

República da  Guiné-Bissau  
Ministério da Saúde Pública

**Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário  
2018-2022  
PNDS III**

**“A maior riqueza de um povo é a sua saúde”  
Amílcar Cabral**

**Dezembro de 2018**

# ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AIDI	Atenção Integrada às Doenças de Infância	IO	Infeções oportunistas
ARO	Alto Risco Obstétrico	ISPB	Instituto Superior Politécnico “Benhoblo”
ARV	Antirretrovirais	IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
AS	Área Sanitária	LNSP	Laboratório Nacional de Saúde Pública
ASC	Agente de Saúde Comunitário	MEEES	Ministério da Educação e Ensino Superior
BAD	Banco Africano de Desenvolvimento	MEPIR	Ministérios da Economia, Plano e Integração Regional
CARMM	Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade	MICS	Inquérito sobre Múltiplos Indicadores
A	Materna em África		
CCR	Consulta de criança de risco	MinFin	Ministério das Finanças
CCS	Consulta de criança sadia	MinFuP	Ministério da Função Pública
CDC	Centers for Disease Control dos Estados Unidos da América	MINSAP	Ministério da Saúde Pública
CDT	Centro de Diagnóstico e Tratamento	MS	Mapa sanitário
CECOME	Central de Compra de Medicamentos Essenciais	OCM	Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental	ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
CEM	Consultório Médico	OGE	Orçamento Geral do Estado
CMI	Centro materno-infantil	OMS	Organização Mundial da Saúde
CNLS	Conselho Nacional de Luta Contra o SIDA	ONG	Organizações não-governamentais
CO	Complicações obstétricas	OOAS	Organização Oeste Africana da Saúde
COEmB	Cuidados obstétricos de emergência básica	OSC	Organizações da sociedade civil
COEmC	Cuidados obstétricos de emergência completos	PAV	Programa Alargado de Vacinação
CP	Comité de Pilotagem	PEN	Plano Estratégico Nacional
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa	PENSIS	Plano Estratégico Nacional do Sistema de Informação Sanitária
CRENI	centro de recuperação e educação nutricional em regime de internamento	PECS	Plano Estratégico de Cooperação em Saúde
CRENAG	Centro de recuperação e educação nutricional ambulatório para desnutridos graves	PFE	Práticas familiares essenciais
CRN	Centro de Reabilitação Nutricional	PFN	Política farmacêutica nacional
CS	Centro de Saúde	PIB	Produto Interno Bruto
CT	Centro de Tratamento	PIMI	Programa para a redução da Mortalidade Materno-Infantil
CTA	Centro de Tratamento Ambulatório	PMA	Pacote Mínimo de Atividades
CTS	Comissão Técnica de Seguimento	PNDS	Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário
DAF	Direção de Administração e Finanças	PNS	Política Nacional da Saúde
DAG	Desnutrição aguda grave	PNSR	Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
DCV	Doenças cardiovasculares	POPEN	<i>Plan Opérationnel de Passage à l'Échelle Nationale des Activités à l'Impact Pour la Réduction de la Mortality Maternelle et Infantile</i>
		PPAC	Plano plurianual completo
DENARP	Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza	PSB	Projeto de Saúde do Bandim
DGA	Direção Geral de Alfândega	PTMF	Prevenção da Transmissão Vertical Mãe Filho
DGASS	Direção-Geral de Administração do Sistema de Saúde	PVVIH	Pessoas Vivendo com VIH
DGECS	Direção Geral dos Estabelecimentos dos Cuidados da Saúde		
DGPPS	Direção-Geral de Prevenção e Promoção da Saúde	RBC	Reabilitação de Base Comunitária
DHIS	Distric Health Information System	REDISSE	Regional Disease Surveillance Systems Enhancement
DNT	Doenças não-transmissíveis	RH	Recursos Humanos
DRS	Direção Regional de Saúde	RHS	Recursos Humanos da Saúde
DSFLM	Direção de Serviços Farmacêuticos, Laboratórios e Medicamentos	RN	Recém-nascido
DTN	Doenças tropicais negligenciadas	RSI	Regulamento Sanitário Internacional
EA	Estratégia Avançada	SDO	Seguro de Doença Obrigatório
EM	Estratégia Móvel	SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
EMI	Entraide Médicale Internationale	SIS (SNIS)	Sistema de informação sanitária (Sistema Nacional de Informação Sanitária)
ENS	Escola Nacional de Saúde	SISSAN	Sistema de Seguimento da Segurança Alimentar e Nutricional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública	SMART	Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transitions
EPAP	Estatuto do Pessoal da Administração Pública	SNU	Sistema de Nações Unidas
ERS	Equipa Regional de Saúde	SOAT	Seguro obrigatório de acidentes de trabalho
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura	SR	Saúde Reprodutiva
FNUAP	Fundo das Nações Unidas para a População	SRO	Sais de Reidratação Oral
FOB	<i>Free on board</i>	TARV	Terapia Antirretroviral
FOFA	Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças	TB	Tuberculose
FRP	Fazer recuar o plaudismo	TDR	Técnicas de diagnóstico rápido
GAVI	Global Alliance for Vaccination and Immunization	TIC	Tecnologias de informação e comunicação
GC	Grupo de Consolidação	TOD	Toma observada diretamente
HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes	UA	União Africana
IAI	Iniciativas de alto impacto	UAC	Universidade Amílcar Cabral
IB	Iniciativa de Bamaco	UE	União Europeia
IEC	Informação, Educação e Comunicação para a saúde	UEMOA	União Económica e Monetária do Oeste Africano
IHP	International Health Partnership	ULG	Universidade Lusófona da Guiné
IGAS	Inspeção-Geral para Assuntos da Saúde	UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
INASA	Instituto Nacional de Saúde	UNIPIAGE	Universidade Jean Piaget
		T	
INE	Instituto Nacional de Estatística	VAD	Visita ao domicílio
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa	VID	Vigilância Integrada das Doenças
INSS	Instituto Nacional de Segurança Social	VIH (1 e 2)	Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 ou tipo 2

