democracia representativa. ▶ Estabilidade política e institucional, consolidação da boa governação e uma liderança esclarecida e forte ▶ Crescimento económico contínuo e acelerado. ▶ Disponibilidade ininterrupta de recursos a vários níveis. ▶ Continuidade da descentralização para as regiões. ▶ Progressiva diferenciação do serviço nacional de saúde como parte de um sistema nacional de saúde em parcerias com outros actores ▶ Coexistência com e a expansão da medicina privada e outros serviços privados, lucrativos e não lucrativos. ▶ Clarificação e regulamentação das funções atribuídas aos diferentes níveis de governação, gestão e administração do sistema de saúde. ▶ Reconhecimento dos efeitos e exigências do VIH/SIDA na força de trabalho da Saúde. ▶ Expansão ou reclassificação das unidades de saúde para garantir melhor distribuição geográfica e melhor acessibilidade. ▶ Com melhor reconhecimento, segurança, incentivos à produção, formação e uma gestão	▶ Abrandamento do crescimento macroeconómico e redução da alocação de fundos do governo ao sector. ▶ Interrupção do apoio das agências internacionais resultante de mudanças de suas políticas ou devido a instabilidade económica. ▶ Processos eleitorais como um potencial para a instabilidade política. ▶ Favoritismos, conflituosidades e falta de continuidade associados a ciclos eleitorais nos órgãos de governação. ▶ Aumento nos desafios relacionados com planificação e orçamentação e gestão de recursos financeiros. ▶ Persistência de condições de trabalho inadequadas para os funcionários levando à desmotivação. ▶ Ocorrência de emergências resultantes de calamidades, epidemias, o que leva a um desvio de aplicação dos fundos anteriormente previstos. ▶ Atrasos no processo de descentralização. ▶ Atrasos no estabelecimento de mecanismos de coordenação entre unidades descentralizadas. ▶ Aumento das pressões sobre o orçamento ligado à expansão da rede sanitária e aumento da produção de serviços.

mais eficiente e efectiva os trabalhadores da saúde irão aumentar o volume e qualidade dos serviços prestados. ▶ Progressiva diminuição do número de trabalhadores menos diferenciados.	▶ Captação pelo sector privado de RHS do SNS.
---	--

7.4. CENÁRIOS

Tendo em conta alguns dos pressupostos e riscos é possível construir diferentes cenários para a implementação das actividades previstas no PNDS II.

- Cenário nº 1:** Crescimento da contribuição dos doadores para a saúde mas a proporção do OGE mantém-se nos níveis actuais (4% a 7%) Os doadores aumentam as suas contribuições para com a saúde até o nível esperado para o alcance das metas do milénio. No entanto, a não resposta da parte do governo em assumir sua responsabilidade no financiamento do sector compromete a capacidade de produção, disponibilidade e pagamento de uma força de trabalho de qualidade e alargada (RHS) na medida em que os apoios de doadores nunca serão destinados a melhoria das condições salariais. Assim sendo, mesmo com a melhoria das condições de trabalho em termos de infra-estruturas e equipamentos da saúde, disponibilidade de medicamentos e outras tecnologias da saúde, o país não será capaz de evitar a emigração dos quadros de saúde qualificados e muito menos atrair a entrada dos bons especialistas que já se encontram no estrangeiro. Ao acontecer este cenário, será uma prova mais evidente do descomprometimento das autoridades do país com a saúde da própria população. Só existe uma única possibilidade desse cenário acontecer, uma vez que o próprio investimento dos parceiros na saúde vai depender da forma como o governo encara a saúde demonstrado através da dotação e execução orçamental a partir do OGE. No entanto, ele poderá acontecer caso o serviço nacional de saúde esteja a produzir bons resultados apesar de poucos recursos que lhe são disponibilizados. Para isso, será necessário um compromisso de cada técnico a seu nível e determinado a obter bons resultados seja com que meios.
- Cenário nº 2:** Aumento da contribuição do estado para com a saúde, sem que haja movimento significativo da parte dos doadores. Haverá mais capacidade de financiar a produção e manutenção de maior número de RHS. Mas o esforço do governo não é acompanhado da sensibilidade internacional. Isso implicaria inexistência de condições de maiores investimentos no sector da saúde uma vez que OGE não vai poder permitir atingir níveis desejados de investimento e, por isso, a estagnação na implementação das actividades planeadas, mesmo tendo uma força de trabalho maior. Poderá haver até recrutamento de novos quadros para a saúde, mas as condições de trabalho, em termos de infra-estruturas, equipamentos, medicamentos e outros materiais médicos e medicamentosos, vão continuar a deteriorar-se e isso será ainda mais um motivo para provocar desmotivação e fuga dos quadros técnicos do serviço nacional por não encontrarem a satisfação profissional. Continuarão as evacuações e procura de serviços no exterior por falta de condições necessárias ao atendimento de qualidade. Este cenário será muito pouco plausível. Na verdade, parceiros mostram-se muito disponíveis a apoiar os esforços do país. Por isso não haverá razões a serem invocadas para não seguir atrás dos esforços que o governo estará a fazer neste sentido desde que haja estabilidade político-social.

- **Cenário nº 3:** Aumento da proporção do OGE para a saúde atinge 15% (compromisso de Abuja) e há resposta adequada da parte dos doadores. O MINSAP estará em condições de assegurar o pagamento de mais número de funcionários de qualidade de todas as categorias e com melhores salários. Isso irá motivar a maior contribuição dos doadores e o gasto total com a saúde por habitante sobe para os níveis esperados pelos OMD. Neste caso, estar-se-ia perante uma situação susceptível de atrair e manter quadros técnicos especializados emigrados para fora do país, pois o investimento com o sector da saúde seria maior e as melhores condições de trabalho certamente seriam criados. O benefício seria imediato com a qualidade dos cuidados a todos os níveis da rede sanitária. A concretização deste cenário é possível se houver desejada estabilidade política, social e institucional, maior engajamento do governo na melhoria das condições de vida dos cidadãos e, consequentemente, maior sensibilidade da comunidade internacional em acompanhar os progressos do país. Este é, realmente o cenário mais desejável para rapidamente vencer os maiores problemas da saúde.
- **Cenário nº 4:** Redução da contribuição do estado e também dos doadores para a saúde. Estaria perante uma situação de regressão. Imediatamente a força de trabalho da saúde, sem condições de trabalho, com salários baixos não pagos regularmente, só vai aumentar a fuga para o estrangeiro. Isto terá repercussão imediata na qualidade dos serviços e consequentemente nos indicadores de estado de saúde de população. A situação será de uma crise interna do próprio Serviço Nacional de Saúde quando as estruturas se vêem incapacitadas de dar respostas às demandas da população em termos de cuidados. Com esta forma de crise, uma saída possível será de solicitar técnicos expatriados a partir dos países amigos como tem acontecido com Cuba e China e concentrar a rede das estruturas de prestação de cuidados em certas localidades. Isto significará, fechar os demais estabelecimentos por falta de pessoal, medicamentos e outros materiais médicos. Não seria uma situação minimamente desejada, contudo há que estar sempre preparado sobretudo tendo em conta as crescentes dificuldades orçamentais que se vem registando nos últimos anos.

7.5. VISÃO PARA O SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE GUINEENSE

Até ao ano 2017, o Sector visualiza um estado estável e comprometido em garantir aos cidadãos o acesso aos recursos do Serviço Nacional da Saúde de forma a atingir um nível de resposta que corresponde às expectativas dos cidadãos em matéria de cuidados de saúde aproximado dos países da Sub-Região.

Esta visão representa a contribuição do sector da saúde para a estratégia nacional de redução da pobreza e a promoção do desenvolvimento socioeconómico do país (DENARP) e inspira-se nos compromissos internacionais assumidos pelo estado da Guiné-Bissau no quadro do cumprimento das metas de desenvolvimento do milénio (OMD).

7.6. MISSÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA

O MINSAP tem como missão governar o sector da saúde, serviços nacional de saúde e outros subsistemas, garantindo as intervenções de saúde pública e medicina preventiva e apoiando e comparticipando com outros parceiros na prestação de cuidados de saúde de qualidade, vigiando ao mesmo tempo o estado de saúde da população, com a finalidade de garantir, até ao ano 2017, o acesso gradual ao pacote de cuidados essenciais e de referência de qualidade a todos os níveis do serviço nacional de saúde dando uma atenção especial às zonas e populações mais pobres e vulneráveis, de forma a alcançar os ganhos em saúde objectivados neste PNDS II.

Para a sua realização, serão necessários recursos humanos qualificados, motivados e moralizados para oferecer cuidados de qualidade a cada cidadão.

Serão precisas infra-estruturas adequadas, bem equipadas e propícias para garantir maior conforto e confiança aos utentes no acto de prestação de cuidados.

Uma governação baseada nos princípios básicos de governação, uma liderança esclarecida e forte capaz de promover e gerir a parceria como forma de aliciar os recursos necessários ao investimento no Serviço Nacional de Saúde será urgente.

Enfim, assumindo a aparente incapacidade do Estado de prestar cuidados essenciais de qualidade a todos os cidadãos, será necessário ter em conta a realidade e a pertinência da actividade privada, das mutualidades a emergir e do papel do sector social

7.6.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS ESSENCIAIS E DE REFERÊNCIA DE SAÚDE

O cumprimento da missão do MINSAP impende que a população guineense, sobretudo a mais vulnerável, tenha acesso aos serviços integrados de cuidados de saúde de qualidade que possam responder aos respectivos problemas e necessidades, numa perspectiva de maior participação possível dos actores sociais e económicos, internos e externos, reflectida na melhoria progressiva dos indicadores de morbi-mortalidade principalmente os relacionados com a saúde das crianças e das mulheres grávidas. Além de colocar o utente no centro das preocupações, o MINSAP pretende promover uma verdadeira mudança na rede do SNS incluindo até a forma de atenção com que os doentes, utentes e a população vão ser acolhidos pelo pessoal de saúde.

Com vista a garantir o acesso universal aos serviços de cuidados de saúde de qualidade, o pacote de cuidados essenciais (PCE) revisto é proposto. A sua implementação irá seguir os níveis e critérios de cuidados estabelecidos no SNS priorizando a extensão às áreas

sanitárias de acordo com critérios de cobertura e de acesso. O Nível de Cuidados Primários (NCP) de Saúde composto por centros de saúde C, B e A irá implementar o pacote de cuidados essenciais de saúde tanto em postos fixos como nas estratégias avançadas em todo o território nacional como forma de cumprir com o princípio de acesso equitativo aos cuidados tanto nas áreas rurais como nas urbanas. Entre os postos fixos e avançados, o conteúdo dos pacotes de cuidados é diferenciado. Por seu lado, os cuidados diferenciados e especializados (cuidados de referência) serão disponibilizados a nível dos Hospitais Regionais e estruturas especializadas de referência conforme as normas a serem revistas e adoptadas. Para garantir o acesso das populações rurais aos cuidados diferenciados de urgência, de um lado, será preciso rever e redefinir o mapa sanitário logo no primeiro ano de implementação do PNDS II, de outro lado, um sistema operacional de referência e contra referência de acesso facilitado será implementado a nível de todas as regiões. A referência dos casos de urgência da comunidade aos centros de saúde constitui uma preocupação e será promovida a nível nacional com a participação das organizações da sociedade civil e dos membros das comunidades. Uma das estratégias já identificada e experimentada em algumas regiões é a criação/construção de casa de espera “*casa da mãe*” onde as grávidas e sobretudo as portadoras de alguns sinais de Alto Risco Obstétrico podem aguardar os partos mais próximo dos estabelecimentos de prestação de cuidados qualificados.

O pacote de serviços a ser disponibilizado nos centros de saúde deverá respeitar as normas de serviços. Mas vai exigir uma nova configuração das estruturas de prestação de cuidados a todos os níveis da rede. Cerca de 36 actuais postos de saúde deverão ser ampliados e equipados para receber enfermeiros polivalentes do curso geral preparados para oferecer os cuidados obstétricos de urgência de base e implementar a estratégia AIDI, assim como assegurar o seguimento de qualidade às PVVIH sob TARV, pacientes de tuberculose em regime DOT e outros junto das suas residências habituais. A política de especialização do HNSM obriga a completar a construção e/ou ampliação dos centros de saúde do Sector Autónomo de Bissau dando-os outra amplitude e funcionalidade. Os recursos humanos de saúde serão preparados com maior qualidade para garantir as capacidades técnicas e humanas necessárias. A lista de medicamentos essenciais para diferentes estruturas de prestação de cuidados deverá ser revista e adaptada às actividades propostas no actual pacote de cuidados.

Os instrumentos, o plano e o calendário da supervisão integrada está no processo de revisão. A essência fundamental da supervisão deve ser o seu carácter formativo. Por isso, a selecção de supervisores deverá obedecer a critérios técnicos muito rigoroso em detrimento dos critérios administrativos.

Os responsáveis das áreas sanitárias por sua vez, deverão ter também uma preocupação acrescida para com as estruturas comunitárias de respectivas áreas. Os agentes de saúde comunitária e matronas terão visitas periódicas bem definidas em datas precisas para os permitir organizar a despistagem e investigação de casos específicos (TB, ARO, perturbações mentais) assim como actividades de promoção da saúde (palestras, distribuição e/ou impregnação de mosquiteiros com insecticidas, aconselhamento e testes voluntários de VIH, etc.). No anexo 1, encontra-se descrito o conteúdo do pacote de cuidados essenciais e de referência assim como a respectiva distribuição de actividades por níveis de serviços incluindo as USC.

As estruturas de prestação de cuidados de carácter privado deverão, primeiro, passar por um processo de regulamentação a fim de estabelecer mecanismos claros de relacionamento com o Serviço Público. Depois, serão orientados na prestação do pacote de qualidade em

função dos níveis de serviços que se propõe oferecer no estabelecimento. O processo de recolha/envio de informações deverá ser regular segundo as regras do Sistema de Informação Sanitária.

8. EIXOS ESTRATÉGICOS

Analisado o actual estado de saúde da população guineense, as condições de funcionamento do serviço nacional de saúde, nomeadamente a sua organização e gestão, as infra-estruturas e equipamentos de prestação de cuidados, os recursos humanos da saúde, o sistema de aprovisionamento de medicamentos essenciais e outros produtos farmacêuticos, sobretudo as lições tiradas da análise da implementação do PNDSI, o Ministério da Saúde Pública, determinado a cumprir a sua missão, identifica oito eixos estratégicos como prioridades de intervenção de modo a que até ao ano 2017, 100% da população guineense tenha acesso ao pacote de cuidados essenciais e de referência de qualidade a todos os níveis do serviço nacional de saúde (figura 1). Estes oito eixos estratégicos têm um conjunto de objectivos que se conglomeram em dois períodos: o período de 2008 – 2012, concentrado essencialmente no reforço de capacidade de intervenção do Serviço Nacional de Saúde (eixos 1 a 4) e o período 2013 – 2017 orientado no sentido de obter mais ganhos em saúde melhorando significativamente os indicadores do estado de saúde da população (eixos 5 a 8). Mesmo assim, vale realçar que os dois períodos não são separados de forma isolada um do outro, mas sim existe uma certa sobreposição entre eles.

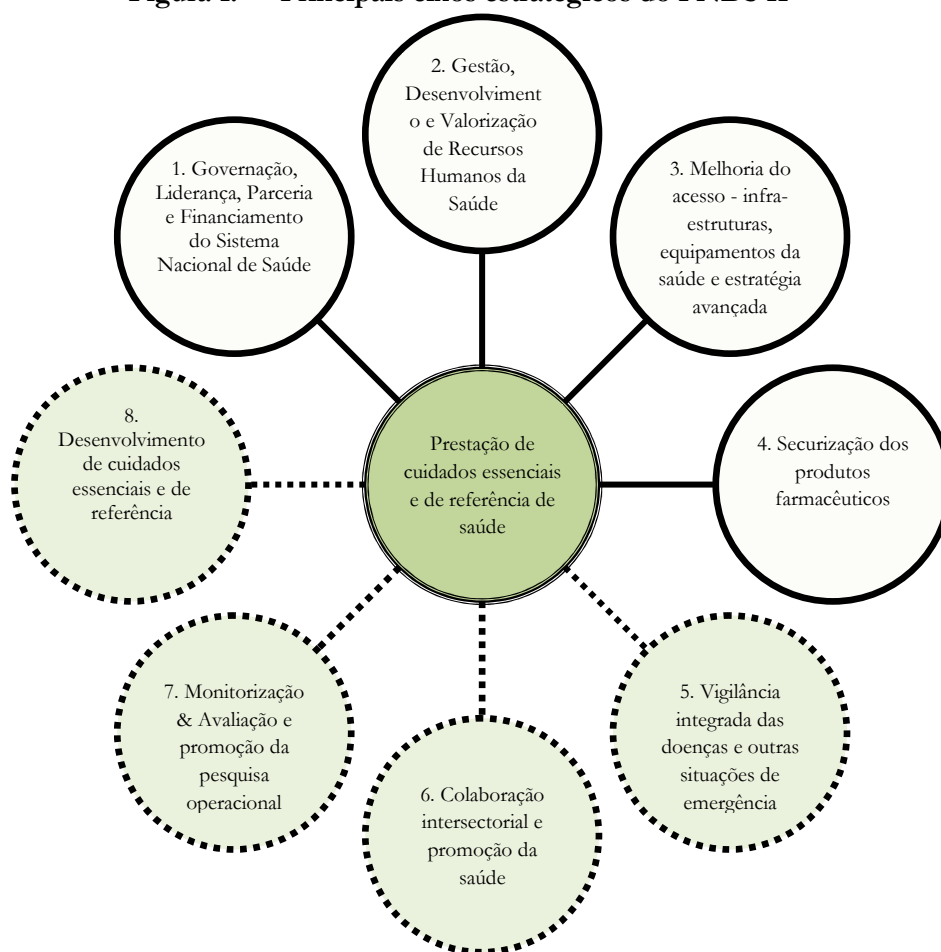
Cada um destes eixos estratégicos será abordado começando por enunciar as principais dificuldades a ultrapassar, identificando depois os principais objectivos do eixo estratégico, definindo de seguida as estratégias e actividades a desenvolver, de acordo com um cronograma e identificando a assistência técnica necessária. As metas são identificadas nos quadros de indicadores no anexo 6.

8.1. REFORÇO DE CAPACIDADE DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, 2008 – 2012

O reforço de capacidade do Serviço Nacional de Saúde combina 4 eixos estratégicos que correspondem ao reconhecimento da fragilidade do actual sistema de saúde. Reconhece-se que a menorização dessa fragilidade passa por:

1. Melhorar a governação do sistema de saúde;
2. Formar/recrutar e colocar na força de trabalho recursos humanos qualificados de uma forma adequada à realidade nacional e criar a capacidade de os apoiar e manter motivados e actualizados enquanto profissionais do serviço nacional de saúde;
3. Desenvolver, equipar e manter as infra-estruturas de saúde e seus equipamentos;
4. Securizar o abastecimento e acesso a produtos farmacêuticos e outras tecnologias de saúde.

Figura 1. Principais eixos estratégicos do PNDS II



8.1.1. GOVERNAÇÃO, LIDERANÇA, PARCERIA E FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

PRINCIPAIS DIFICULDADES A ULTRAPASSAR

A crescente insatisfação com a falta de soluções para os problemas que os cidadãos enfrentam, tem confrontado os dirigentes com um grande dilema:

- Por um lado, esperamos que sejam os líderes políticos a encontrar soluções para os nossos problemas;
- Por outro, nós mesmos temos cada vez menos confiança nos líderes, nas instituições e na política ou simplesmente não estamos interessados.

RESULTADOS A ALCANÇAR COM ESTE EIXO ESTRATÉGICO

Para que as instituições funcionem é necessário identificar e introduzir reformas no sistema de governação. Isto é, normas, processos e condutas através dos quais se articulam direitos e deveres, se gerem recursos e se exerce o poder na sociedade, ou seja, a capacidade do Estado de servir os seus cidadãos, assente fundamentalmente nos princípios de transparência, participação, responsabilidade, eficácia e coerência.

A mudança que se pretende ver preconizada no PNDS-II exigirá um esforço do Ministério da Saúde Pública cada vez mais como regulador, coordenador e fiscalizador e, cada vez menos como prestador universal de cuidados de saúde. Isso irá favorecer o desenvolvimento de maior parceria e a contratualização das entidades particulares

vocacionadas e habilitadas como forma de implicar e rentabilizar as capacidades de todos os actores na prestação de cuidados de qualidade a toda a população guineense, permitindo ao MINSAP concentrar-se na promoção do acesso, e na prestação de cuidados primários e comunitários.

Esta ideia irá implicar a continuidade e aceleração do processo de autonomização das entidades tanto de prestação de cuidados de saúde (hospitais) como dos serviços de apoio (CECOME, INASA, serviços de limpeza e manutenção, a gestão dos meios de transporte, etc.). Tudo isso vai no sentido de dinamizar e fortificar a relação positiva e proactiva com o sector privado lucrativo e não lucrativo (ONG, igrejas, etc.). Se trata de uma necessidade de mudança de espírito e de atitudes de competição para criar, entre actores parceiros, um espaço favorável para a partilha de meios com vista a alcançar aquilo que é o objectivo comum – oferecer cuidados de saúde de qualidade às populações. São, por isso, necessário introduzir mudanças implícitas e obrigatórias adaptando as estruturas de gestão tanto do nível central como regional de modo a que a informação sanitária, não só na sua dimensão epidemiológica mas e, acima de tudo, na gestão irá permitir uma verdadeira pilotagem do PNDS a fim de atingir os objectivos traçados. Pois, só assim o Serviço Nacional de Saúde poderá dotar-se de flexibilidade e reactividade necessárias a todas as situações adversas seja de origem interna ou externa.

O reforço das capacidades de gestão e de governação é essencial para a mobilização de recursos adicionais para um sector sub-financiado e permitir maior eficiência no uso dos poucos disponíveis. A adopção progressiva dos valores de (co) responsabilidades, e transparência na gestão de coisa pública poderá fazer do sector um exemplo de boas práticas e, por isso, mais ganho em termos de investimento exterior de que tanto depende. Todas estas aspirações e orientações estão a ser detalhadas no novo documento da política nacional de saúde que será finalizado logo após o processo de planificação do PNDS II.

Quadro 12. Quadro sinóptico de resultados esperados para o eixo estratégico 1

Resultados esperados	Indicadores de avaliação/seguimento
Gestão técnica, administrativa e financeira realizada conforme as normas a todos os níveis	Adopção e execução de uma nova política de financiamento do sector
	Adopção de normas e procedimentos
	% de normas e procedimentos aplicados conforme estabelecido
	% de dirigentes do MINSAP com carta de missão
	% de dirigentes do MINSAP avaliados com base na carta de missão
Capacidade de negociação, contratualização e coordenação intra e intersectoriais melhoradas	Nº de reuniões dos órgãos de coordenação intra-sectorial e intersectorial realizado em relação às previstas
	Proporção de estruturas de prestação de cuidados sob gestão contratualizada
	Nº de entidades contratualizadas para a gestão das estruturas de prestação de cuidados
Quadro legal e regulamentar do sector privado disponível, disseminado e aplicado	Quadro legal aprovado
	% de estabelecimentos privados que obedecem ao quadro legal
Mecanismos e órgãos de decisão, fiscalização e consulta definidos no âmbito do PNDS II são criados, têm termos de referência específicos e são funcionais	Consolidação de todos os mecanismos de pilotagem num único, com regulamento
	Adopção de um regulamento do Conselho Nacional de Saúde (CNS)
	Calendário de trabalhos do CNS
	% de regiões com planos regionais de desenvolvimento sanitário
	% de áreas sanitárias com planos locais de desenvolvimento sanitário
	Disponibilidade dos TDR para cada órgão de gestão
	Frequência de funcionamento de cada órgão

SETE ESTRATÉGIAS

Para a consecução dos resultados acima identificados as estratégias contempladas incluem:

1. Adopção de uma carta de missão para os dirigentes nacionais e regionais, identificando os valores e princípios da sua acção, os resultados esperados e os mecanismos de avaliação do seu desempenho;
2. Revisão/actualização e adopção de normas e procedimentos técnicos, administrativos e financeiros;
3. Promover, dinamizar e estimular a participação dos parceiros internacionais no processo de desenvolvimento sanitário nacional (fazer funcionar o CNS);
4. Mecanismos de contratualização adequados aos parceiros, ao nível e à área temática de intervenção;
5. Legislação sobre a prática de medicina privada;
6. Supervisão estruturada dando prioridade aos níveis mais periféricos;
7. Apropriação da estratégia nacional aos níveis mais periféricos.

As actividades previstas no âmbito de cada uma das estratégias estão incluídas no quadro 13 e os indicadores de monitorização no anexo 6.

Quadro 13. Estratégias e actividades para uma melhor governação, liderança, parceria e financiamento do serviço nacional de saúde

Estratégias	Pacotes de actividades	Anos de implementação									
		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Resultado esperado – responsabilização dos dirigentes do Sistema Nacional de Saúde											
Adopção de uma carta de missão para os dirigentes nacionais, regionais e programáticos	Desenvolvimento e aprovação de um modelo de carta de missão										
	Entrega de carta de missão a todos os dirigentes										
	Estabelecimento de mecanismos de avaliação de desempenho dos dirigentes com base na carta de missão										
	Início de avaliação dos dirigentes com base nas metas estipuladas na carta de missão										
Resultado esperado – Gestão técnica, administrativa e financeira realizada conforme as normas em todos os níveis											
Rever normas e procedimentos técnicos, administrativos e financeiros	Actualizar o manual de procedimentos técnicos, administrativos e financeiros										
	Implementar uma estratégia de informação e comunicação para a disseminação das normas e procedimentos adoptados										
	Monitorar e avaliar a aplicação das normas e procedimentos										
	Mobilização de recursos financeiros necessários ao PNDS										
	Auditorias periódicas das despesas e divulgar os relatórios a todos os parceiros										
	Promover e efectuar a planificação financeira anual e/ou plurianual do Sector Saúde e do SNS, tanto no que respeita ao investimento, como no concernente às despesas correntes, melhorando progressivamente a sua qualidade e assegurando a observância da legislação										
	Promover e velar pela apresentação de propostas realistas de Orçamento para o Sector Saúde, assegurando que o Orçamento seja a expressão financeira da planificação estratégica e operacional e que haja um equilíbrio harmonioso entre os recursos atribuídos ao investimento e às despesas correntes										
	Desenvolver e implementar uma metodologia de alocação de recursos com enfoque nas disparidades geográficas e sensível a aspectos de equidade e pobreza										
	Assegurar que gradualmente os financiamentos externos utilizem os mecanismos do Governo para canalização e contabilização de recursos										
Resultado esperado – Capacidade de negociação, contratualização e coordenação intra e intersectoriais melhoradas											
Promover, dinamizar e estimular a participação dos parceiros internacionais no processo de desenvolvimento sanitário nacional	Reactivar (criar) o conselho nacional da saúde (comité único da saúde - CUP)										
	Aprovação do regulamento do CUP										
	Promover, dinamizar, estimular e tomar as medidas apropriadas, em colaboração com o Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação, para o desenvolvimento e implementação de acordos de cooperação, no âmbito da Saúde, com diversos parceiros internacionais, nomeadamente com Agências e Bancos Internacionais de Desenvolvimento e de Financiamento, Fundos internacionais de Promoção ou Protecção da Saúde, Agências bilaterais de Cooperação, Organizações internacionais e multilaterais, ONG internacionais, etc.										
	Participar nas actividades e programas de Saúde internacionais, em particular nos desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde e outras Agências do Sistema das Nações Unidas e promover, dinamizar e tomar as medidas apropriadas para beneficiar da cooperação e assistência técnica, material e financeira dessas Organizações										
	Promover, dinamizar, estimular e tomar as medidas apropriadas para o desenvolvimento de acordos de										

Estratégias	Pacotes de actividades	Anos de implementação									
		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	cooperação, no âmbito da Saúde, com os países africanos em geral e em particular com os países membros da CPLP/UEMOA/CDEAO/UA										
Criação de uma tipologia de protocolos de acordo conforme a natureza do parceiro, nível e área temática de intervenção	Elaborar protocolos tipo (modelos)										
	Elaborar as normas e procedimentos para a licitação e contratualização										
	Implementar uma estratégia de comunicação e relações públicas dirigida aos parceiros (públicos, privados, ONG, organizações internacionais, etc.)										
	Contratualizar a gestão das estruturas com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados										
	Avaliar regularmente os perfis das estruturas sanitárias na base da gestão combinada da informação										
Resultado esperado – Quadro legal e regulamentar do sector privado disponível, disseminado e aplicado											
Legislação sobre a prática de medicina privada	Elaborar, aprovar e publicar o quadro legal no âmbito de exercício de medicina privada										
	Disseminar/divulgar as leis em conformidade com uma metodologia de informação e comunicação adoptada										
	Monitorar e avaliar a aplicação das normas										
Resultado esperado – Mecanismos e órgãos de decisão, fiscalização e consulta definidos no âmbito do PNDS II são criados, têm termos de referência específicos e são funcionais											
Revisão do guião de supervisão e de metodologia de análise dos dados	Elaborar os TDR e regulamento de funcionamento para cada órgão que deve incluir o calendário dos encontros										
	Produzir pareceres ou decisões e elaborar relatórios										
	Criar um fórum de coordenação e concertação dos directores clínicos dos hospitais nacionais e regionais										
	Rever/adaptar o guião de supervisão integrada										
	Realizar duas supervisões integradas anualmente										
	Proceder aos exercícios de planificação conforme normas e calendário previsto										
Resultado esperado – Apropriação da estratégia nacional aos níveis regionais e locais que deve vir reflectida nos planos operacionais e nos relatórios de actividades											
Apropriação da estratégia nacional aos níveis mais periféricos	Reforçar a capacidade de advocacia e negociação das Direcções Regionais de Saúde de forma a assegurar um maior volume de financiamento para os Orçamentos Provinciais da Saúde										
	Cada região deve produzir um PNDS regional com base no PNDS II										
	Com base no PNDS II as instituições centrais do MINSAP devem produzir o seu plano estratégico										
	A AS consideradas prioritárias devem desenvolver estratégias locais de saúde										
	Os programas nacionais deverão ser revistos de forma a se identificar claramente os seus contributos para a consecução dos objectivos do PNDS										
	Deverão ser desenvolvidos guiões para a elaboração, apreciação e aprovação de planos operacionais anuais para as regiões, diferentes tipos de unidades sanitárias e programas nacionais										
	Deverão ser desenvolvidos guiões para a elaboração, apreciação e aprovação de relatórios de actividades das regiões, diferentes tipos de unidades sanitárias e programas nacionais										

8.1.2. GESTÃO, DESENVOLVIMENTO E VALORIZAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

PRINCIPAIS DIFICULDADES A ULTRAPASSAR

Três obstáculos importantes a um desenvolvimento mais harmonioso do sistema de saúde guineense, mesmo na actual situação de escassez, são os enormes défices em informação, a limitada capacidade de formação de pessoal de prestação de cuidados e a escassez de quadros de gestores qualificados. Os défices de outras competências prioritárias (diagnóstico laboratorial e radiológico, obstetrícia a nível médio, equipas de cirurgia) merecem atenção prioritária.

A resolução sustentável deste problema não deveria ser de forma isolada. Mas sim enquadrada na problemática da Reforma da Administração Pública da Guiné-Bissau e na problemática do desenvolvimento regional. Estas acções não possuem por enquanto uma agenda concreta, por isso não seria prudente condicionar a resolução do problema tão crucial para o desenvolvimento sanitário do país como a retenção de quadros da saúde a estas iniciativas.

RESULTADOS A ALCANÇAR COM ESTE EIXO ESTRATÉGICO

Além do substancial aumento de salários recentemente efectuado, o MINSAP deverá adoptar medidas, ainda que provisórias, para estancar esta hemorragia de quadros e poder assim dotar as estruturas com o pessoal mínimo requerido para poder dar uma resposta eficaz aos principais problemas de saúde da população.