## INDÍCE

Abreviaturas e acrónimos .....	2
<b>Índice dos quadros .....</b>	<b>7</b>
<b>Índice de Caixas .....</b>	<b>8</b>
<b>Índice de Figuras.....</b>	<b>8</b>
<b>Parte I – Antecedentes, contexto e diagnóstico da situação de saúde .....</b>	<b>10</b>
<b>Antecedentes .....</b>	<b>10</b>
Processo de elaboração do PNDS III .....	14
<b>Contexto histórico, político, económico e social .....</b>	<b>15</b>
População .....	15
Governação.....	15
Desenvolvimento e economia .....	16
Educação.....	16
Educação e emprego.....	16
Educação e rendimentos.....	17
Insegurança alimentar nas escolas .....	17
Contexto Regional.....	17
<b>Insumos e processos no sistema de saúde .....</b>	<b>17</b>
Organização do Sistema de Saúde .....	18
Mapa sanitário .....	18
Serviço Nacional de Saúde: organização, infraestruturas e equipamentos .....	19
Cuidados primários de saúde e nível local .....	19
Iniciativas de base comunitária .....	19
Iniciativas com base nos CS .....	20
Centros de saúde generalistas .....	20
Centros de saúde especializados .....	22
Nível secundário dos cuidados de saúde nas RS .....	23
Serviços de nível terciário ou nacional .....	23
Programas de saúde .....	24
Infraestruturas e equipamentos.....	25
Outros setores públicos .....	26
Setor convencionado .....	26
ES convencionadas com a Igreja Católica.....	27
Convenção com a EMI .....	27
Setores privados.....	28
Cuidados médicos transfronteiriços.....	29
Setor da medicina tradicional .....	29
Financiamento e despesas com a saúde.....	30
Financiamento do setor pelo Estado .....	30
Iniciativa de Bamaco (IB)/Recuperação de custos .....	30
Gastos diretos das famílias com a saúde .....	32
Mutualidades de saúde .....	33
Instituto Nacional de Segurança Social (INSS).....	33
Financiamento externo e parcerias.....	34
Monitorização das parcerias no quadro do UHC2030.....	36
Gratuidade dos serviços de saúde .....	36
Recursos humanos da saúde.....	37
Formação de quadros da saúde .....	43
Escola Nacional de Saúde .....	44
Medicamentos e outros produtos terapêuticos .....	46
CECOME.....	46

Transfusão sanguínea.....	50
Oxigénio .....	51
Supervisão.....	51
Investigação, informação e comunicação em saúde .....	52
Sistema nacional de informação em saúde (SNIS) .....	54
Preparação e gestão das intervenções da Saúde Pública em situação de catástrofe .....	56
Pesquisa no sistema de saúde.....	57
Rede de laboratórios.....	58
<b>Resumo dos problemas e oportunidades maiores do panorama sanitário da Guiné-Bissau</b>	<b>59</b>
Principais indicadores de impacto .....	59
Doenças mais prevalentes .....	60
Determinantes do estado de saúde.....	62
Pobreza .....	62
Educação .....	62
Estilos de vida.....	63
Usos e costumes.....	63
Características do sistema de saúde .....	64
Desigualdades em saúde .....	66
Desigualdades nos indicadores de estado de saúde e seus determinantes .....	66
Desigualdades no acesso aos serviços por RS e poder económico .....	68
Desigualdades na qualidade dos cuidados de saúde por RSe por poder económico .....	68
<b>Parte II – Estratégias prioritárias .....</b>	<b>70</b>
<b>Governança e mobilização de recursos .....</b>	<b>72</b>
Capacitação de lideranças.....	74
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	74
Orientações estratégicas.....	74
Instalação e/ou capacitação de estruturas .....	74
Desenvolvimento de instrumentos: .....	76
Formação de atualização ou aquisição de competências de governança e/ou direção: .....	77
Produtos esperados .....	77
Monitorização .....	78
Avaliação .....	78
Atualização do quadro jurídico.....	78
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	78
Orientações estratégicas.....	78
Produtos esperados .....	79
Monitorização .....	79
Avaliação .....	79
Reforma do Mapa Sanitário .....	81
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	81
Orientações estratégicas.....	81
Produtos esperados .....	82
Monitorização .....	82
Avaliação .....	82
Gestão do conhecimento para apoio à tomada de decisão .....	83
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	83
Orientações estratégicas para a gestão do conhecimento .....	84
Produtos esperados .....	85
Monitorização .....	85
Avaliação .....	86
Financiamento do setor .....	86
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	86
Orientações estratégicas.....	87
Produtos esperados .....	90

Monitorização .....	90
Avaliação .....	90
Securização dos medicamentos e outros produtos terapêuticos.....	90
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	91
Orientações programáticas.....	91
Produtos esperados .....	92
Monitorização .....	93
Avaliação .....	93
Desenvolvimento da força de trabalho .....	93
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	93
Orientações estratégicas para elaboração do PNDRHS .....	93
Produtos esperados .....	97
Monitorização .....	97
Avaliação .....	97
Instalação e manutenção de equipamentos.....	98
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	98
Orientações estratégicas.....	98
Produtos esperados .....	99
Monitorização .....	99
Avaliação .....	99
Parcerias para o desenvolvimento.....	99
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	99
Orientações estratégicas para reforço das parcerias para o desenvolvimento .....	100
Produtos esperados .....	101
Monitorização .....	101
Avaliação .....	101
<b>Programas prioritários.....</b>	<b>101</b>
Saúde reprodutiva .....	104
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	104
Orientações programáticas.....	104
Indicadores de impacto.....	107
Produtos esperados .....	107
Monitorização .....	107
Avaliação .....	107
Sobrevivência Da Criança.....	107
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	108
Orientações programáticas.....	108
Indicadores de impacto.....	109
Produtos esperados .....	110
Monitorização .....	110
Avaliação .....	110
Alimentação e Nutrição .....	110
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	110
Orientações programáticas.....	111
Indicadores de impacto.....	112
Produtos esperados .....	112
Monitorização .....	113
Avaliação .....	113
Vacinação.....	113
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	113
Orientações programáticas.....	113
Indicadores de impacto.....	115
Produtos esperados .....	115
Monitorização .....	116
Avaliação .....	116

Paludismo .....	116
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	116
Orientações programáticas.....	116
Indicadores de impacto.....	119
Produtos esperados .....	119
Monitorização .....	119
Avaliação .....	119
Tuberculose .....	119
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	119
Orientações programáticas.....	120
Indicadores de impacto.....	122
Produtos esperados .....	122
Monitorização .....	122
Avaliação .....	122
IST/VIH/SIDA/Hepatites Virais .....	122
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	123
Orientações programáticas.....	123
Orientações programáticas.....	123
Indicadores de impacto.....	125
Produtos esperados .....	125
Monitorização .....	125
Avaliação .....	125
Doenças tropicais negligenciadas .....	126
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	126
Orientações programáticas.....	126
Indicadores de impacto.....	129
Produtos esperados .....	130
Monitorização .....	130
Avaliação .....	130
Emergências em saúde pública.....	130
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	130
Orientações programáticas.....	131
Produtos esperados .....	132
Monitorização .....	132
Avaliação .....	132
Doenças ou Enfermidades não transmissíveis.....	132
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	133
Orientações programáticas.....	133
Produtos esperados .....	133
Monitorização .....	134
Avaliação .....	134
<b>Oferta de Serviços Essenciais .....</b>	<b>134</b>
Oferta integrada de serviços nos diferentes níveis de cuidados .....	134
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	134
Orientações estratégicas para oferta integrada de serviços.....	135
Produtos esperados .....	136
Monitorização .....	137
Avaliação .....	137
Criar economias de escala no complexo hospitalar de Bissau.....	137
Orientações da Política Nacional de Saúde.....	137
Orientações estratégicas para o Complexo Hospitalar de Bissau .....	137
Produtos esperados .....	138
Monitorização .....	139
Avaliação .....	139
Reforço da capacidade cirúrgica .....	139

Orientações da Política Nacional de Saúde.....	139
Orientações estratégicas para reforço da capacidade cirúrgica .....	139
Produtos esperados .....	140
Monitorização .....	140
Avaliação .....	140
<b>Anexo 1. Atividades esperadas, os equipamentos necessários e os incentivos dos agentes de saúde comunitária (ASC).....</b>	<b>141</b>
<b>Anexo 2. Atribuições dos diferentes tipos de CS .....</b>	<b>144</b>
<b>Anexo 3. Caracterização dos CS tipo A .....</b>	<b>145</b>
<b>Anexo 4 Lista de estruturas sanitárias do País.....</b>	<b>146</b>
<b>Anexo 5. Caracterização e listagem dos Centros de Tratamento Ambulatório do VIH/SIDA.....</b>	<b>149</b>
<b>Anexo 6. Centros de recuperação nutricional.....</b>	<b>153</b>
<b>Anexo 7. Caracterização dos centros materno-infantis.....</b>	<b>155</b>
<b>Anexo 8. Força de trabalho do CS mental Osvaldo Vieira .....</b>	<b>156</b>
<b>Anexo 9. Equipa de governação do setor da saúde nas RS.....</b>	<b>157</b>
<b>Anexo 10. Análise da situação nos hospitais regionais .....</b>	<b>160</b>
<b>Anexo 11. Caracterização das casas de mães existentes na Guiné-Bissau.....</b>	<b>161</b>
<b>Anexo 12. Caracterização das estruturas sanitárias de nível terciário.....</b>	<b>162</b>
<b>Anexo 13. Principais parceiros por principais programas e RS (2017) .....</b>	<b>165</b>
<b>Anexo 14. Mapa de Dirigentes do Serviço Nacional de Saúde a 30 de maio de 2017 .....</b>	<b>167</b>
<b>Anexo 15. Despacho normativo orientador da interação entre programas e sistema de saúde .....</b>	<b>173</b>

## ÍNDICE DOS QUADROS

<b>Quadro 1. Temas de saúde na estratégia do Governos (Terra Ranka) até 2020.....</b>	<b>11</b>
<b>Quadro 2. Principais fraquezas do sistema de saúde da perspetiva dos insumos e processos</b>	<b>18</b>
<b>Quadro 3. Provisões orçamentais 2012 - 2017.....</b>	<b>30</b>
<b>Quadro 4. Despesas elegíveis para as receitas próprias arrecadadas.....</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 5. Destino das receitas próprias arrecadadas.....</b>	<b>31</b>
<b>Quadro 6. Resumo dos fluxos contributivos – estimativas para 2006.....</b>	<b>34</b>
<b>Quadro 7. Ajuda externa ao setor da Saúde, em USD, no triénio 2003-2016 .....</b>	<b>35</b>
<b>Quadro 8. Rácio de habitantes por grupos profissionais, parteiras e técnicos de radiologia</b>	<b>37</b>
<b>Quadro 9. RHS do Serviço Nacional de Saúde por carreira e por nível de cuidados ...</b>	<b>38</b>
<b>Quadro 10. RHS do Serviço Nacional de Saúde por carreira e por Região Sanitária - números absolutos e por 10 000 habitantes em 2017 .....</b>	<b>39</b>