O desenvolvimento e valorização de recursos da saúde implica direitos e deveres. Direito a um salário condigno e pago regularmente; direito a boas condições de trabalho com possibilidade de utilizar sempre novas tecnologias de saúde; direito à formação contínua, à supervisão interactiva regular e à perspectiva de carreira.

Mas também há que cumprir com certo número de deveres: respeito ao código deontológico e ética profissional, honrar a vida dos pacientes como pessoas humanas com dignidade; cumprimento escrupuloso das normas técnicas em vigor em matéria de prestação de cuidados. Nesta perspectiva, esquemas inovadores de recompensa às boas práticas (comportamentos exemplares dos técnicos, implementação correcta de normas técnicas, etc.) serão criadas à intenção de equipas de trabalho e dos indivíduos isoladamente. Esse aspecto irá motivar a constituição de equipas de trabalho implicadas na melhoria de qualidade dos cuidados assim como do desempenho individual dos técnicos.

Novas categorias de profissionais adaptados a realidade do país serão criadas em função das necessidades expressadas.

Considerando enorme défice dos profissionais para o preenchimento das vagas existentes neste momento no Serviço Nacional de Saúde, sobretudo dos médicos, além de apostar fortemente na formação local, vai ser preciso prosseguir com a política de recurso a mão-de-obra estrangeira no quadro de cooperações bilaterais tal como acontece actualmente com Cuba e China.

Quadro 14. Quadro sinóptico dos resultados esperados com este eixo estratégico

Resultados esperados	Indicadores de avaliação/seguimento
Estruturas de prestação de cuidados e de gestão sanitária dotadas de RH qualificados e devidamente motivados para oferecer o Pacote de Cuidados Essenciais e de Referência de qualidade a todos os níveis da rede do Serviço Nacional de Saúde	Rácio das principais categorias de pessoal de saúde por habitantes: ▶ Médicos/1000 hab. ▶ Enfermeiros/1000 hab.
	Proporção de estruturas de saúde com dotação mínima de RH conforme as normas.
	Proporção de casos de doenças prioritárias tratadas conforme os respectivos protocolos clínicos ▶ SIDA (TARV) ▶ Paludismo grave ▶ Paludismo simples ▶ TB (DOT)
	Proporção de utentes que declara satisfeita com o atendimento

QUATRO ESTRATÉGIAS

Para corrigir a situação dos RHS na Guiné-Bissau propõem-se quatro estratégias estruturantes das actividades necessárias indicadas no quadro 15.

1. Reforço da governação, administração e gestão do pessoal de saúde;
2. Reforço dos valores de referência;
3. Melhoria das condições de trabalho e motivação do pessoal;
4. Reforço da capacidade de formação/produção dos recursos humanos da saúde.

Quadro 15. Estratégias para os RHS e principais pacotes de actividades

Estratégias	Principais pacotes de actividades	Comentários
Reforço da governação, administração e gestão do pessoal de saúde	Capacitar a DRHO com recursos, competências e instrumentos necessários à consecução destas orientações estratégicas	Desenvolvendo programas de formação e recorrendo à assistência técnica se necessário, em especial à diáspora de profissionais de saúde de origem ou ascendência guineense. Modernizar fisicamente a administração do pessoal (equipamentos de escritório)
	Implementar e fazer funcionar uma estrutura de coordenação da estratégia de RHS	Para além da DRHO e os outros departamentos nacionais, regionais, e institucionais da saúde, deve incluir os ministérios das finanças, da administração pública e da educação, assim como os principais parceiros internacionais. Cada nível deve manter actualizado um <i>tableau de bord</i> sobre os RHS para a sua área de competência directa.
	Propor, adoptar e implementar um sistema de gestão e administração de RHS, desde a administração central às áreas sanitárias, criando o quadro de norma de pessoal, com as competências e instrumentos necessários.	Especificando claramente as funções e tarefas que devem ser executadas, por que tipo de pessoal (com que formação e competências), a que nível institucional
	Rever, adoptar e implementar nova classificação de profissões de saúde e respectivas carreiras	Considerar novas profissões, como a de técnico de cirurgia.
	Rever e propor uma nova pirâmide profissional para o SNS	Reconsiderar o papel dos auxiliares no serviço nacional de saúde; implementar progressivamente as novas normas de afectação do pessoal tendo em consideração tipo de estruturas, a dimensão e características da população a cobrir e o nível de isolamento; corrigir a défice de pessoal e minimizar as desigualdades na distribuição de pessoal entre as regiões.
	Desenhar, desenvolver, implementar e actualizar um SIP adequado aos diversos	Descentralizar o sistema de gestão dos RHS para cada nível do serviço nacional de saúde; o sistema de informação

Estratégias	Principais pacotes de actividades	Comentários
	níveis de gestão de RHS	sanitária deverá desenvolver instrumentos de recolha e tratamento de informações referentes aos RHS a todos os níveis; melhorar o programa de gestão de SIP a nível da Direcção dos RHO
Reforço dos valores de referência	Conduzir uma reflexão sobre os valores a incluir no PNDS II	Em estreita articulação com o eixo estratégico 1
	Instalar uma Ordem das Profissões de Saúde e capacita-la e às Associações Profissionais para o exercício da sua função reguladora do exercício profissional para benefício do cidadão	Para todas as categorias de profissionais específicos da saúde
	Capacitar o Ministério da Saúde Pública para o exercício da sua função reguladora e controladora do sistema de saúde	Capacitar a Inspeção-geral da Saúde sobre a fiscalização do sistema em articulação com as ordens dos profissionais e aplicação das sanções conforme as normas.
	Apoio a uma cidadania informada	Divulgação ampla da carta dos direitos e deveres dos doentes.
	Socialização em instituições de formação conducente a comportamentos orientados pelos valores orientadores	
Melhoria das condições de trabalho e motivação do pessoal	Rever o quadro de salários, subsídios e incentivos financeiros	Deve ser implementado de forma a ser um incentivo à redistribuição de pessoal e ao seu melhor desempenho, individual e em equipa. Considerar benefícios não financeiros como vias rápidas de progressão e promoção, abonos de família reforçados, mobilidade mais expedita, benefícios para descendente no sistema educacional, etc. Considerar a possibilidade de haver um fundo internacional, apoiado pelos doadores para pagamento com regularidade aos funcionários da saúde. Seria para este fundo que o Estado reporia os salários, quando os pagasse com a irregularidade que o caracteriza. Melhorar as condições de alojamento do pessoal conforme as necessidades estabelecidas (construção, reabilitação e equipamento). Rever mecanismos de apoio e motivação do pessoal de nível comunitário, como os ACS e as matronas. Criar condições para aposentadoria precoce de pessoal auxiliar sem condições para beneficiarem de cursos de promoção
	Garantir condições de biossegurança aos trabalhadores da saúde	
	Definir condições técnicas para o funcionamento das instituições de saúde	
Reforço da capacidade de formação	Apoio à faculdade de medicina para satisfazer as necessidades de médicos generalistas do SNS numa década.	Identificar formas de tornar a faculdade mais sustentável com recursos guineenses, incluindo quadro de professores. Manter o enfoque generalista dos médicos durante a próxima década. A diáspora de médicos guineenses seria um forte apoio para esta iniciativa.
	Melhorar as condições da Escola Nacional de Saúde	Deve contemplar a formação pré-graduada, pós-graduada e o desenvolvimento profissional contínuo, tanto no interior como no exterior do país
		A ENS deve dar prioridade absoluta à formação do seu corpo docente, e de pessoal para, na próxima década, equipar os centros de saúde com pessoal de nível médio, de acordo com as novas normas de afectação de pessoal a serem definidas para o PNDS II.
		O PNDS II deverá apostar num salto qualitativo. O sucesso dessa aposta depende da reconversão da forma da pirâmide da força de trabalho. A grande aposta seria no pessoal de nível médio descontinuando de uma forma programada o pessoal auxiliar.

Estratégias	Principais pacotes de actividades	Comentários
	Desenvolver e implementar um programa de formação para gestores do SNS	A ENS deverá ter um papel preponderante nesta matéria através de sua abertura para seus congéneres de fora. Dar uma prioridade de cooperação em matéria de formação aos países lusófonos e da sub-região. Formar pessoal docente de nível credível em outras escolas internacionais para manter a sustentabilidade da ENS.

As actividades previstas, no âmbito de cada uma das estratégias, estão incluídas no quadro 16 e os indicadores de monitorização no anexo 6

Quadro 16. Estratégias e pacotes de actividades para gestão, desenvolvimento e valorização de recursos humanos da saúde

Estratégias	Pacotes de actividades previstas	Ano de execução										Responsável
		08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	
Reforço da governação, administração e gestão do pessoal de saúde	Capacitar a DRHO com recursos e competências necessárias à consecução destas orientações estratégicas											GABINETE DA MINISTRA
	Implementar e fazer funcionar uma estrutura de coordenação da estratégia de RHS											GABINETE DA MINISTRA
	Adoptar e implementar um sistema de gestão e administração de RHS											DRHO
	Definir, legislar e adoptar uma classificação de profissões de saúde e das respectivas carreiras											DRHO
	Definir dotação mínima para unidades sanitárias											
	Adoptar e implementar uma nova pirâmide profissional para o SNS											DRHO
	Desenhar, desenvolver, implementar e actualizar o SIP											DRHO
Reforço dos valores de referência	Conduzir uma reflexão sobre os valores a incluir no PNDS II											DRHO
	Instalar uma Ordem das Profissões de Saúde											DRHO
	Socialização em IF conducente a comportamentos orientados pelos valores orientadores											DRHO e ENS
Melhoria das condições de trabalho e motivação do pessoal	Rever e garantir os salários, subsídios e incentivos											DRHO
	Garantir condições de biossegurança aos trabalhadores da saúde											DCSH
	Definir e garantir condições técnicas mínimas para o funcionamento das instituições											DCSH
Reforço da capacidade de formação	Apoio à faculdade de medicina											GABINETE DA MINISTRA
	Melhorar as condições da Escola Nacional de Saúde											DRHO – RDP
	Elaborar um plano de formação de base e especializada de RHS (											
	Implementar um programa de formação para gestores do SNS											DRHO – RDP
	Desenvolver uma política nacional de formação contínua dos quadros da saúde											DRHO – RDP
	Desenvolver um plano anual de formação contínua dos quadros da saúde											DRHO – RDP
	Tornar acessível uma biblioteca virtual On-Line.											DRHO – RDP
	Equipar o HNSM de uma biblioteca de consulta											DRHO – RDP
	Organizar, anualmente, um simpósio clínico											DRHO – RDP

8.1.3. MELHORIA DO ACESSO – INFRA-ESTRUTURAS, EQUIPAMENTOS E ESTRATÉGIA AVANÇADA

PRINCIPAIS DIFICULDADES A ULTRAPASSAR

Os compromissos nacionais (DENARP) e internacionais (OMD) levaram o Ministério da Saúde a propor um pacote de cuidados essenciais e de referência. É, consequentemente, obrigatório dotar os serviços de saúde com infra-estruturas adequadas para garantir um maior acesso aos cuidados de saúde do SNS.

Actualmente, cerca de 40% da população vive além dos 5 km de raio de qualquer estrutura de prestação de cuidados primários. O alargamento da acessibilidade aos serviços constitui um desafio incontornável para o MINSAP, pois os serviços devem ser colocados junto às populações. Foi encontrada uma resposta na estratégia avançada. Mas a estratégia avançada, tem sido oferecida de forma irregular, ora por razões de falta de próprios técnicos de saúde, falta ou avarias dos meios de transporte, combustível ou subsídios dos técnicos.

O PNDS I preconizou a construção de infra-estruturas de saúde compatíveis com o pacote de cuidados definido. Estavam previstas muitas construções, ampliações ou reabilitações para melhorar o acesso aos cuidados. Mas a maioria não foi executada. Não foram também disponibilizados recursos para garantir a manutenção das infra-estruturas e equipamentos necessários, incluindo meios de transporte. Tudo isso conduziu a uma degradação acentuada das infra-estruturas de prestação de cuidados.

Em relação aos equipamentos médicos e outros de diagnóstico complementar, a situação é precária. A maioria dos estabelecimentos hospitalares não dispõe de equipamentos essenciais de diagnóstico complementar e outros para tratamento e acompanhamento dos pacientes (RX, ecógrafo, ECG, etc.). A maior razão de mais de 400 evacuações anuais para o exterior deve-se a falta de capacidade de diagnóstico complementar.

O fornecimento de energia eléctrica e o abastecimento de água às estruturas de saúde é ainda deficiente.

RESULTADOS A ALCANÇAR COM ESTE EIXO ESTRATÉGICO

O aumento do acesso será conseguido através da construção, ampliação e reabilitação das infra-estruturas, do reforço (em mobilidade, planeamento, actividades e regularidade) da estratégia avançada e da melhoria do sistema de referência e contra-referência. São essenciais investimentos em equipamentos, meios de transportes e de comunicação e em energia eléctrica.

Quadro 17. Quadro sinóptico dos resultados esperados com a implementação do eixo estratégico 3

Resultados esperados	Indicadores de avaliação/seguimento
Acesso geográfico aos serviços de cuidados essenciais e de referência melhorado	Proporção da população com acesso geográfico às estruturas de prestação de cuidados essenciais e de referência (num raio de 5 km)
	Tempo médio de uma evacuação de urgência ▶ Nível local – HR ▶ HR – nível nacional
Meios de diagnóstico complementar e de biossegurança disponíveis a todos os níveis de cuidados	Proporção de estruturas de cuidados com dotação de meios de diagnóstico complementar segundo as normas
	Proporção de estruturas de prestação de cuidados com o pacote de biossegurança
Manutenção sustentada de viaturas e outros equipamentos	Proporção de viaturas imobilizadas por falta de manutenção
	Proporção de equipamentos não funcionais por falta de manutenção

SEIS ESTRATÉGIAS

Para a consecução dos resultados acima identificados as estratégias contempladas incluem:

1. Transformação (ampliação/reabilitação) dos actuais postos de saúde em centros de saúde tipo C;
2. Construção de novas infra-estruturas nas áreas descobertas em função da população e das condições de acesso aos cuidados;
3. Equipamentos e manutenção das infra-estruturas;
4. Reforço da capacidade de diagnóstico complementar;
5. Melhoria das condições de biossegurança incluindo a transfusão sanguínea;
6. Melhoria do sistema de referência e contra-referência.

As actividades previstas no âmbito de cada uma das estratégias estão incluídas no quadro 18 e os indicadores de monitorização no anexo 6

Quadro 18. Melhoria do acesso – infra-estruturas, equipamentos e estratégia avançada

Estratégias	Actividades	Anos de implementação									
		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Resultado esperado 1: Acesso geográfico aos serviços de cuidados essenciais e de referência de qualidade melhorado											
Transformação dos actuais postos de saúde em centros de saúde tipo C	Reabilitar e/ou ampliar 36 postos de saúde e adequá-los às novas funções de CS										
	Reabilitar e/ou ampliar os XXX centros de saúde A e YYY centros de saúde B e adequá-los ao novo PCES										
Construção de novas infra-estruturas nas áreas descobertas em função da população e das condições de acesso	Construir 8 novas CSC de cuidados nas áreas descobertas em função do nível de cuidados (nº de população)										
	Construir ampliar CS B										
	Construir residências em todas as estruturas de prestação de cuidados nas zonas rurais										
	Construir um edifício para o centro de transfusão sanguínea										
Equipamentos e manutenção das infra-estruturas	Dotar as US com equipamentos e materiais em função do pacote integrado de cada nível										
	Assegurar a manutenção periódica das infra-estruturas e equipamentos de prestação de cuidados										
Resultado esperado 2.2. Meios de diagnóstico complementar e de biossegurança disponíveis a todos os níveis de cuidados											
Reforço da capacidade de diagnóstico complementar	Adquirir meios de diagnóstico complementar compatíveis ao pacote de cuidados para cada estrutura sanitária (diagnóstico biológico, imagiologia, etc.)										
	Assegurar a manutenção regular dos meios de diagnóstico complementar										
	Assegurar as condições de funcionamento dos meios de diagnóstico complementar por níveis de prestação de cuidados (grupos geradores, etc.)										
Melhoria das condições de biossegurança incluindo a transfusão sanguínea	Adquirir materiais de Biossegurança para todas as estruturas de prestação de cuidados em função dos níveis										
	Adquirir kits de tratamento imediato aos técnicos de saúde em caso de acidentes por exposição ao sangue e outros materiais cortantes										
	Equipar estruturas de prestação de cuidados com incineradores (Ver o plano GAVI/RSS)										
	Adquirir os materiais e meios de segurança transfusional para as estruturas de referência										
	Adquirir as condições de higiene permanente nos estabelecimentos de prestação de cuidados										
Melhoria do sistema de referência e contra-referência	Adquirir 20 ambulâncias para assegurar os serviços de urgências nas regiões sanitárias (11 RS)										
	Adquirir 65 Motos de tracção para as áreas sanitárias mais populosas de difícil acesso										
	Adquirir 2 embarcações marítimas equipadas para evacuações de emergência										
	Adquirir meios da comunicação para os serviços de urgências (114 TM)										
	Assegurar combustível e lubrificantes para os meios de transporte (evacuações de urgência)										
	Garantir a manutenção periódica dos meios de comunicação e de evacuação										
	Criar sistemas de ficheiros clínicos individuais para seguimento de pacientes portadores de doenças prioritárias										

8.1.4. SECURIZAÇÃO DOS PRODUTOS FARMACÊUTICOS

PRINCIPAIS DIFICULDADES A ULTRAPASSAR

A situação de medicamentos continua uma grande preocupação do MINSAP como uma das condições indispensáveis para a melhoria das condições de prestação dos cuidados de saúde. Uma preocupação que vem desde os primeiros anos da independência com a criação da **FARMEDI**. A implementação do primeiro plano nacional de desenvolvimento sanitário criou a Central de Compra de Medicamentos Essenciais (CECOME), uma empresa pública com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Para o seu arranque, recebeu apoios financeiros e técnicos do BM e de outros parceiros para a aquisição e gestão de medicamentos necessários a introdução da política de recuperação de custo. Passados 5 anos, além de estar longe de cumprir-se com os objectivos de se transformar numa verdadeira central de compra de medicamentos no país permitindo assim um melhor controlo da qualidade dos produtos farmacêuticos, a situação financeira da CECOME apresenta-se muito preocupante. Todos os depósitos regionais de medicamentos estão em dívidas com a CECOME. As dificuldades do sector e pressões de ordem vária, conduziram a utilização dos recursos da CECOME, como crédito, para financiar despesas não tituladas do MINSAP não tendo sido possível até então o respectivo reembolso.

O estado não compensa os encargos suportados com os medicamentos constantes na lista de subvenção tais como a TB, perturbações mentais e situações de epidemias. Os comités de gestão criados a nível das comunidades para participarem, como representantes destas, na gestão sanitária junto dos responsáveis das áreas sanitárias fracassaram.

No contexto de introdução do TARV e seguimento das PVVIH, os cuidados obstétricos e neonatais de urgência no quadro da implementação do roteiro para redução da mortalidade materna, a implementação da estratégia AIDI, a definição do novo pacote de cuidados essenciais da saúde assim como o quadro de dotação de pessoal técnico, a actual lista de medicamentos revela-se inadequada.

RESULTADOS A ALCANÇAR COM ESTE EIXO ESTRATÉGICO

Pretende-se, com este eixo, melhorar a capacidade de aprovisionamento e gestão de medicamentos a todos os níveis de prestação de cuidados e assegurar o acesso universal aos medicamentos essenciais à população, principalmente os grupos vulneráveis prioritários. Por outro lado, a grande concorrência existente no sector farmacêutico exige do estado mais medidas e meios de controlo de qualidade de medicamentos. É urgente dotar-se de meios para a implementação de um sistema de vigilância farmacológica. A CECOME deverá, nos próximos anos, estender a sua capacidade de intervenção e poder conseguir controlar o sector transformando-se desta forma em único importador de medicamentos do exterior para o país.

Quadro 19. Quadro sinóptico dos resultados esperados do reforço da capacidade de aprovisionamento em produtos farmacêuticos

Resultados esperados	Indicadores de avaliação/seguimento
Medicamentos essenciais disponíveis em todas as estruturas de prestação de cuidados e acessíveis a toda a população	Revisão da legislação sobre importação de medicamentos
	Proporção de estruturas sanitárias sem ruptura de stock de medicamentos e materiais
	Proporção de depósitos regionais sem ruptura de nenhum medicamento constante da lista de ME
	Tempo de ruptura de alguns dos medicamentos essenciais na CECOME
	Rentabilidade financeira da actividade da CECOME
Assegurado o controlo de qualidade de medicamentos	Estabelecimento de um centro de farmaco-vigilância
	Relatórios periódicos de avaliação da farmaco-vigilância

DUAS ESTRATÉGIAS

Para a consecução dos resultados acima identificados as estratégias contempladas incluem:

1. Reforço da capacidade de aprovisionamento em produtos farmacêuticos (ME, vacinas e outras tecnologias da saúde);
2. Criação de um centro de farmaco-vigilância e de controlo de qualidade dos produtos farmacêuticos (medicamentos, vacinas, reagentes e outros produtos).
- 3.

As actividades previstas no âmbito de cada uma das estratégias estão incluídas no quadro 20 e os indicadores e metas de monitorização no anexo 6.

Quadro 20. Reforço da capacidade de aprovisionamento em produtos farmacêuticos (medicamentos, vacinas e reagentes) e utilização da tecnologia da saúde

Estratégias	Pacotes de actividades	Anos de implementação									
		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Resultado esperado – Medicamentos essenciais disponíveis em todas as estruturas de prestação de cuidados e acessíveis a toda a população											
Reforço da capacidade de aprovisionamento em produtos farmacêuticos (ME, vacinas e outras tecnologias da saúde)	Desenvolver o quadro legal sobre importação e comercialização de medicamentos										
	Assegurar o aprovisionamento regular de medicamento e materiais a todos os níveis										
	Subsidiar os medicamentos necessários para o tratamento de portadores de TB, lepra, perturbações mentais, PVVIH e em situações de crises										
	Disponibilizar recursos financeiros do OGE para a subvenção de medicamentos essenciais										
	Introduzir mecanismos de controlo financeiro independentes das estruturas de governação										
Resultado esperado – Assegurado o controlo de qualidade de medicamentos											
Criação de um centro de farmaco-vigilância e de controlo de qualidade dos produtos farmacêuticos (medicamentos, vacinas, reagentes e outros produtos)	Equipar um centro de farmaco-vigilância e controlo de qualidade de medicamentos no LNSP										
	Instalar um sistema de controlo regular das farmácias e postos de venda privados										
	Definir uma política nacional de comercialização dos produtos farmacêuticos										
	Realizar sessões de informação a nível das comunidades sobre os perigos de consumo de medicamentos de qualidade insegura										

8.2. GANHOS EM SAÚDE 2013-2017

Os eixos estratégicos aqui contemplados têm por objectivo geral contribuir directamente para a melhoria do estado de saúde da população designadamente a redução de mortalidade infanto-juvenil e materna assim como a diminuição do peso das doenças tais como o VIH/SIDA, a Tuberculose, o Paludismo como factores de pobreza (ver quadro ... em anexo). O impacto das medidas aqui preconizadas depende do sucesso das medidas implementadas em associação com as estratégias 1 a 4. Com vista a obtenção de ganhos em saúde, os eixos aqui descritos vão garantir o conhecimento da situação sobre a qual queremos ter impacto, respostas rápidas a situações inesperadas de emergência e mobilização da sociedade civil e dos cidadãos para o combate pela saúde.

Quadro 21. Quadro lógico de impacto do PNDS II em termos de ganhos em saúde.

Objectivos	Indicadores de avaliação
Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população designadamente a redução de mortalidade infanto-juvenil e materna assim como a diminuição do peso das doenças tais como o VIH/SIDA, a Tuberculose, o Paludismo como factores de pobreza.	Rácio da mortalidade Materna
	Taxa de mortalidade peri-neonatal
	Taxa de mortalidade infantil
	Taxa de mortalidade de crianças <5 anos
	Esperança de vida à nascença

8.2.1. VIGILÂNCIA INTEGRADA DAS DOENÇAS E SITUAÇÕES DE EMERGÊNCIA.

PRINCIPAIS DIFICULDADES A ULTRAPASSAR

As doenças transmissíveis continuam a constituir o maior problema de saúde pública na Guiné-Bissau tal como em quase todos os países da África. O quadro epidemiológico dos últimos 10 anos é marcado pelo agravamento das patologias habituais e emergentes nomeadamente o paludismo, as doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas, o VIH/SIDA e sua associação com a TB, etc. Por outro lado, tem-se assistido a um ciclo quase estabelecido de epidemias de cólera, sarampo e meningites.

Existem poucas ou quase nenhuma informações sobre a situação do país em relação às doenças crónicas não transmissíveis. Mas, tal como em muitos outros países africanos, as doenças cardiovasculares (DCV) e cerebrovasculares, a diabetes mellitus e outras doenças crónicas não transmissíveis, como os cancros e as cataratas são cada vez mais frequentes, conduzindo a inúmeras perdas de vida ou à invalidez.

Apesar do actual sistema de vigilância epidemiológica estar sob a coordenação de uma única estrutura – DHE – ele é ainda muito pouco performante por não estar à altura de detectar, precocemente, situações de epidemias e consequentemente ajudar na preparação e adequação das respostas da saúde pública a tais situações atempadamente. Por outro lado, não existe uma verdadeira rede de laboratórios no país de apoio a vigilância epidemiológica.

A gestão de situações de emergência nunca foi objecto de uma planificação no país. Aliás, não há mesmo uma estrutura conhecida responsável pela protecção da população em caso de crises. O Ministério da Saúde Pública tem recorrido a comissões interministeriais pontuais, como forma de envolver os diferentes parceiros, dependendo do tipo de situação de crise, para organizar e gerir a luta contra as constantes epidemias no país. Essas comissões deixam de existir logo que a situação é dada por controlada.

Além de referenciadas situações epidémicas, houve vários casos de situações susceptíveis de intervenções de emergências organizadas com estruturas e instrumentos apropriados. Pode apontar-se o caso de conflito político e militar de 7 de Junho de 1998, o conflito de Casamance que originou a crise de São Domingos, a entrada no país de refugiados de outros países da sub-região em conflito, etc.

RESULTADOS A ALCANÇAR COM ESTE EIXO ESTRATÉGICO

A prevenção e combate às doenças (transmissíveis e não transmissíveis) são muito complexas, por estas apresentarem várias dimensões, requerendo por conseguinte uma abordagem multidisciplinar e intersectorial que implica um bom conhecimento da sua epidemiologia: requer portanto uma vigilância epidemiológica bem organizada e funcional.

Com este eixo estratégico pretende-se garantir o reforço de todo o sistema nacional de vigilância das doenças. Mas ele exige uma abordagem integrada em todo o processo de recolha, análise, interpretação e utilização dos dados e na divulgação das informações destinadas a suportar a tomada de decisões e orientar as intervenções em saúde pública. A abordagem prevê a integração das actividades de vigilância em todos os níveis incluindo a formação, a supervisão e os recursos financeiros e materiais oriundos de todos os programas e doadores.

O planeamento de prevenção e gestão de situações de crises será uma das prioridades na implementação do PNDS logo no seu primeiro ano de implementação e insistir na estrutura que responda por um Sistema de Protecção Civil Nacional que integrará a componente sanitária.

Quadro 22. Quadro sinóptico dos resultados a esperar com a vigilância integrada das doenças e de situações de emergência

Resultados esperados	Indicadores de avaliação/seguimento
Uma vigilância epidemiológica integrada das doenças reforçada e operacional a todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde onde relevante e através de mecanismos sentinela sempre que possível	Reformulação do SVE
	Pelo menos, 80% dos relatórios semanais e mensais de VE são enviados em tempo útil
	Pelo menos, 85% das áreas sanitárias enviam atempadamente os relatórios de notificação de casos de doenças prioritárias em tempo útil
	Pelo menos, 50% das estruturas privadas com atendimento superior a 10 consultas curativas diárias sejam envolvidas no sistema de alerta
Um sistema de alerta precoce às doenças de potencial epidémico melhorado e funcional a todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde	Proporção de situações de epidemias detectada e notificada precocemente em função dos limiares estabelecidos
	Proporção de surtos epidémicos investigados com relatórios de investigação em todas as regiões sanitárias
	Nº das RS com condições mínimas para colher, conservar e enviar amostras de casos suspeitos para a confirmação laboratorial
	Proporção de casos de epidemias registadas que foi confirmada pelo LNSP em tempo útil
Um serviço nacional de saúde devidamente preparado e capaz de prevenir e gerir as intervenções da saúde pública requeridas em situações de crises	Disponibilidade do Plano de prevenção e gestão das crises
	Taxas de ataque e/ou mortalidade em situações de crises
	Proporção de eventos potenciais de provocar situações de emergência detectada atempadamente

CINCO ESTRATÉGIAS

Para a consecução dos resultados acima identificados as estratégias contempladas incluem:

1. Reforço do sistema de vigilância epidemiológica (VE) introduzindo o protocolo de Vigilância Sentinela de segunda geração para as IST/VIH/SIDA;
2. Desenvolvimento de um sistema de alerta precoce (SAP) às doenças de potencial epidémico;
3. Instalação de uma equipa de intervenção rápida e gestão de epidemias e desastres naturais;
4. Reforço da capacidade operacional do LNSP;
5. Definição do perfil epidemiológico do país em relação às doenças não transmissíveis prioritárias.

As actividades previstas no âmbito de cada uma das estratégias estão incluídas no quadro 23 e os indicadores e metas de monitorização no anexo 6.