<b>Quadro 11. Produtividade das consultas externas do HNSM (número de consultas em ambulatório por médico, por especialidade, por mês, para os meses de janeiro e fevereiro de 2017)</b>	<b>41</b>
<b>Quadro 12. Subsídios e incentivos financeiros no setor da saúde</b>	<b>42</b>
<b>Quadro 13. Documentos legais orientadores da gestão de RHS</b>	<b>43</b>
<b>Quadro 14. Produção legislativa associada ao setor farmacêutico</b>	<b>48</b>
<b>Quadro 15. Programas institucionais do INASA</b>	<b>53</b>
<b>Quadro 16. Principais indicadores de impacto na saúde</b>	<b>59</b>
<b>Quadro 17. Principais problemas de Saúde por grupos-alvo (ordem aleatória)</b>	<b>61</b>
<b>Quadro 18. Análise FOFA da situação nas Regiões Sanitárias</b>	<b>65</b>
<b>Quadro 19. O ciclo de planificação anual no quadro do PNDS</b>	<b>76</b>
<b>Quadro 20. Documentos jurídicos a elaborar, em elaboração ou esperando aprovação</b>	<b>80</b>
<b>Quadro 21. Mapa de dotação mínima de pessoal por estrutura sanitária (nível regional)</b>	<b>94</b>

## ÍNDICE DE CAIXAS

<b>Caixa 1. Pacote mínimo de atividades</b>	<b>20</b>
<b>Caixa 2. Problemas com os atuais processos de efetivação e contratação do MINSAP40</b>	
<b>Caixa 3. Definição das margens de lucro na venda de medicamentos</b>	<b>49</b>
<b>Caixa 4. Desafios na implementação das reformas do SNIS</b>	<b>54</b>
<b>Caixa 5. Grupos vulneráveis:</b>	<b>70</b>
<b>Caixa 6. Finalidades e objetivos da estratégia de saúde</b>	<b>70</b>
<b>Caixa 7. Pilares do PNDS III</b>	<b>71</b>
<b>Caixa 8. Visão, Missão e Valores para o sistema de saúde</b>	<b>71</b>
<b>Caixa 9. Pressupostos considerados na elaboração do PNDS III</b>	<b>72</b>
<b>Caixa 10. Riscos considerados no PNDS III</b>	<b>72</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1. ASC por 10.000 habitantes e grau de isolamento da AS por RS</b>	<b>21</b>
<b>Figura 2. Complexo de estratégias, planos, programas e projetos do sistema de saúde guineense em 2017</b>	<b>24</b>
<b>Figura 3. Dispositivo de supervisão integrada e formativa</b>	<b>52</b>

<b>Figura 4. Espólio de documentos orientadores da estratégia de saúde do PNDS III e da sua implementação .....</b>	<b>75</b>
<b>Figura 5. Ciclo de gestão do conhecimento.....</b>	<b>83</b>
<b>Figura 6. Quadro de referência para os programas de saúde.....</b>	<b>103</b>

DRAFT

# PARTE I – ANTECEDENTES, CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

## ANTECEDENTES

O primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS I) surgiu no contexto de uma Política Nacional de Saúde (PNS) de 1993 orientada por princípios de consolidação dos cuidados primários de saúde (CPS), melhoria do acesso aos serviços de saúde, distribuição equitativa dos recursos, qualidade da prestação de cuidados, descentralização do sistema de saúde, definição e desenvolvimento de uma estratégia para os recursos humanos (RH) e uma melhor colaboração intersectorial. Foi o primeiro exercício de planeamento estratégico no setor da saúde e em todo o País sendo apresentado na mesa redonda setorial de 1997.

A partir do PNDS I a função de planeamento assumiu um papel estruturante na gestão estratégica do Ministério da Saúde Pública (MINSAP)<sup>1</sup>. O PNDS I constituiu um quadro de referência para as atividades e ações de desenvolvimento sanitário no período de 1998 a 2002. No entanto, a execução do PNDS ficou, de um lado, comprometida mas, por outro, manteve o seu carácter de um plano estruturante, com objetivos, estratégias e ações devidamente especificadas. Sobrevivendo à instabilidade político-militar, o PNDS I foi revisto para o horizonte temporal de 2003 a 2007, de modo a permitir que atividades inicialmente programadas pudessem vir a ser implementadas.

Surgiu entretanto a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, especificada no DENARP (2006), tendo por objeto a eliminação da pobreza. Identificou a necessidade de uma abordagem abrangente que tomasse em conta tanto os aspetos económicos, sociais e institucionais assim como culturais e ambientais.

A avaliação do PNDS I permitiu concluir que, de um modo geral, tinha havido ligeira melhoria dos indicadores. No entanto, os objetivos traçados pelo PNDS I, mesmo com a extensão do período de sua vigência para mais 5 anos, não tinham sido alcançados devido a:

- Instabilidade político-militar,
- Instabilidade administrativa<sup>2</sup>,
- Baixa contribuição do Orçamento Geral do Estado (OGE) para o financiamento da saúde que manteve a dependência quase total do exterior,
- Fraca capacidade de gestão a todos os níveis (administração central, regional e local, comunidades e sociedade civil),
- Dificuldades na concretização de uma estratégia de descentralização efetiva que impediu que as Regiões Sanitárias (RS) tivessem capacidade de planificar e executar atividades de forma autónoma<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Silva, Augusto Paulo. *Planeamento Estratégico na Guiné-Bissau*. AGO, Lisboa, 1999.

<sup>2</sup> Termo utilizado para referir a constante mudança na gestão de topo dos órgãos do MINSAP e estruturas ligadas ao PNDS.

É neste contexto que o MINSAP se envolveu na elaboração do PNDS II, com a expectativa de dar resposta aos objetivos traçados no quadro do DENARP e aos desafios encontrados na avaliação do PNDS I.

O **PNDS II** foi pensado como um projeto de desenvolvimento socioeconómico para assegurar a obtenção de **“Ganhos em Saúde”** de **2008 a 2017**. As condicionantes associadas à implementação do PNDS I mantiveram-se idênticas para o PNDS II. O pouco que se avançou foi com o apoio dos parceiros, orientados por um **plano de operacionalização do PNDS II** preparado pelo MINSAP com esses parceiros<sup>4</sup>, para intervenções na área da saúde materno-infantil. É também de realçar os esforços da Escola Nacional de Saúde (ENS) e da Faculdade de Medicina, que permitiram ultrapassar as metas de enfermeiros e médicos por 10 000 habitantes. A ameaça do Ébola nos Países vizinhos reforçou os investimentos nos sistemas de vigilância, alerta e resposta rápida<sup>5</sup>.