Quadro 23. Vigilância integrada das doenças e situações de emergência

Estratégias	Actividades	Anos de implementação									
		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Reforço do sistema de vigilância epidemiológica (VE) introduzindo o protocolo de Vigilância Sentinela de segunda geração para as IST/VIH/SIDA	Repensar a inserção institucional do SVE no INASA										
	Identificar estruturas sentinelas para a vigilância das doenças transmissíveis e não transmissíveis (2 postos para cada região)										
	Alargar as actividades de vigilância no domínio das IST, acidentes por exposição ao sangue, dadores de sangue										
	Fornecer relatórios periódicos de vigilância epidemiológica de VIH/SIDA, IST, TB e outras doenças										
	Produzir e disseminar os instrumentos de colheita de dados sobre a vigilância										
	Disseminar as informações de VE (boletins epidemiológicos)										
	Organizar supervisões estruturadas e periódicas										
	Realizar um Inquérito Demográfico Sanitário e vigilância biológica do VIH (IDS+)										
Desenvolvimento de um sistema de alerta precoce (SAP) às doenças de potencial epidémico	Actualizar/adaptar o guia técnico e os módulos de VID sobre a definição de casos										
	Formar/reciclar os técnicos na utilização do guia e dos módulos										
	Disponibilizar os instrumentos de registos e fichas de notificação de casos a todas as ES incluindo privadas										
	Reciclar todos técnicos de prestação de cuidados nas ES na definição de casos e utilização correcta dos instrumentos de registos, de notificação de casos e colecta de dados.										
	Formar pelo menos 2 técnicos em cada RS na epidemiologia aplicada										
	Formar 2 técnicos do LNSP e 1 técnico em cada HR no diagnóstico laboratorial das doenças epidémicas										
	Actualizar anualmente os limiares de intervenção de cada doença por RS										
	Garantir o apoio técnico da equipa central a investigação de casos suspeitos nas regiões										
	Dotar as ES de difícil acesso de meios de comunicação adequados (Radio VHF)										
	Instalar Internet nas RS onde é possível										
	Dotar os pontos focais regionais de VE de uma motorizada (11)										
	Dotar todos os pontos focais de VE de computadores portáteis (11) e acessórios para trabalhos de campo										
	Dotar as regiões de capacidades laboratoriais para o diagnóstico rápido de casos suspeitos de doenças prioritárias										
	Garantir o apoio logístico (combustível e lubrificantes) para o envio de amostras										
Instalação de uma equipa de intervenção rápida e gestão de epidemias e desastres	Redigir os TDR e a orgânica da equipa de vigilância e intervenção rápida										
	Oficializar, através de despacho ministerial, as comissões de vigilância e resposta às epidemias para os níveis central e regional										
	Organizar as avaliações anuais das actividades de prevenção e intervenção rápida em situações de emergência										
	Adoptar o guia de supervisão das actividades de VE										

Estratégias	Actividades	Anos de implementação									
		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
naturais	Assegurar a supervisão regular a todos os níveis do sistema										
	Sensibilizar os membros dos comités de gestão de IB e ASC/Matronas sobre a importância de sua participação nas actividades de VE										
	Elaborar manuais de VE a base comunitária										
	Formar os pontos focais, ASC/Matronas e membros do comité de gestão de IB na identificação de casos de doenças epidémicas										
	Criar um fundo de reembolso/compensação aos mensageiros comunitários na comunicação de casos suspeitos de doenças prioritárias										
	Actualizar anualmente o perfil epidemiológico de cada região										
	Assegurar stock permanente de kits de segurança										
	Garantir um fundo de resposta rápida facilmente mobilizável										
	Fazer advocacia junto dos órgãos da decisão sobre a necessidade de transferir o fundo de emergência para uma conta própria de epidemias no início da execução de cada OGE										
	Sensibilizar os membros das ONG, ABC, instituições religiosas, comunicação social, cruz vermelha e outros sobre a importância do seu envolvimento na informação da população										
	Estabelecer acordos de parceria sobre a informação e difusão de mensagens de prevenção nos órgãos de comunicação social nacional e comunitários										
	Elaborar, difundir promover aplicação de protocolos de tratamento de casos de doenças com potencial epidémico e de actuação em situações de crises										
	Assegurar o pagamento de horas extras										
Reforço da capacidade operacional do LNSP	Dotar o LNSP de equipamentos necessários às actividades de VE e pesquisa em saúde										
	Criar a rede nacional de laboratórios para uma melhor coordenação das actividades de VE										
	Aprovisionar em reagentes, materiais e consumíveis para o LNSP										
	Formar o pessoal técnico dos laboratórios										
	Fazer o seguimento laboratorial da tendência microbiológica e parasitológica das IO										
	Assegurar o controlo de qualidade externa das actividades do LNSP										
	Estabelecer protocolos de parcerias com laboratórios de referência internacional (pelo menos 3 laboratórios)										
Definição do perfil epidemiológico das DNT prioritárias	Garantir equipamentos, materiais e reagentes para o diagnóstico e confirmação das epidemias no país										
	Organizar um estudo nacional de prevalência das doenças não transmissíveis										
	Definir as prioridades de vigilância epidemiológica na área das doenças não transmissíveis										
	Incluir, nos instrumentos de registos e de recolha de informações sanitárias, casos de doenças não transmissíveis prioritárias										

8.2.2. COLABORAÇÃO INTERSECTORIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE

PRINCIPAIS DIFICULDADES A ULTRAPASSAR

Uma estratégia de saúde responsabiliza os seus cidadãos apoiando a adopção de comportamentos salutogénicos. Pela sua dificuldade este eixo estratégico é frequentemente esquecido ou mal implementado.

Esta dificuldade resulta em parte do confronto entre o conteúdo científico e o pensamento julgado tradicionalmente. Para fazer face a esta situação que, se não for corrigida, influirá negativamente no impacto das intervenções associadas com os outros eixos estratégicos, a promoção da saúde tem de ser pensada de uma forma abrangente, no âmbito de estratégias globais de comunicação social para a promoção da saúde como instrumento para enfrentar o complexo, difícil e enorme desafio de influenciar, positivamente, todo um conjunto de processos sociais a fim de proporcionar mudanças nas normas de conduta, derrubar preconceitos, activar movimentos sociais e reforçar políticas públicas.

Assim sendo, a área de promoção da saúde deve estar em estreita relação com outros sectores governamentais e privados, a saber INEP, INEC, Instituto da Juventude, IMC, etc., como de instituições internacionais, de cooperação bilateral e Agências das Nações Unidas, com realce para a OMS, UNICEF, UNFPA, entre outras, o que necessita de uma forte capacidade de liderança e coordenação, que nem sempre tem existido.

RESULTADOS A ALCANÇAR COM ESTE EIXO ESTRATÉGICO

Nos pressupostos descrevemos quanto seria necessário o comprometimento de outros sectores para o sucesso do PNDS. O MINSAP terá necessariamente de estabelecer relações funcionais com base nos objectivos e metas anuais com outros sectores – entidades públicas ou privadas – cujas intervenções influenciam de forma determinante o estado de saúde da população. É o caso dos sectores da água e saneamento, da agricultura e segurança alimentar, da educação, da juventude, dos transportes e das construções e urbanismo.

A nível da parceria intra-sectorial é de esperar que ela seja estabelecida com os programas e projectos do MINSAP. Neste sentido, devem ser criados mecanismos idóneos de colaboração que viabilizem uma implementação integrada de normas oriundas de pólos programáticos diferentes.

Quadro 24. Quadro sinóptico dos resultados a esperar com a promoção da saúde e colaboração intersectorial

Resultados esperados	Indicadores de avaliação/seguimento
Aumenta a procura e utilização dos serviços de saúde preventiva	Proporção de grávidas que procuram serviços de CPN
	Proporção de partos assistidos por pessoal de saúde
	Proporção de MIF utilizando métodos contraceptivos
	Proporção de crianças completamente vacinadas em idade de 1 ano
Melhora o nível de conhecimento, em matéria de saúde, no seio dos grupos alvos prioritários	Proporção de jovens, 15 – 24 anos que conhecem três vias da transmissão do VIH
	Proporção das MIF que identificam correctamente os benefícios do PF
	Proporção de mães que conhece as formas de tratamento de casos de diarreias nas crianças a nível das comunidades
	Proporção da população que identificam sinais e sintomas de doenças epidémicas prioritárias
As famílias e comunidades abandonam práticas e comportamentos prejudiciais a saúde	Proporção de jovens solteiros, 15 – 24 anos, que declaram ter utilizado o preservativo na última relação sexual
	Proporção de grávidas que aderem ao PTV
	Proporção de grávidas e crianças <5 anos dormindo sob um MII

Resultados esperados	Indicadores de avaliação/seguimento
	Proporção de agregados familiares que constroem e usam latrinas nos meios rurais
	Proporção de agregados familiares que dão tratamento correcto a água de consumo
	Proporção de casos de doenças infantis tratada correctamente a nível das comunidades conforme as normas da AIDI comunitário
	Proporção das mães que faz o aleitamento exclusivo durante os 6 primeiros meses
	Proporção de MIF com a MGF

SEIS ESTRATÉGIAS

Para a consecução dos resultados acima identificados as estratégias contempladas incluem:

1. Elaboração e disseminação de uma política e estratégia de comunicação para a saúde;
2. Segurança alimentar;
3. Promover a higiene nos lares;
4. Aprender em ambientes saudáveis;
5. Trabalhar em lugares seguros;
6. Promover comportamentos responsáveis.

As actividades previstas no âmbito de cada uma das estratégias estão incluídas no quadro 25 e os indicadores e metas de monitorização no anexo 6.

Quadro 25. Promoção da saúde e colaboração intersectorial

Estratégias	Actividades	Anos de implementação				
		Ano 1	Ano 2	Ano 3	Ano 4	Ano 5
Resultados esperados: 1. Maior procura e utilização dos serviços de saúde preventiva; 2. Melhoria do nível de conhecimentos e comportamentos em matéria de saúde no seio dos grupos alvos prioritários; 3. As famílias e comunidades abandonam práticas e comportamentos prejudiciais a saúde						
Elaboração e disseminação de uma política e estratégia de comunicação para a saúde	Reforçar a capacidade institucional da DIECS					
	Elaborar um documento de estratégia nacional de promoção da saúde					
	Implementar o plano estratégico de comunicação e promoção da saúde					
	Monitorar e avaliar a implementação das actividades intersectoriais					
	Realizar campanhas de massa de informação em matéria de saúde nos grandes eventos nacionais					
	Negociar acesso subvencionado aos meios de comunicação de massa (públicos, privados e comunitários)					
	Formar jornalistas da saúde nos conteúdos de promoção da saúde e adopção de comportamentos saudáveis					
	Formar os profissionais de saúde em matéria de comunicação para a mudança de comportamento					
	Reactivar a realização diária de sessões matinais de informações em matéria de saúde aos utentes de todas as estruturas de prestação de cuidados					
Segurança alimentar	Política de preços					
	Promover a iodização e utilização do sal iodado					
	Suplementação de crianças e MIF com micronutrientes					
	Promover a prática de aleitamento materno exclusivo no seio das comunidades					
	Promover alimentação saudável e suplementação a pessoas vivendo com VIH/SIDA					
	Integrar os serviços de reabilitação nutricional nos centros de cuidados primários de saúde					
Promover a higiene nos lares	Acesso a água potável					
	Promover as práticas de construção e uso de latrinas e sanitas					
	Tratamento e recolha dos resíduos líquidos e sólidos nos lares					
	Promover o uso das redes impregnadas nos lares					
	Boas práticas em relação ao armazenamento e uso de substâncias tóxicas					
	Prevenção de queimados					
Aprender em ambientes saudáveis	Biossegurança dos estudantes de ciências da saúde					
	Abertura do programa de saúde escolar					
Trabalhar em lugares seguros	Biossegurança dos trabalhadores de saúde e toda a função pública					
Promover comportamentos responsáveis	Combate ao uso de tabaco, drogas e álcool					
	Promover as medidas de condução segura					
	Promover comportamentos e práticas sexuais seguros					

8.2.3. MONITORIZAÇÃO & AVALIAÇÃO E PROMOÇÃO DA PESQUISA OPERACIONAL

PRINCIPAIS DIFICULDADES A ULTRAPASSAR

Um dos aspectos mais fracos na implementação do PNDS I foi a ausência de um sistema operacional de monitorização e avaliação das actividades em diversas fases do processo. Desde 1992, o Ministério da Saúde tem tentado implementar, pelo menos, um sistema de informação sanitária capaz de centralizar todas as informações de diferentes fontes dentro do próprio ministério. Assim foi criada a Direcção de Higiene e Epidemiologia (DHE) com a missão de organizar o sistema de informação sanitária. Até 1997, foi constatado que o sistema não existia uma vez que esta Direcção só se ocupava da vigilância epidemiológica das doenças de notificação obrigatória. Foi então proposta a criação de uma direcção de estatística e informação sanitária a fim de albergar informações de *inputs*, de processo, de resultados, de efeitos e, finalmente, de impactos a partir de diferentes subsistemas: vigilância epidemiológica, RH, administração e finanças, património e logística, etc. Passaram mais 10 anos e o Ministério da Saúde Pública continua com enormes dificuldades de obter informações necessárias a um bom seguimento da implementação do PNDS e resultado das intervenções levadas a cabo. Entre 2006 e 2007, a pressão da necessidade de informações que permitam medir o impacto dos financiamentos à implementação do PNDS, levou o Banco Mundial (um dos dois únicos financiadores directos do PNDS) a recorrer a contratualização de serviço ao Projecto de Saúde de Bandim para a produção de indicadores nestes dois anos.

O reconhecimento da importância da pesquisa no sistema de saúde data dos anos 70, quando o então Comissariado de Estado de Saúde e Assuntos Sociais solicitou a pesquisa em matéria de nutrição e mortalidade de crianças por sarampo que gerou o actual Projecto de Saúde de Bandim. São várias as pesquisas já realizadas por esta instituição com mais de 6.000 artigos publicados em quase todas as revistas científicas do mundo. Mas estes estudos, além de serem poucos utilizados nas políticas de saúde no país, são praticamente desconhecidos a nível nacional.

RESULTADOS A ALCANÇAR COM ESTE EIXO ESTRATÉGICO

Os indicadores de desempenho são medidas de factores de produção, processos, produtos, resultados e impactos relacionados com projectos, programas ou estratégias de desenvolvimento. Quando são apoiados por uma análise e relatório sólidos dos dados recolhidos adequadamente, os indicadores permitem que os gestores detectem o progresso registado, demonstrem os resultados e tomem medidas correctivas para melhorar a prestação do serviço. Por isso, a participação dos principais interessados na definição dos indicadores é importante porque é mais provável que compreendam e utilizem os indicadores para tomarem decisões de gestão.

Está em curso a criação do Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) cuja missão será de gerar, absorver e difundir conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde com a finalidade de proporcionar subsídios informacionais, táticos e estratégicos necessários para a tomada de decisões no âmbito do sistema nacional de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população e para o exercício pleno da Cidadania.

Está também em curso o programa de cooperação e apoio do *Health Metrics Network* (HMN) para o desenvolvimento do sistema nacional de informação sanitária. Neste momento está-se a proceder a avaliação do actual sistema de informação sanitária com vista à elaboração de um plano estratégico para o seu desenvolvimento com fortes probabilidades de obter apoio tanto técnico como financeiro dessa rede. O sistema de estatísticas vitais não funciona. Daí é necessário reforçar e desenvolver a capacidade de

produção de informações tanto de processo como de impacto das intervenções do Serviço Nacional de Saúde como de outros sectores do Sistema Nacional de Saúde.

A intenção final das intervenções na área de M&A e promoção de pesquisa operacional em matéria de saúde é de consolidar o sistema nacional de informação sanitária de modo a dispor, atempadamente, de informações completas e fiáveis sobre a dinâmica e o impacto de todo o processo de investimentos, de prestação de cuidados, dos dados epidemiológicos, comportamentais e socioculturais de modo a permitir uma melhor orientação das intervenções e repartição racional dos recursos mobilizados.

O sistema de M&A deverá poder assegurar, através dos órgãos competentes e mecanismos claramente definidos, a pilotagem integrada e participativa do processo de colecta, tratamento, análise e difusão de informações de qualidade a cada nível do serviço nacional de saúde, com vista a guiar e reorientar o processo de priorização das estratégias e acções e tomadas de decisões mais adequadas, tanto de ordem técnica como político-administrativa.

Quadro 26. Quadro sinóptico dos resultados a esperar com Monitorização & avaliação e promoção da pesquisa operacional

Resultados esperados	Indicadores de avaliação/seguimento
Informações completas e fiáveis sobre a dinâmica e o impacto de todo o processo de investimentos, de prestação de cuidados, dos dados epidemiológicos, comportamentais e socioculturais são sistematicamente analisados e utilizados na tomada de decisões técnicas e político-administrativas	Nº de sessões científicas pública de apresentação dos resultados de pesquisas em saúde
	Nº de boletins epidemiológicos produzidos por ano com informações sobre o perfil de saúde no país
	Nº de anuários estatísticos produzidos no período
	Quadro de pessoal de saúde actualizado e disponível
	Nº de Relatórios de contas nacionais de saúde durante o período
	Nº de actos políticos, administrativos e orientações técnicas assumidos com base em informações sanitárias

CINCO ESTRATÉGIAS

Para a consecução dos resultados acima identificados as estratégias contempladas incluem:

1. Implementação do manual de seguimento e avaliação;
2. Reforço de capacidade do sistema nacional de informação sanitária;
3. Melhoria da capacidade das instituições nacionais no domínio da pesquisa operacional;
4. Desenvolvimento da parceria com as instituições de pesquisa;
5. Criação do INASA como instituição de coordenação de toda a actividade de pesquisa em matéria de saúde;

As actividades previstas no âmbito de cada uma das estratégias estão incluídas no quadro 27 e os indicadores e metas de monitorização no anexo 6.

Quadro 27. Monitorização & avaliação e promoção da pesquisa operacional

Estratégias	Actividades	Anos de implementação									
		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Implementação do manual de seguimento e avaliação	Elaborar o manual de S&A										
	Criar um fórum de concertação regular entre a unidade central de coordenação do S&A e todos os outros interessados no PNDS										
	Assegurar assistência técnica especializada periódica durante os 2 primeiros anos										
Reforço de capacidade do sistema nacional de informação sanitária	Actualizar a lista de indicadores em função do pacote de cuidados essenciais e de referência incluindo a promoção da saúde										
	Rever os instrumentos de registos e recolha de informações										
	Proceder à revisão da metodologia de recolha e análise dos dados										
	Recrutar/Afectar um gestor de dados qualificado										
	Dotar as estruturas de instrumentos de colheita e de gestão de dados (fichas de notificação e recolha de dados, material informático e consumíveis)										
	Formar o pessoal das estruturas de prestação de cuidados sobre a utilização dos instrumentos de colheita e gestão de dados										
	Produzir regularmente os boletins de informação sanitária de qualidade (de natureza epidemiológica, organização dos serviços, situação financeira e de RH)										
Melhoria da capacidade das instituições nacionais no domínio da pesquisa operacional	Definir a política nacional de pesquisa em matéria de ITS/VIH/SIDA										
	Reforçar a capacidade técnica nacional em matéria de pesquisa operacional (formação de quadros nacionais)										
	Criação do instituto nacional que coordene a pesquisa em saúde no País										
	Assegurar a realização de estudos sobre o impacto das intervenções da saúde pública										
	Assegurar a realização dos projectos de pesquisa epidemiológica e operacional										
	Organizar, em cada dois anos, as sessões de disseminação e divulgação dos resultados de pesquisas em saúde (VIH/SIDA, paludismo, TB, outras doenças prioritárias e não transmissíveis), promoção de boas										

Estratégias	Actividades	Anos de implementação									
		8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	práticas e experiências nacional e internacional										
	Organizar estudos de vigilância serológica e comportamental junto dos grupos vulneráveis prioritários (crianças <5 anos, Grávidas e MIF, adolescentes e jovens, profissionais de sexo, pessoas em uniformes, condutores, marinheiros, etc.)										
	Criar/apoiar coortes de seguimento longitudinal a fim de determinar a incidência anual da infecção pelo VIH (profissionais de sexo, pessoal em uniformes);										
Desenvolvimento da parceria com as instituições de pesquisa	Elaborar os TDR										
	Realizar o estudo sobre o impacto do VIH/SIDA sobre os sectores por uma instituição competente										
	Atelier nacional de disseminação dos resultados										
Criação do INASA como instituição de coordenação de toda a actividade de pesquisa em matéria de saúde	Decretar a criação do INASA										
	Implementar um plano nacional de desenvolvimento da pesquisa em matéria de saúde										

8.2.4. DESENVOLVIMENTO DE CUIDADOS ESSENCIAIS E DE REFERÊNCIA PRINCIPAIS DIFICULDADES A ULTRAPASSAR

Os serviços de saúde, tanto de primeiro contacto como os de referência, continuam a não assegurar cuidados de qualidade (globais, contínuos e integrados) e acessíveis a todos, apesar das melhorias registadas em alguns indicadores. Os problemas constantemente registados tais como a falta de infra-estruturas e de equipamentos essenciais em condições adequadas; a falta de recursos humanos em quantidade e qualificação necessária assim como a gestão inadequada dos que estão a disposição do sistema; precárias condições de vias de comunicação e de meios de transporte têm contribuído muito significativamente para a indisponibilidade dos cuidados para a população sobretudo a mais vulnerável e na má qualidade dos cuidados disponibilizados.

Morrem 7% das grávidas com complicações obstétricas nas estruturas de prestação de cuidados contra 1% tolerado. Menos de 30% das grávidas conseguem ter assistência especializada no momento do parto. Ainda menos de 70% das crianças completam as vacinas em idade infantil.

Este eixo responde à necessidade de corrigir falhas no funcionamento do SNS, da organização da rede dos cuidados, da qualidade dos serviços e do atendimento assim como de prestadores não governamentais que limitam o acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde que necessitam, e que contribuem para a baixa procura e utilização dos mesmos por parte da população.

O facto de colocar este eixo estratégico na segunda fase do PNDS, demonstra o reconhecimento que se tem da necessidade de reforçar a capacidade do Serviço Nacional de Saúde como condição básica para a garantia de cuidados de qualidade a população.

RESULTADOS A ALCANÇAR COM ESTE EIXO ESTRATÉGICO

Todos os eixos estratégicos desenvolvidos na primeira fase são considerados estratégias alicerces necessárias para a concretização da tão desejada mudança na prestação de cuidados.

Os cuidados de saúde serão oferecidos em igual proporção e qualidade em todo o território nacional de uma forma gradual e prioritariamente em função da cobertura da rede dos serviços de cuidados e das necessidades expressas pela população. O sistema de referência e contra-referência será operacionalizado. Com uma nova configuração do mapa sanitário definido, os centros de saúde, como estruturas de primeiro contacto, terão atenção devida em termos pessoal qualificado e equipamentos adequados para atender os casos que fazem recurso a esses serviços.

Da parte organizacional, o papel de referência será redefinido e redinamizado. Os centros de saúde devem ser realmente estruturas de primeiro contacto. O pacote de cuidados essenciais para cada nível será objecto de formação/reciclagem de todos os técnicos a nível das estruturas de cuidados primários de saúde. Os hospitais regionais são considerados estruturas cruciais na nova abordagem dos cuidados. Deverão ser capazes de resolver mais de 80% dos problemas de saúde a nível das regiões como estruturas de primeira referência para os centros de saúde. A abertura de casa de mãe junto dos hospitais regionais e outros centros de referência regional, irá permitir reduzir significativamente as mortes maternas por complicações obstétricas, sobretudo as previsíveis.

As regiões como Bissau, Biombo, Bolama e Bijagós, que provavelmente continuarão durante este período sem hospitais regionais, terão pessoal diferenciado nos principais centros de saúde para receber e resolver uma boa parte de problemas de saúde.

A contratualização será alargada às estruturas mais procuradas sem por isso perder de vista a função do Serviço Nacional de Saúde de assegurar acesso aos cuidados a toda população e mesmo gratuito quando preciso for.

Em todo esse processo as ordens dos profissionais de saúde (médicos e paramédicos) terão um papel importante a jogar enquanto parceiros incontornáveis do MINSAP na garantia de acesso aos cuidados de qualidade para a população.

Quadro 28. Quadro lógico de resultados a esperar com a implementação do eixo estratégico 5

Objectivos	Indicadores de avaliação
Garantir, nos próximos 5 anos, um maior acesso ao pacote de cuidados essenciais e de referência de qualidade a todos os níveis do serviço nacional de saúde dando uma atenção especial às zonas e populações mais pobres e mais vulneráveis	Cobertura vacinal % de partos institucionalizados Cobertura com os cuidados pré-natais Proporção de crianças nascidas de mães VIH+ que são infectada Proporção de casos de SIDA sob TARV Proporção de casos de TB que completam o tratamento DOT Proporção de casos de paludismo (simples ou graves) tratados conforme o protocolo nacional ...

DOZE ESTRATÉGIAS

Para a consecução dos resultados acima identificados as estratégias contempladas incluem:

1. Redesenvolvimento do mapa sanitário;
2. Priorização das áreas sanitárias de acordo com critérios de cobertura e de acesso;
3. Desenvolver estratégias locais de saúde;
4. Redefinição de pacotes mínimos de actividades (PMA) para todos os níveis de cuidados;
5. Contratualização da prestação de PMA com actores não governamentais;
6. Desenvolvimento de normas clínicas par as actividades dos PMA;
7. Desenvolvimento dos serviços complementares de diagnóstico;
8. Desenvolvimento de bancos de sangue em condições de biossegurança;
9. Definição de redes de referenciação entre unidades sanitárias do sistema nacional de saúde;
10. Revisão da política de evacuações;
11. Definição e implementação de normas mínimas para licenciamento de unidades sanitárias não estatais;
12. Rever e definir a política do medicamento.

As actividades previstas no âmbito de cada uma das estratégias estão incluídas no quadro 29 e os indicadores e metas de monitorização no anexo 6.

Quadro 29. Estratégias e pacotes de actividades para Desenvolvimento de Cuidados Essenciais e de Referência

Estratégias	Pacotes de actividades previstas	Ano de execução										Responsável
		08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	
Redesenvolvimento do mapa sanitário	Actualizar as informações demográficas em todas as actuais áreas sanitárias											
	Redefinir critérios de acessibilidade geográfica em função das localidades											
	Construir novo mapa sanitário em função dos critérios adoptados											
	Avaliar a acessibilidade geográfica da população por região sanitária											
Priorização das áreas sanitárias de acordo com critérios de cobertura e de acesso												
Desenvolver estratégias locais de saúde (ELS)	Divulgação do PNDS II											
	Oficinas de trabalho com DRS e responsáveis pelas SA prioritárias para elaboração da ELS											
	Aprovação e implementação											
Redefinição de pacotes mínimos de actividades (PMA) para todos os níveis de cuidados	Redefinição, aprovação e implementação ao nível dos centros de saúde e estratégia avançada											
	Redefinição, aprovação e implementação ao nível dos hospitais regionais											
	Redefinição, aprovação e implementação ao nível dos centros de referência nacionais											
Desenvolvimento de normas clínicas par as actividades dos PMA	Para o nível dos centros de saúde e estratégia avançada											
	Para o nível dos hospitais regionais											
	Para o nível dos centros de referência nacionais											
Contratualização da prestação de PMA com actores não governamentais	Formação dos funcionários do MINSAP em contratualização											
	Divulgação da intenção de contratualização e convite à participação em concursos públicos											
	Assinatura de contratos											
	Implementação e monitorização											
Desenvolvimento dos serviços complementares de diagnóstico	Definição dos SCD para cada nível de cuidados											
	Criação das condições técnicas, infra-estruturais, humanas e regulamentares para a implementação											
	Implementação e monitorização											
Desenvolvimento de bancos de sangue (BS) em condições de biossegurança	Aprovação da política nacional do sangue e seus derivados											
	Reestruturação e regulamentação do Programa Nacional de Sangue											
	Reforço das capacidades materiais e humanos dos serviços de Transfusão Sanguínea											
	Promoção da doação voluntária não remunerável de sangue.											
	Desenvolvimento e implementação duma Política Nacional de Gestão de Qualidade.											
	Promoção do uso racional de sangue e seus derivados associados a um programa nacional de prevenção das anemias											

Estratégias	Pacotes de actividades previstas	Ano de execução										Responsável
		08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	
Definição de redes de referenciação entre unidades sanitárias do sistema nacional de saúde	Referenciação obstétrica											
	Referenciação cirúrgica											
	Referenciação para saúde infantil											
	Referenciação oncológica											
	Referenciação para saúde mental											
	Referenciação para doenças transmissíveis											
Revisão da política de evacuações	Definição do perfil do doente evacuado											
	Estudo económico das evacuações para Portugal											
	Proposta de abordagens alternativas aos problemas para os quais não há resposta no SNS											
	Discussão com os parceiros, nomeadamente cooperação Portuguesa											
	Revisão dos acordos											
	Implementação											
Definição e implementação de normas mínimas para licenciamento de unidades sanitárias não estatais	Desenvolver legislação sobre licenciamento de unidades sanitárias											<i>Inspecção-geral</i>
	Regulamentar essa mesma legislação											<i>Inspecção-geral</i>
	Licenciamento de todas a unidades sanitárias existentes nos sectores não governamentais											<i>Ordem dos médicos</i>
	Implementação dos novos regulamentos a novas unidades sanitárias											<i>Ordem dos médicos</i>
Rever e definir a política do medicamento	Finalizar e aprovar a política farmacêutica nacional											
	Actualizar a Legislação Farmacêutica;											
	Criar a Comissão Nacional de Farmácias e do Medicamento											
	Rever a política de medicamentos essenciais e produtos farmacêuticos essenciais;											
	Implementar uma política de genéricos											
	Melhorar o aprovisionamento em medicamentos e produtos farmacêuticos essenciais.											
	Velar pela redução do custo de medicamentos.											
	Definir a gratuitidade de medicamentos para as grandes prioridades nacionais											
	Tornar operacional o sistema de fiscalização e inspecção farmacêuticas											
	Promover o uso racional de medicamentos essenciais genéricos nos sectores público e privado, através da Informação, Educação e Comunicação dirigida aos prescritores, dispensadores e consumidores.											
	Implementar um sistema eficaz de garantia da qualidade dos medicamentos.											
	Implementar um sistema de informação farmacêutica e de farmacovigilância.											
	Assegurar o desenvolvimento da produção local de medicamentos essenciais e outros produtos farmacêuticos.											
	Promover o desenvolvimento da pesquisa aplicada em medicamentos e produtos tradicionais.											

PARTE C: IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DO PNDS II

Para a implementação bem sucedida do PNDS II são necessários mecanismos de acompanhamento, de cativação de recursos, de diálogo e de revisão do quadro de referência legal.

9. MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO

9.1. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Será reactivado, até Dezembro de 2008, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) para, além de servir do órgão de coordenação da colaboração inter-sectorial para a saúde, fazer o acompanhamento da implementação e dos resultados do PNDS II. Os membros desse órgão, em representação das instituições de origem, serão nomeados por um período de cinco anos.

O CNS funcionará por mecanismos de influência de acordo com um regulamento aprovado pelo Conselho de Ministros. Será coordenado pelo Ministro da Saúde e integrará, como membros de pleno direito, representantes de outros ministérios (Educação; Recursos Naturais e Ambiente; Agricultura, Floresta e Caça; Solidariedade e Luta contra Pobreza; Administração Pública; Finanças e Economia), da sociedade civil e de parceiros (bilaterais e multilaterais). Deverá haver um equilíbrio entre o número de dirigente do sector público por um lado e da sociedade civil e parceiros por outro.

Para a composição desse órgão, deverá ser tomado em conta os mecanismos de coordenação de parceria actualmente existentes, tentar conciliar os diferentes interesses e definir um órgão único para servir do espaço privilegiado para todas as questões ligadas com a saúde. Refere-se ao Conselho Nacional de Luta contra SIDA, CCM no quadro do Fundo Mundial, do CCIA para a GAVI e Comité de Coordenação de SR.

O CNS reunirá semestralmente, para analisar e aprovar planos anuais com metas e indicadores de seguimento claramente definidos, receber, do Comité de Gestão, relatório anual estruturado analiticamente sobre a execução do PNDS assim como outros relatórios relevantes. Terá a capacidade de requerer dados para monitorar a evolução dos indicadores associados às metas do Plano e acesso aos planos anuais das diferentes instituições e de outras comissões sob a coordenação do Ministério da Saúde Pública.

Nas reuniões do CNS serão os Directores-Gerais/Secretário-Geral que servirão de vogais, responsáveis pela apresentação dos planos e relatórios referentes ao período. Nessas reuniões poderão estar presentes, ou na categoria de observadores permanentes, ou como convidados, outros dirigentes do MINSAP a todos os níveis.

Será, depois de ouvidos os vogais, obrigatório um parecer do CNS sobre:

- Planos anuais de acção das Regiões e das diferentes instituições e de outras comissões sob a coordenação do Ministério da Saúde Pública;
- Se a atribuição dos recursos, aberturas de vagas e desenvolvimento de actividades de formação contínua, e outras são consentâneas ou não com as prioridades do PNDS II.

Por último, o CNS deverá, de dois em dois anos (nos primeiros trimestres de 2010, 2012, 2014 e 2016), fazer recomendações ao Governo, quanto a eventuais correcções ao PNDS, no sentido de alcançar as metas traçadas ou de as corrigir.

9.2. COMITÉ DE GESTÃO DO PNDS

A estrutura de gestão do PNDS se chama Comité de Gestão e vai funcionar como um Secretariado Técnico do CNS. É o órgão técnico que assegura a monitorização e avaliação do PNDS. Deverá reunir mensalmente, podendo ser a primeira semana (terça-feira) de cada mês. Poderá também reunir extraordinariamente sempre que entender necessário. Os Directores Gerais e

Secretário-geral do Ministério, membros dirigentes do Comité de Gestão, servem de interlocutores entre este órgão e o Gabinete de Ministro da Saúde. Sempre que bem entender, o Ministro de Saúde pode convocar, assistir e dirigir a reunião do Comité de Gestão.