Os eixos do PNDS II em que se observaram menos progressos foram os da governação e de infraestruturas & equipamentos. Nos outros eixos (medicamentos, colaboração intersetorial e promoção da saúde, monitorização e avaliação e cuidados essenciais e de referência) observaram-se um conjunto de iniciativas em progresso, geralmente sem se alcançarem as metas propostas<sup>6</sup>.

Em **2011** é adotado o **DENARP II**<sup>7</sup>. O seu principal objetivo era de reduzir significativamente a pobreza nas suas múltiplas dimensões, criando mais oportunidades de rendimento, de emprego e melhorando o acesso a serviços públicos de qualidade.

Os pilares do DENARP II estavam centrados na promoção do Estado de direito, do desenvolvimento económico e do capital humano. Destacavam-se agendas importantes ligadas: à melhoria da situação dos direitos humanos; aos mecanismos de prevenção/gestão de crises; ao relançamento do processo da **descentralização** e do desenvolvimento local; ao desenvolvimento das capacidades institucionais, técnicas e financeiras para fazer face as catástrofes climáticas; ao aumento do nível de desenvolvimento do capital humano; à melhoria do acesso à água potável e ao saneamento; e à redução das desigualdades de género.

O horizonte do DENARP II era 2015, não tendo sido adotado um novo DENARP. Este é substituído pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo (**Terra Ranka**) (**2015-2025**)<sup>8</sup> (Quadro 1) que, juntamente com as recomendações que emergiram da 1ª Conferência Nacional de Saúde em Outubro de 2014, constituem dois dos documentos mais importantes de orientação do PNDS III.

#### **Quadro 1. Temas de saúde na estratégia do Governos (Terra Ranka) até 2020**

3 **Fronteira I**, Ferrinho F, Dussault G, Ferrinho P (2007). Relatório de Avaliação Final da Execução do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2003-2007 da República da Guiné-Bissau. AGO, Lisboa.

4 POPEN - Plan Opérationnel de Passage à l'Échelle Nationale des Activités à l'Impact Pour la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile.

5 Ferrinho P (2015). Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020. Apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um Roteiro para a sua revisão. Bissau, Agosto-Setembro.

6 Ferrinho P (2015). Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020. Apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um Roteiro para a sua revisão. Bissau, Agosto-Setembro.

7 Ministério da Economia, Plano e Integração Regional (2011). Segundo Documento de Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza – DENARP II. Disponível em: [http://www.gw.undp.org/DENARPII\\_FR.pdf](http://www.gw.undp.org/DENARPII_FR.pdf).

8. Contempla seis eixos, vinte e três (23) campos de ação, cinquenta e três (53) programas e 115 projetos.

Pilotagem e gestão do sistema de saúde	Cuidados de saúde de qualidade
	Definição de políticas e estratégias do setor e mapa sanitário
	Definição de normas e procedimentos
Desenvolvimento de infraestruturas de qualidade	Requalificação do espaço do antigo hospital 3 de Agosto
Medicamentos e produtos	Reforço dos mecanismos de aquisição de medicamentos
Programas de saúde prioritários	Projeto do Secretariado Nacional de Luta Contra o SIDA
	Prevenção e Luta Contra o Paludismo
	Prevenção e Luta Contra a Tuberculose
	Programa de seguimento e desenvolvimento de saúde e nutrição na infância
	Reforço dos serviços de saúde e da qualidade da prevenção contra o VIH
Programas dos jovens	Prevenção e Luta Contra o VIH / Sida
	Saúde reprodutiva dos jovens
Programa integrado de turismo nos Bijagós	Programa integrado de infraestruturas e desenvolvimento humano (eletricidade, telecomunicações, CS, escola, centro de formação profissional)

Da 1ª Conferência Nacional de Saúde, presidida pelo então Primeiro-ministro, realçam-se as seguintes recomendações “Ao Governo através do MINSAP” que foram levadas em conta na elaboração do PNDS III:

- Em termos do quadro jurídico orientador:
  - Rever a política nacional da saúde (PNS) de 1993 e o PNDS II;
  - Elaborar e implementar a Lei de bases do sistema de saúde;
- Em termos de cuidados:
  - Assegurar a Implementação efetiva e contínua do Pacote Essencial de Cuidados de Saúde nas estratégias avançadas (EA) e móveis (EM) nas áreas sanitárias (AS) de difícil acesso;
- Em termos de promoção da procura de cuidados:
  - Assegurar a continuidade da procura das estruturas de prestação de serviços e dos cuidados através da mobilização social;
- Em termos de funcionamento integrado do sistema de saúde:
  - Atualizar o mapa sanitário;
  - Garantir o transporte para as evacuações das grávidas e doentes principalmente nas RS de difícil acesso e nas ilhas;
- Em termos de infraestruturas e equipamentos:
  - Requalificar e redefinir os centros de saúde (CS) e recupera os que estiverem em estado de degradação;
  - Equipar as estruturas de saúde de acordo com as suas características (Hospitais de Referência, CS tipo A, B e C);
  - Elaborar a política da gestão e manutenção das instalações e equipamentos de saúde e uso racional dos meios de transportes;
  - Elaborar e implementar o regulamento e estatutos para infraestrutura tipo;
  - Dotar os Hospitais de equipamentos de diagnósticos adequados e formação dos técnicos no manejo dos mesmos;
- Em termos de recursos humanos da saúde (RHS):
  - Rever as formas de incentivos dos técnicos colocados nos locais de difícil acesso;
  - Implementar a carreira dos trabalhadores de saúde (revisão de critérios de enquadramento);
  - Implementar os mecanismos previstos no estatuto disciplinar relativamente à responsabilização dos técnicos;
  - Responsabilizar os trabalhadores da Saúde pelos seus atos profissionais na emissão das juntas médicas falsas;
  - Formar e especializar os trabalhadores em quantidade e qualidade suficientes;