A sua composição poderá manter a da actual comissão técnica do PNDS que, além de Directores dos Serviços técnicos do Ministério da Saúde, conta no seu seio com representantes dos parceiros técnicos mais directamente ligados ao MINSAP (OMS, UNFPA e UNICEF) e um representante do Comité de Seguimento do DENARP. Estes seriam seus membros permanentes. Em função dos assuntos a serem discutidos, poderão ser convidadas outras individualidades.

As reuniões do Comité de Gestão constituem espaço concertação técnica no âmbito de seguimento da implementação do PNDS. Por isso, as suas deliberações são de carácter vinculativo. Apesar das dificuldades constatadas no seu funcionamento durante o período de implementação do PNDS I, considera-se crucial a sua manutenção para o actual PNDS. Deverá reforçar a sua missão de preparação dos pareceres técnicos sobre os planos operacionais e estratégicos das regiões, dos serviços centrais, dos programas e das instituições personalizadas, para além do parecer sobre os acordos de cooperação do Ministério da Saúde Pública.

O Secretário Geral e Directores Gerais – dirigentes do Comité de Gestão, serão responsáveis por coordenarem a elaboração de Planos Operacionais Específicos – incluindo objectivos, actividades, cronograma, direcção, departamento e repartição responsável, indicadores de processo, custos e fonte prevista dos financiamentos – para as regiões, as áreas sanitárias prioritárias, as unidades sanitárias e os programas nacionais.

9.3. CÉLULA DE COORDENAÇÃO E SEGUIMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PNDS

Sendo o Comité de Gestão do PNDS um órgão de concertação composto por responsáveis de diferentes serviços e programas, a estrutura permanente que assegure toda a coordenação e gestão do PNDS (planificações anuais e bienais, implementação das actividades, monitorização de todo o processo, avaliações técnicas e auditorias financeiras), a pleno tempo é Célula de Coordenação e Seguimento da Implementação do PNDS. É a estrutura responsável pela administração do dia-a-dia e pela contabilidade dos fundos de execução do PNDS. Aproveitando as fragilidades da Célula de Gestão do PNDS I, a nova estrutura será composta de forma diferente de modo a lhe atribuir uma maior visão estratégica da saúde em função dos objectivos prioritários e missão da saúde. Desta forma, na sua composição terá obrigatoriamente seguintes elementos básicos: (1) um coordenador da Célula – necessariamente um especialista em saúde pública e gestor dos sistemas de saúde; (2) um Responsável pela Planificação, Seguimento e Avaliação (3) um contabilista sénior. Esta estrutura será adequada a diferentes interesses em jogo e será responsável pela gestão de todos os recursos postos a disposição do MINSAP para a implementação do PNDS com todos os seus programas. Caberá ao CNS utilizar o seu espaço de concertação entre partes interessadas para negociar com todos os parceiros e articular os interesses de cada um a fim de fazer funcionar a Célula para que cada parceiro se encontre nela.

10. MECANISMOS DE PROGRAMAÇÃO

O PNDS é um documento de políticas e estratégias globais do Ministério da Saúde elaborado pelo nível central apesar de todo o processo participativo das regiões e mesmo estruturas de prestação de cuidados. Enquanto documento de estratégias globais, caberá aos serviços técnicos, programas centrais e, sobretudo, às Direcções Regionais de Saúde torná-lo documento operacional com planos anuais de actividades concretas que permitam alcançar objectivos globais traçados. Dessa forma, haverá ciclos de planificações (bienais e anuais).

Os objectivos globais são traçados para um período de 2008 – 2017. A sua implementação deve passar por duas fases: a primeira fase, é a fase de capacitação do serviço nacional de saúde e a segunda

fase trata-se de procurar ganhos em saúde. A implementação das actividades prioritárias para a primeira fase deve ser objecto de um plano específico que indica como vão ser feitos investimentos necessários a fim de dotar o serviço nacional de saúde de capacidades de que precisa para cumprir com sua missão. Aspectos como a governação, reforço das infra-estruturas e equipamentos de saúde, securização dos produtos farmacêuticos assim como desenvolvimento e valorização de recursos humanos da saúde são prioridades que devem ter toda a atenção dos dois primeiros biénios (2008 e 2010). Os planos bienais devem orientar a concentração das intervenções durante o período e serão objectos de uma avaliação final. É com base nesses planos que todas as outras estruturas do Ministério da Saúde devem fazer planificações de suas actividades anuais.

Dadas as diferenças específicas de cada região sanitária, estes devem, no decorrer do primeiro ano, dotar-se de planos estratégicos específicos mais adequados que levam em conta, as realidades próprias das regiões, os recursos e parcerias disponíveis, as características culturais e económicas da população maioritária sem por isso esquecer as mais vulneráveis. Estes planos deverão ser normatizados pelo nível central, contendo essencialmente as grandes linhas estratégicas mais propícias para o desenvolvimento sanitário regional. Metas específicas e bem claras devem ser definidas enquadrados nas metas definidas no PNDS. Estes planos servirão de orientação regional e serão objectos de avaliações regionais no fim de cada ciclo.

As programações anuais deverão iniciar e terminar entre Novembro e Dezembro de cada ano findo. Equipas de apoio, do nível central, serão enviadas para cada região sanitária a partir de segunda semana do mês de Novembro acompanhadas de informações e documentos necessários a elaboração dos Planos Regionais. Trata-se de informações relativas a disponibilidades de recursos a nível de diferentes programas de cooperação existentes, assim como eventuais recursos suplementares. As informações devem ser fornecidas periodicamente pela Célula de Coordenação e Seguimento ao Comité de Gestão do PNDS. Esta actividade de planificação deve ser feita a nível das regiões, em simultâneo com a actividade de avaliação das actividades implementadas durante o período transacto.

O processo deve envolver, além das ERS, parceiros regionais e locais de saúde, bem como parceiros e estruturas do nível central interessados na planificação de uma ou outra região sanitária. Em função do calendário estabelecido para o ciclo de planificação, os planos regionais de actividades devem entrar na Direcção de Planificação do Ministério da Saúde até ao final da terceira semana (3ª) do mês de Novembro.

Tem interesse ressaltar que as estruturas de prestação de cuidados de referência do nível regional (HR) são partes integrantes das ERS. Por conseguinte, os planos regionais de actividades deverão contemplar actividades anuais desses estabelecimentos de modo a que não se limitem simplesmente em actividades de rotina sem objectivos traçados a alcançar. Por isso, do nível central, a Direcção dos Cuidados Hospitalares deverá participar activamente em todo o processo de planificação de modo a assegurar-se de que as actividades dos hospitais conformem as especificidades de cada estrutura.

Na sequência da actividade de planificação regional, inicia-se a etapa do ciclo de planificação no nível central, que de acordo com o calendário, deve ser na quarta (4ª) semana de Novembro, envolvendo os serviços centrais e programas nacionais. De igual modo, os Centros de Referência Nacional, sob coordenação da DSH participarão neste processo com respectivos planos anuais em consonância com o calendário estabelecido no ciclo de planificação, devendo os seus planos serem submetidos ao departamento de planificação. Assim sendo, o departamento de planificação deverá efectuar a consolidação e levar para a validação, do Comité de Gestão do PNDS, de todo o plano operacional anual entre a segunda e terceira semana de Dezembro do ano findo.

O processo de validação dos planos operacionais anuais consistirá em analisar a coerência e a consistência de cada actividade em relação aos objectivos e estratégias globais traçados nos planos bienais do PNDS (a sua contribuição para alcançar os objectivos finais) e verificar se as dotações orçamentais dos recursos disponíveis foram feitas de modo a permitir obter o máximo dos resultados esperados possível com os meios disponíveis (eficiência). O Conselho Nacional da Saúde, deve reunir-se na segunda quinzena de Janeiro (15 a 31) para aprovação do plano anual.

Em suma, o processo de planificação operacional passa por três fases: a primeira fase envolve as DRS, com apoio dos serviços centrais, instituições de referência e programas nacionais que forem solicitados; a segunda fase envolve actividades de planificação do nível central coordenadas pela direcção de planificação e beneficia de suporte técnico institucional das Direcções Gerais e Secretaria-geral. A terceira e última fase, é a aprovação do plano pelo Comité Sectorial da Saúde ao qual integram o MINSAP e demais parceiros de desenvolvimento interessados na saúde e presidido pelo Ministro(a) da Saúde.

11. MECANISMOS DE CATIVAÇÃO DE RECURSOS

As estratégias identificadas no PNDS devem ser protegidas no sentido de que os planos anuais do Governo e os planos de actividades anuais se pautarão por essas mesmas estratégias. De forma a garantir essa priorização, serão determinadas pelo MINSAP e negociadas com o Ministério das Finanças e com os principais parceiros, no seio do CNS, normas de atribuição de recursos que garantirão que as estratégias contempladas no PNDS terão primazia absoluta na atribuição de recursos financeiros.

Todos os fundos para o sector da saúde devem dar entrada numa mesma estrutura de gestão. A garantia de um certo profissionalismo e transparência na gestão desses fundos exige que os membros da estrutura de gestão (Célula de Gestão) sejam recrutados por meio de um concurso público e usufruam de um salário atractivo. É sabido que a instabilidade administrativa que tem caracterizado a nossa administração pública não garante a continuidade de gestão. Por isso, essa seria uma forma de manter a estrutura dotada de capacidade técnica para assegurar a continuidade na gestão do PNDS.

12. MECANISMOS DE DIÁLOGO

A eficácia da difusão do PNDS II, a divulgação das metas atingidas, o sustentar do interesse dos vários públicos pelo projecto e a coordenação dos vários actores implicam a necessidade de um esforço continuado de comunicação através de contactos com os profissionais da comunicação social e com outros actores da sociedade civil, do meio académico, das organizações profissionais, das instituições de saúde e dos parceiros. Este esforço deverá ser concretizado através da realização de Fóruns bienais, Regionais e Nacionais, e através de mecanismos contemplados no eixo estratégico sobre “Colaboração intersectorial e promoção da saúde”.

Um aspecto particularmente importante desta programação está relacionado com o diálogo intersectorial, na perspectiva de mobilizar vontades de contribuir para objectivos de saúde através de outras políticas, como a agrícola, a ambiental, a educacional. Os mecanismos para garantir este diálogo deverão ser propostos ao MINSAP pelo CUP até fins de 2009.

13. ADEQUAÇÃO DO QUADRO DE REFERÊNCIA LEGAL

A legislação guineense referente ao sector da saúde caracteriza-se pela ausência de um Código da Saúde que centralize todas as normas fundamentais nesta área, e ainda pela existência de leis com grande importância estratégica na saúde que, apesar de nunca terem sido revogadas, se encontram caducas. Por este motivo, é necessário actualizar a legislação de saúde. O CUP apresentará, até fins de 2008, uma proposta nesse sentido, ao Ministro da Saúde.

14. CONTRIBUIÇÃO DE OUTROS SECTORES PARA SAÚDE

Tal como mencionado na visão, o PNDS II representa a contribuição do sector da saúde para a estratégia nacional de redução da pobreza e a promoção do desenvolvimento socioeconómico do país (DENARP). Mas ao mesmo tempo, reconhece-se que o objectivo de melhoria do estado de saúde da população precisa de contribuição de quase todos os sectores. Por isso, espera-se uma verdadeira sinergia como resultado de uma autêntica parceria interinstitucional.

O Sistema Nacional de Saúde inclui, além do Serviço Nacional de Saúde, também aquela mãe que cuida da sua criança em casa; inclui todos os esforços e as intervenções que podem influenciar os determinantes da saúde, por exemplo, fornecimento de água potável, saneamento do meio e controlo de vectores (sector ambiental), segurança nos locais de trabalho (sector de trabalho), educação de crianças e adultos (sector de educação), segurança alimentar (sector de agricultura), melhoria do estado das vias de comunicação (obras públicas), etc.; inclui programas de promoção da saúde que pretendem mudar o comportamento das pessoas com vista a adopção de comportamento saudável (prevenção do VIH, promoção da prática desportiva); inclui esquemas de seguro social e seguro de saúde. Não há dúvidas de que o Serviço Nacional de Saúde ocupa um lugar de destaque dentro de todo esse sistema. Mas também é reconhecido que o sucesso de sua intervenção depende da qualidade de intervenção de todos outros sectores. Por isso, a responsabilidade de melhoria do estado de saúde da população é de todos.

Mesmo a função de prestação de cuidados de saúde à população não é exclusiva dos serviços públicos sob a jurisdição do Ministério da Saúde. Também prestam cuidados os serviços pertencentes a outros sectores públicos mas que não estão sob a gestão directa do Ministério da Saúde Pública. É o caso do serviço de saúde militar e paramilitar e serviço de saúde do Ministério de transporte (APGB). Além destes, contam-se ainda os serviços do sector privado (lucrativo e não lucrativo). O relacionamento existente entre o Ministério da Saúde e estes sectores, nunca foi muito claro. Tendo como propósito, proporcionar acesso universal a um pacote de cuidados essenciais e de referência de saúde de qualidade, torna-se incontornável estabelecer mecanismos claros de relacionamento entre todos os implicados na oferta de serviços reservando ao MINSAP o seu papel de ente reitor e regulador de todas as intervenções no âmbito de prestação de cuidados.

O documento da política nacional de saúde, em fase de revisão, a ser complementado com pacote de legislações que devem ser feitas sobre a matéria de prestação de cuidados, deverá poder esclarecer, na base de uma concertação antecipada, mecanismos de ligação entre todas as instituições públicas que prestam cuidados de saúde assim como as obrigações e deveres face às estruturas privadas sejam lucrativas ou não lucrativas, incluindo a medicina tradicional.

Normalmente, o sector privado não lucrativo é praticado pelas ONG com predomínio das organizações religiosas com destaque para a Cáritas da Igreja Católica e outras. Nos últimos anos, tem-se assistido um crescimento das ONG entrando na área de prestação de cuidados com quem o Ministério da Saúde assina protocolos de parcerias. Será necessário, mesmo antes do referido pacote de legislações, estabelecer e adoptar modelos de protocolos de parceria que passarão a ser utilizados com todas as organizações parceiras do MINSAP que pretendem apoiar este na prestação de cuidados de qualidade às populações mas sem fins lucrativos.

Em relação aos estabelecimentos privados de carácter lucrativo, é urgente adoptar medidas legislativas na matéria. É sabido que desde 1992, quando se pronunciou sobre o exercício privado de medicina, ao MINSAP ficou a responsabilidade de propor todo o enquadramento necessário. Mas até a data, não há nenhum tipo de regulamento que oriente a prática. Será uma das medidas a adoptar de modo que até ao final do ano 2009, o MINSAP esteja dotado de instrumentos legais na área de medicina privada. Não há dúvidas sobre a contribuição do sector privado na melhoria dos indicadores de saúde da população. Mas, não é menos verdade a premente necessidade de melhorar a organização no sentido de maior e melhor gestão da prática de medicina privada.

14.1. O PAPEL DO ESTADO

A missão do Estado evoluiu muito, devido ao processo de reformas profundas que vêm sendo implementadas desde os meados dos anos 80. Estas traduziram-se por uma redução substancial do papel e do campo de actuação do Estado. Contudo, o redimensionamento da esfera do Estado não afectou a sua missão essencial e exclusiva de conceber políticas e estratégias de desenvolvimento, e produzir normas de regulação de qualquer actividade social ou económica. Esta missão de arbitragem, regulação e promoção de um ambiente favorável às diversas intervenções no sector deve reforçar-se. Espera-se que num curto espaço de tempo se possa assistir intervenções decisivas do estado no processo de melhoria do estado da saúde da população. É urgente dotar o Sistema Nacional de Saúde de condições mínimas necessárias para que possa prestar efectivamente o pacote de cuidados essenciais e de referência de qualidade a toda população. Por outro lado, o desenvolvimento do sector privado vocacionado na prestação de cuidados deverá ser facilitado e devidamente regulamentado. São necessários investimentos sérios, sobretudo na área da educação e infra-estruturas rodoviárias. A boa governação não deve ser entendida como uma simples estratégia para implementação do PNDS, mas sim uma necessidade urgente. É a única forma de assegurar a boa gestão e assim garantir a intervenção dos parceiros no financiamento do sector.