- Atualizar o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde (PNDRHS);
- Rever curriculum de formação dos polos na enfermagem e faculdade de medicina a decorrer;
- Implementar o curriculum harmonizado na Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) para formação dos médicos da clínica geral;
- Em termos da Junta e de evacuações para o estrangeiro:
  - Obrigar todos os médicos antes de submeter juntas a Comissão devem passar ainda na proposição dos diagnósticos, serem feitos juntamente com os seus homólogos dos Países acolhedores dos pacientes através de Telemedicina que se encontra no HNSM;
  - Fazer funcionar o centro da telemedicina;
  - Rever os acordos de evacuação de pacientes e identificar novos parceiros;
  - Rever o regulamento de funcionamento de Junta Médica Nacional;
  - Criar centros de acolhimentos em Lisboa para os doentes evacuados;
  - Criar mecanismo de parceria de evacuação dos utentes aos Países de Sub-Região;
  - Facilitar a junta médica para os trabalhadores da Saúde;
- Em termos dos Programas Nacionais:
  - Coordenar as atividades dos programas em diferentes níveis de implementação (central, regional e local);
- Em termos de reforço das autonomias regionais:
  - Redefinir a constituição da Equipa Regional da Saúde (seus integrantes);
- Em termos de Regulação do Setor:
  - Criar um gabinete de contencioso junto à Inspeção-Geral para Assuntos da Saúde (IGAS) e descentralizar os Serviços da Inspeção para as RS;
- Em termos de parcerias:
  - Criar um gabinete de Coordenação das atividades das ONG que intervenham na área da saúde;
  - Regulamentar a atuação das ONG no domínio da saúde;
  - Implicar as Direções Regionais de Saúde (DRS) nos pareceres da pertinência dos projetos, na coordenação e supervisão das atividades das ONG;
  - Reforçar a Coordenação com os parceiros.

É neste contexto, no ano a seguir à adoção dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS), que aparece a vontade e necessidade de elaborar o PNDS III 2018 - 2022. Esta elaboração teve em conta as recomendações que uma assistência técnica internacional (ATI) de 2015 identificou como prioritárias, nomeadamente, que:

- A autoridade e liderança do MINSAP saíssem reforçadas. O PNDS III deveria ser claro nas orientações para o conseguir.
- O financiamento e sustentabilidade do sistema fosse objeto de propostas bem refletidas.
- A organização do sistema de saúde e do MINSAP beneficiasse de estabilidade legal e estatutária (elaboração e aprovação de uma lei de bases da saúde).
- Se equipasse um Gabinete Jurídico no MINSAP com juristas formados em direito sanitário.
- A organização do sistema deveria ser objeto de orientações precisas, alinhadas com uma maior autonomia para as RS, o HNSM e algumas outras instituições do nível central (Central de Compra de Medicamentos Essenciais - CECOME).
- A descentralização e a autonomia efetiva, entres outras razões, obrigam a rever o mapa sanitário do País.
- Se sustentem os ganhos programáticos observados, realcem as respostas necessárias para melhorar a saúde materna e neonatal, melhorar as respostas às doenças que exigem evacuação para o estrangeiro e fortaleçam as recomendações referentes à diminuição das desigualdades

em saúde, implicando um forte investimento em meios complementares de diagnóstico e na formação das equipas para os fazer funcionar.

- A formação dos RHS no País (inicial e pós-graduada), a qualidade dos quadros formados, a inserção numa carreira digna e dinâmica, a colocação e retenção onde são necessários em função do pessoal mínimo, o trabalho dentro de equipas com competências complementares e a aprendizagem ao longo da vida profissional.
- Se realçasse a **avaliação do desempenho** e que a recompensa pelo bom desempenho fosse implementada.
- Se valorize o desenvolvimento de serviços sustentáveis de manutenção dos edifícios, do parque automóvel, dos equipamentos médicos, dos painéis solares etc.
- Se continue a investir no desenvolvimento de um sistema de informação de saúde harmonizado e funcional, alinhado com as recomendações da Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS) e sob coordenação do Instituto Nacional de Saúde (INASA);
- Uma política de colaboração com os parceiros seja consensualizada e implementada de forma a aumentar a eficiência e eficácia das intervenções e a garantir a sua sustentabilidade.

Uma missão da OOAS em 2016 reconheceu “A pertinência de um novo plano estratégico, a sua adequação ao novo contexto internacional e regional em matéria de saúde pública, às orientações políticas internas e às novas realidades sociodemográficas do País”.

Entre fevereiro e abril de 2017 foi conduzido um diagnóstico da situação de saúde na Guiné-Bissau que ajudou a estabelecer as prioridades para o PNDS III<sup>9</sup>.

Em abril de 2017 validou-se uma nova PNS, depois de um processo que se arrastava desde 2009. Esta PNS dá orientações preciosas para a elaboração do PNDS III.

## PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PNDS III

Para a elaboração do PNDS III, o MINSAP contou com o apoio participativo dos técnicos nacionais, da participação ativa das DRS mas também recorreu a assistência técnica [três assistências técnicas (AT), 2 nacionais e uma internacional] e apoio financeiro dos organismos e agências internacionais parceiros, nomeadamente da União Europeia (UE) através da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em termos organizacionais e liderança do processo, por despacho do ministro da saúde, foram criados um Comité de Pilotagem (CP)<sup>10</sup> e uma Comissão Técnica de Seguimento (CTS)<sup>11</sup>.

As três AT constituíram um Grupo de Consolidação (GC), que passou a assegurar e garantir a manutenção dos princípios de participação e de sinergia de conhecimentos, experiências e perícias<sup>12</sup>.

*9 República da Guiné-Bissau, Ministério da Saúde Pública (2017). A Saúde na Guiné-Bissau: antecedentes e situação atual. Contributos para a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III 2018-2022. Bissau, Abril.*

*10 Que incluiu os Ministérios da Economia, do Plano e Integração Regional (MEPIR) Finanças (MinFin), Educação e Ensino Superior (MEES), Função Pública (MINFUP), das Mulheres, Recursos Naturais e Transportes e Comunicação e Agricultura. Fizeram parte deste órgão, parceiros internacionais, bilaterais e multilaterais interessados nas questões de saúde.*

*11 A CTS foi presidida pelos Diretores-Gerais do MINSAP e fizeram parte dela, além dos dirigentes nacionais dos serviços técnicos do MINSAP, parceiros técnicos e financeiros (UE, OMS, FNUAP e UNICEF).*

*12 O GC: estabeleceu o calendário para todo o processo; garantiu que o Governo assumisse, através dos dirigentes do MINSAP, a liderança de todo o processo técnico; assegurou que o Governo mantivesse a liderança política do processo através das reuniões do CP; manteve o diálogo alargado com os dirigentes e técnicos do SS, os dirigentes dos MEPIR, MINFUP, MEES e MINFIN, os principais organismos e agências de cooperação internacional, incluindo as ONG, sindicatos, associações e ordens e com todas as forças políticas com assento parlamentar.*

## CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO, ECONÓMICO E SOCIAL

A República da Guiné-Bissau fica na costa ocidental de África. É de realçar uma componente insular com 88 ilhas correspondentes a 22% do território nacional. Manteve-se sob administração portuguesa até Setembro de 1974 quando alcançou a sua independência.

## POPULAÇÃO

Em 2016, a população da Guiné-Bissau foi estimada em cerca 1 743 652 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,2%), caracterizada por uma população muito jovem: cerca de 54% da população tem menos de 15 anos de idade. As mulheres representam 51% da população e 49% tem entre 15 e 49 anos de idade. A esperança média de vida à nascença é de 52,4 anos (54,1 para o sexo feminino e 51,5 para o sexo masculino). Cerca de 42% da população vive em zonas urbanas<sup>13</sup>.

Os indicadores demográficos registam uma melhoria no sentido de uma transição demográfica: a taxa de mortalidade baixou no tempo simultaneamente com a taxa de natalidade e o índice de fecundidade<sup>14</sup>.

A ocupação do território é mais densa em Biombo, intermédia no leste e sul e mais baixa nas regiões mais ocidentais.

Existem entre dez e trinta etnias no País<sup>15</sup>. No entanto, cinco grupos étnicos representam mais de 85% do total da população (Fula, Balanta, Mandinga, Manjaco e Papel). Além da diversidade étnica, no País coabitam também diferentes credos religiosos (muçulmanos, católicos, protestantes e animistas).

A língua oficial é o português, sendo que o crioulo é a língua de comunicação oral mais utilizada em todo o território nacional.

## GOVERNAÇÃO

O poder é formalmente exercido através de um sistema de democracia multipartidária, semipresidencialista. O Presidente é eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um. A Assembleia Nacional Popular é eleita por 4 anos. Formalmente existe a separação de poderes Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. Desde o conflito político-militar de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato, vivendo-se situações de instabilidade política e institucional permanente. Esta situação reflete-se no Índice Ibrahim de Governação Africana de 2016 em que a Guiné-Bissau se encontra colocada em 44º lugar, imediatamente acima de Angola, entre 54 Países africanos<sup>16</sup>.

<sup>13</sup> <http://www.stat-guineebissau.com/> consultado a 13 de fevereiro de 2017.

<sup>14</sup> República da Guiné-Bissau, Ministério Da Educação Nacional (2015). *Relatório da Situação do Sistema Educativo Para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases. Relatório de Agosto de 2015*

<sup>15</sup> Não existe consenso sobre o que constitui uma etnia. 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)

<sup>16</sup> <http://mo.ibrahim.foundation/pt-pt/iaaq/> consultado a 25 de março de 2017.

Esta situação não tem favorecido o crescimento económico nem facilitado políticas sociais e económicas coerentes. A dependência da comunidade internacional em setores como a economia, a saúde e a educação é quase total.

## DESENVOLVIMENTO E ECONOMIA

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (0,424 em 2014), a República da Guiné-Bissau é o 178º País, de um total de 186 Países<sup>17</sup>.

A economia é frágil, com fraca mobilização dos recursos internos, falta de dinamismo do setor privado e um débil desenvolvimento do capital humano. A agricultura (essencialmente de subsistência, mas com um grande peso da exportação de castanha de caju) e a pesca (artesanal) são os principais setores de atividade económica do País.

Com um PIB per capita de \$590 dólares americanos (2015), cerca de 70% da população vive em pobreza moderada (com 2 dólares americanos ou menos por dia), incluindo 33% em pobreza extrema (com 1 dólar americano ou menos por dia) em 2010<sup>18</sup>.

O rácio da massa salarial, para as receitas fiscais, era de 77,1% em 2000-2003, de 89% em 2006 e de 73,6% em 2015, o que ultrapassa largamente o critério de convergência da UEMOA. Esta tendência leva a atrasos permanentes no pagamento dos salários e, conseqüentemente, a instabilidade social.

As infraestruturas de apoio às atividades económicas são deficientes: uma rede rodoviária escassa e em más condições, portos marítimos obsoletos e degradados, telecomunicações deficientes e dificuldades no fornecimento de energia elétrica.

## EDUCAÇÃO

A educação é um dos setores mais problemáticos do País: deficiente desempenho e RH, financeiros e materiais escassos. A evolução dos indicadores de escolarização não é favorável.

Não obstante, as despesas correntes do Estado executadas e atribuídas ao setor da educação representaram apenas uma média de 11% no período de 2002-2013, bastante abaixo da média dos Países com um nível de riqueza comparável (PIB/habitante compreendido entre 400 e 800 dólares americanos) para os quais a é de 24%<sup>19</sup>.