14.2. O PAPEL DO SECTOR PRIVADO

Desde a liberalização económica que aconteceu na Guiné-Bissau, no início dos anos 90, o sector privado tem jogado um papel cada vez maior não só na economia do país como também nos sectores sociais entre os quais a saúde. A criação de um ambiente favorável às intervenções dos privados (nacionais e estrangeiros), no sector da saúde, irá contribuir decisivamente para aliviar a pressão que se exerce sobre o sector público e rapidamente garantir não só maior acesso aos serviços como também mais qualidade nos cuidados que se oferece. O sector da medicina privada é actualmente muito incipiente e pouco desenvolvido. É praticado por mais de 70% dos médicos como forma de complemento dos precários e irregulares salários. Reconhecendo sua importância na melhoria de qualidade dos cuidados tal como se preconiza com o actual PNDS, o estado é chamado a dar uma atenção especial na criação de condições estimuladoras do seu desenvolvimento. As medidas a tomar deverão permitir abertura de estabelecimentos privados de prestação de cuidados de saúde de qualidade, reforçar os sistemas de seguros de saúde às empresas privadas, etc.

14.3. O PAPEL DAS POPULAÇÕES INCLUINDO A SOCIEDADE CIVIL

As ONG e as Organizações a Base Comunitária (OBC), enquanto componentes essenciais e mais dinâmicas da sociedade civil, têm um papel capital no processo da educação da população para uma saúde melhor. Para desempenhar este papel, as ONG e OBC apresentam algumas vantagens comparativas: uma forte dinâmica organizacional, mais próxima das comunidades, sobretudo as mais vulneráveis e, por isso, possuem um bom conhecimento do terreno de intervenção. Bastará um reforço de capacidade nas áreas de pouco domínio para obter maiores resultados. Não obstante algumas fraquezas, as OBC têm sido parceiras valiosas do Ministério da Saúde junto das comunidades e populações mais desfavorecidas. O seu papel continuará a ser capital na implementação do novo pacote de cuidados essenciais, sobretudo na promoção da saúde e divulgação de boas práticas.

As instituições académicas e de pesquisa, os grupos de intelectuais e líderes de opinião assim como os medias serão outros actores importantes e, em conjunto com as OBC, não só participarão na promoção da saúde como também na definição das prioridades, gestão de recursos e boa governação de forma geral.

Enquanto destinatários das intervenções, as populações têm, por seu lado, um papel central na implementação de todo o pacote de cuidados essenciais e de referência de qualidade. A implementação da política de Iniciativa de Bamako (IB) permite colocar em evidência a consciência que as populações têm ou devem ter, não somente em relação aos problemas da saúde que lhes preocupam, como também dos direitos que lhes assistem em poder participar em todas as etapas de

soluções desses problemas (planificação, seguimento e avaliação). Neste contexto, a sua participação na realização dos objectivos traçados no PNDS assentará numa apropriação das soluções comprometendo-se com a gestão e manutenção das infra-estruturas, dos medicamentos e outros produtos e do próprio pessoal técnico.

15. AVALIAÇÃO E AUDITORIAS DO PNDS

As reuniões anuais do CNS servem-se de espaço para analisar os relatórios de actividades com indicadores de progresso. Estas reuniões devem ser antecipadas e preparadas pelas reuniões do Comité de Gestão, órgão técnico do MINSAP.

Durante o quinto ano de implementação do PNDS, será feita uma grande avaliação dos indicadores de resultados obtidos na fase de capacitação do MINSAP. A referida avaliação permitirá analisar se todas as actividades previstas para criar maiores capacidades de intervenção do MINSAP foram devidamente implementadas e estabelecidas as relações de causa efeito com a fase de procura de ganhos em saúde. Isto é, em que medida as condições criadas até ali, poderão contribuir para obter mais ou menos resultados em termos de melhoria do estado de saúde da população. Após essa avaliação, a segunda fase será objecto de uma planificação mais adequada em função dos resultados obtidos e as condições reais que o país apresentará nessa altura.

No que refere as contas, auditorias externas serão feitas em cada dois anos com participação directa de todos os financiadores do PNDS no recrutamento de gabinetes de auditorias. Os relatórios serão objecto de largas discussões e servirão de orientações para uma melhor gestão e maior transparência na afectação dos recursos postos à disposição da saúde.

16. ORÇAMENTO DO PNDS

O PNDS foi orçamentado num contexto económico do país caracterizado pelo desempenho macroeconómico medíocre, pelo constrangimento orçamental severo e, conseqüentemente, uma má oferta de bens e serviços médicos.

O Exercício de previsão do financiamento desejado para a implementação do PNDS II foi baseado nas projecções de recursos potencialmente disponíveis de um lado e do outro, nas necessidades em recursos, segundo a realidade vigente, tendo em conta os desafios a nível nacional (DENARP), regional (quadro de convergência macroeconómica da UEMOA) e mundial (OMD).

Os recursos necessários foram determinados a partir das projecções do crescimento da população, do PIB, dum esforço nacional para afectar uma parte resultante do crescimento do PIB às despesas com saúde e a vontade do Governo em drenar, cada vez mais, recursos do sector público para a saúde, melhorando desta feita a qualidade de prestação de serviços públicos da saúde.

16.1. NECESSIDADES DO PNDS II EM RECURSOS

O Segundo Plano Nacional está projectado para um período de 10 anos (2008 – 2017). Os primeiros cinco anos são marcadamente programados para criar maior capacidade de resposta ao sistema, sendo que a procura dos objectivos propriamente ditos de melhorar o estado de saúde da população guineense, será objecto de maior concentração a partir do segundo quinquénio (2013 – 2017).

O orçamento aqui apresentado refere-se aos primeiros cinco anos 2008-2012. São anos decisivos em termos de investimentos para suprir as maiores carências do Serviço Nacional de Saúde. Serão necessárias novas construções em áreas descobertas em estabelecimentos de cuidados adequados, ampliações e reabilitações de infra-estruturas, provimento de equipamentos e materiais médicos, formação e especialização de recursos humanos de saúde, securização de medicamentos e outros produtos farmacêuticos, elaboração de normas e documentos de orientação técnica, entre outros. A

função de governação e coordenação vai exigir muitos esforços para conquistar a confiança dos investidores da saúde.

O orçamento estimado é de 123.143,29 milhões de FCFA, o equivalente a 273,65 milhões de USD (1USD=450 FCFA). A parte do investimento representa 45,8% do custo total do PNDS II. Isto deve-se essencialmente às actividades de construção de novos Centros de Saúde, à reparação dos existentes que não beneficiaram de qualquer tipo de manutenção durante a implementação do PNDS, à ampliação de alguns centros em cuja população cresceu o suficiente e que se justifica o alargamento do pacote de serviços e do reforço da logística.

A componente “funcionamento” corresponde a 54,2% do orçamento global do PNDS II, constituído essencialmente por despesas com programas essenciais (paludismo, sida e tuberculose) que irão consumir cerca de 23% da despesa total, de despesas relacionadas com custos operacionais (25,3%) e de despesas com pessoal (4,4%).

Quadro 30. Orçamento do PNDS II para o período 2008 – 2012 (em milhões de FCFA)

Categorias de despesas	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL	%
<i>Funcionamento</i>	<i>14.686,78</i>	<i>15.162,18</i>	<i>12.310,17</i>	<i>13.827,94</i>	<i>10.744,81</i>	<i>66.731,88</i>	<i>54,2%</i>
Despesas com Pessoal	972,94	1.021,59	1.072,67	1.126,30	1.182,61	5.376,12	4,4%
Custos Operacionais	6.226,21	6.226,21	6.226,21	6.226,21	6.226,21	31.131,05	25,3%
Formação continua	83,31	83,31	83,31	83,31	83,31	416,56	0,3%
IEC	60,04	63,04	66,19	69,5	72,98	331,76	0,3%
Coordenação, Supervisão, Avaliação	125,00	125,00	125,00	125,00	125,00	625,00	0,5%
Programas de Saúde	7.089,28	7.513,03	4.606,79	6.067,62	2.924,70	28.201,42	22,9%
INSA	130,00	130,00	130,00	130,00	130,00	650,00	0,5%
<i>Investimentos</i>	<i>6.816,86</i>	<i>14.207,17</i>	<i>16.375,36</i>	<i>13.327,01</i>	<i>5.684,96</i>	<i>56.411,36</i>	<i>45,8%</i>
Medicamentos e Consumíveis	3.898,32	4.988,63	7.756,82	9.181,47	4.205,64	30.030,88	24,4%
Construção e Equipamentos	1.271,54	4.271,54	5.271,54	2.271,54	-	13.086,17	10,6%
Reabilitações	1.310,00	4.510,00	2.810,00	1.610,00	1.310,75	11.550,76	9,4%
Transportes e Comunicações	310,00	410,00	510,00	210,00	114,57	1.554,57	1,3%
Formação Inicial e especializada	27,00	27,00	27,00	54,00	54,00	189,00	0,2%
<i>TOTAL GERAL</i>	<i>21.503,64</i>	<i>29.369,35</i>	<i>28.685,53</i>	<i>27.154,95</i>	<i>16.429,77</i>	<i>123.143,29</i>	<i>100,00%</i>
<i>Total geral (milhões de USD)</i>	<i>47,79</i>	<i>65,27</i>	<i>63,75</i>	<i>60,34</i>	<i>36,51</i>	<i>173,65</i>	

16.2. POTENCIAIS FONTES DE FINANCIAMENTO DO PNDS II

O exercício de previsão de financiamento desejável para o PNDS II baseou-se na projecção de recursos disponíveis tendo sempre em consideração a realidade objectiva e os desafios dos objectivos do milénio para o desenvolvimento.

As despesas com a saúde, através do Orçamento Geral de Estado, em 2006 situaram-se em 1,99 bilhões de FCFA (dados referentes a execução do OGE). De acordo com o relatório da Revisão das Despesas Publicas, este valor situa num pouco mais de 2 bilhões. Em qualquer dos casos, as despesas com a saúde, através do OGE, deverão aumentar consideravelmente nos próximos tempos devido, sobretudo, ao aumento de custos com a operacionalidade do sistema, associados a necessidade de inverter a tendência das taxas, cada vez mais crescente de morbilidade e mortalidade por um lado, e por outro lado, devido ao facto de o sector ter a obrigação de se dotar de recursos humanos

qualificados nos próximos 5 anos, o que, em consequência, pressupõe um aumento de despesas com pessoal.

A análise feita às despesas totais do sector da saúde, por fonte de financiamento, permitiu determinar o montante global de recursos engajados. O plano de financiamento público teve em consideração a ambição de promoção de outras fontes privadas de financiamento, designadamente, a participação comunitária no financiamento da saúde (através de mutualismo e pagamento directo por serviços), os fundos de solidariedade e assistência aos carenciados; o aumento da contribuição do Governo; bem como o aumento do financiamento externo. Sem perder de vista a fraca taxa de execução do OGE (66%), assume-se que o crescimento médio das despesas através do OGE, entre 2008 e 2012, deverá situar-se em torno de 10%.

Quadro 31. Diferentes fontes de financiamento do sector da Saúde (Em biliões de FCFA)

Fontes	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
OGE	0,97	1,02	1,07	1,13	1,18	5,37
	5%	3%	4%	5%	7%	5%
UTENTES (IB)	0,18	0,18	0,18	0,18	0,18	0,9
	1%	1%	1%	1%	1%	1%
PARCEIROS	13,7	12,66	10,23	12,10	12,00	60,69
	74%	47%	40%	58%	66%	55%
A PROCURAR	3,77	13,11	14,14	7,59	4,84	43,45
	20%	49%	55%	36%	27%	39%
Total	21,503	29,369	28,685	27,154	16,429	123,143

Nesta ordem de ideias, espera-se que a participação do OGE no financiamento da saúde, alcance cerca de 5,37 biliões de FCFA (11,93 milhões de USD) ao ano, até 2012. Tem interesse assinalar que o aumento esperado do OGE para a saúde será destinado essencialmente ao pessoal, despesas essas, não muito longe das efectuadas nos 4 últimos anos.

Tendo a necessidade de garantir uma melhor oferta de serviços de qualidade de saúde e assegurar sua sustentabilidade, a verba do OGE deve aumentar para, pelo menos, um terço do financiamento necessário saindo de actual 5% para 33%. Recorda-se que a participação dos parceiros (internos e externos) no financiamento do sector da saúde, só poderá garantir a parte material (infra-estruturas, equipamentos e medicamentos). Mas nunca intervirão directamente no salário e outras remunerações dos recursos humanos que constituem, no entanto, a principal força de trabalho cujo impacto é directo sobre o estado de saúde da população.

Os parceiros deverão provavelmente aumentar ou, pelo menos, manter o seu nível de financiamento actual no futuro, caso contrário, o financiamento interno terá necessariamente que aumentar para compensar a contracção no financiamento, provocada pela diminuição da contribuição dos parceiros.

É de assinalar que a participação da população no financiamento da saúde se efectua através da recuperação de custos, relacionado, fundamentalmente, com os medicamentos. As informações disponíveis indicam que o nível de consumo de medicamentos essenciais raramente atinge 1 milhão de USD ao ano. Mas as projecções foram feitas com base numa progressão no consumo de medicamentos essenciais, com o aumento de qualidade dos cuidados, permitindo assim mobilizar muito mais recursos financeiros provenientes da recuperação de custo, portanto da participação comunitária. Desta forma, espera-se poder alcançar o valor anual aproximado de 1.8 milhões de USD nos próximos 5 anos. Na realidade, esta fonte, ao que tudo indica, será mais estável e mais segura desde que a qualidade dos cuidados melhore para atrair mais utentes.

A contribuição de outras fontes, tais como privadas, ONG e Associações nacionais, ainda vai continuar fraca. Para contrariar esta tendência, o PNDS II preconiza implementar uma estratégia virada para o reforço de parceria visando incentivar maior envolvimento dos actuais e mais intervenientes e assim poder aliciar mais recursos para a saúde. Nesta base, espera-se que a parte de contribuição destas fontes possa vir atingir 4% do total das despesas, até ao ano 2012.

Quadro 32. Projecção do financiamento do sector da saúde por cenários, (em mil milhões de FCFA)

Fontes de financiamento	Pessimista (A)	Moderada (B)	Optimista (C)
Estado	5,37	15,00	25,00
Despesas do estado c/saúde por habitante (em USD)	7,7	21,43	35,71
Contribuição de utentes (ib)	0,9	1,50	1,50
Contribuição de parceiros	70,61	70,61	70,61
<i>Total garantido</i>	<i>76,88</i>	<i>87,11</i>	<i>97,11</i>
<i>Total necessário</i>	<i>123,143</i>	<i>123,143</i>	<i>123,143</i>
<i>Gap (a procurar)</i>	<i>46,26</i>	<i>36,03</i>	<i>26,33</i>

Assumindo a factibilidade dos cenários acima apresentados, a necessidade suplementar de financiamento (défice orçamental) do PNDS II variaria entre 102,80 e 58,51 milhões de USD, em função de cada um dos cenários avançados no quadro acima.

Com base na hipótese do cenário médio (B), que exige algum esforço do governo na dotação orçamental em relação à situação actual, um montante de 36.03 biliões de FCFA ou seja, 80.07 milhões de USD, seriam necessários para cobrir o défice orçamental. Isto é, uma média anual de 7.21 biliões de FCFA suplementar. Este valor do défice representa 29,3% do total necessário para um período de 5 anos.

Mesmo com o cenário considerado mais ideal (cenário C) onde o orçamento geral do estado atingiria os valores recomendados para alcançar os OMD, o défice seria ainda de 26,33 biliões de FCFA. Mas se as tendências actuais da situação política do país continuarem a dar bons sinais de normalização e consolidação no futuro, o sector da saúde poderá ver melhoradas as possibilidades de sua situação financeira, uma vez que poderá contar com mais parceiros externos dispostos a financiar acções que visam melhorar o estado de saúde da população. Por isso, a estabilidade política e social, é tida como maior desafio para o sucesso do PNDS II.