## Educação e emprego

Em média, um indivíduo ocupado no mercado de trabalho da Guiné-Bissau tem um nível de estudos inferior ao fim do quarto ano do ensino primário. Ou seja, a maioria dos trabalhadores não são totalmente alfabetizados. Sem uma alfabetização completa, é difícil considerar que estes trabalhadores contribuam eficazmente de forma plena e integral para retirar o País da pobreza<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> <http://hdr.undp.org/en/data> consultado a 25 de março de 2017.

<sup>18</sup> World Bank (2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

<sup>19</sup> República da Guiné-Bissau, Ministério da Educação Nacional (2015). *Relatório da Situação do Sistema Educativo Para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases. Relatório de Agosto de 2015*.

<sup>20</sup> República da Guiné-Bissau, Ministério da Educação Nacional (2015). *Relatório da Situação do Sistema Educativo Para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases. Relatório de Agosto de 2015*.

Devido à estreiteza do mercado de trabalho moderno, os indivíduos qualificados que saem do sistema de educação e de formação veem-se armadilhados e sem perspetivas de futuro, uma vez que um número significativo dentre eles não encontra um emprego digno do seu nível de qualificação. Se a questão da inserção profissional já é bastante difícil para os jovens de uma maneira geral, ela é ainda mais dramática para os jovens com estudos superiores<sup>21</sup>.

## Educação e rendimentos

Em contrapartida, um nível elevado de escolaridade está associado a um ganho financeiro relativamente importante. Para um indivíduo licenciado pelo ensino superior é financeiramente mais interessante trabalhar num dos três seguintes setores: o setor moderno privado, a administração pública (exceto educação) e o setor da saúde. Para os diplomados do segundo ciclo do secundário, são, por ordem decrescente de importância, o domínio da saúde, a administração geral (exceto educação) e os serviços.<sup>22</sup>

## Insegurança alimentar nas escolas

A falta de segurança alimentar é o maior risco escolar. Tendo em conta o elevado nível de insegurança alimentar na população, o fornecimento de serviços de alimentação escolar nos estabelecimentos de ensino de nível básico tornou-se uma necessidade para o País. Quase todas (93%) as escolas primárias dispõem de cantinas escolares. No entanto, o serviço das cantinas escolares é fornecido quase exclusivamente com base em fundos externos, geralmente do Programa Alimentar Mundial (PAM) que lhes assegura a maior parte do financiamento e da logística, com o apoio da UE e de algumas ONG internacionais. O Estado intervém muito pouco no processo<sup>23</sup>.

## CONTEXTO REGIONAL

A Guiné-Bissau integra a CEDEAO, a União Económica e Monetária do Oeste Africano (UEMOA) e a OOAS.

No âmbito da integração regional uma série de diretivas sobre fármacos, formação de pessoal de saúde (médio e superior) e livre circulação dos profissionais de saúde, entre outras, deverão ser transpostas para o *corpus juris* nacional (ver Quadro 20).

## INSUMOS E PROCESSOS NO SISTEMA DE SAÚDE

No texto deste capítulo detalham-se os aspetos referidos no Quadro 2.

Insumos no sistema de saúde	Principais fraquezas
Integração Regional	Adoção das diretivas regionais tem-se processado com grande lentidão.

21 República da Guiné-Bissau, Ministério da Educação Nacional (2015). Relatório da Situação do Sistema Educativo Para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases. Relatório de Agosto de 2015.

22 República da Guiné-Bissau, Ministério da Educação Nacional (2015). Relatório da Situação do Sistema Educativo Para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases. Relatório de Agosto de 2015.

23 República da Guiné-Bissau, Ministério da Educação Nacional (2015). Relatório da Situação do Sistema Educativo Para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases. Relatório de Agosto de 2015.

Liderança, governação, organização e gestão	Mudanças políticas (ou politicamente motivadas) frequentes sem apropriação das políticas e estratégias de saúde vigentes pelos novos líderes. Fraca capacidade de gestão e articulação em todos os níveis do sistema nacional de saúde. Instabilidade institucional devido a movimentos frequentes de gestores/administradores. <b>Coordenação inadequada entre o MINSAP, as regiões e os vários parceiros. Modelo excessivamente centralizado.</b> Atual modelo programático verticalizado, funcionando em paralelo, fragmentando ainda mais o Serviço Nacional de Saúde. Atividade privada não regulamentada. Poucos instrumentos de gestão formalizados: leis orgânicas, visão, missão, legislação, regulamentos, procedimentos, termos de referências para as diferentes categorias de pessoal, etc.
Financiamento	O orçamento regular do MINSAP, das DRS e das estruturas sanitárias (ES) depende maioritariamente do apoio dos parceiros de desenvolvimento. OGE alocado para a saúde é escandalosamente exíguo. Grande parte das ES não têm orçamento de funcionamento, recorrendo a receitas próprias não auditadas de prestação de serviços, vistorias, coimas, multas e outras, criando situações muitas vezes pouco transparentes e sem responsabilização direta.
Recursos humanos	<b>Falta de informação sobre RHS. Desconhecimento e ou desrespeito pelas orientações estratégicas para os RHS em termos de: formação inicial, de promoção, continuada e especializada.</b> Problemas perenes no recrutamento, colocações, retenção e incentivos. Baixa motivação pessoal devido a equipamentos inadequados e falta de formação no uso dos existentes. Atraso frequente no pagamento de salários que por si já são baixos, levando ao múltiplo emprego e à prática de cobranças ilícitas. Faltam instrumentos de gestão de RHS. Profissões da saúde não estão padronizadas. Carreiras não implementadas, com necessidade de atualização. Falta de capacidade para manter supervisão formativa. Instrumentos regulatórios da administração autónoma do Estado (Ordens) não legalizados.
Infraestruturas, equipamentos e produtos de saúde, logística	Fraca institucionalização das aquisições; falta de padronização dos equipamentos e infraestruturas; insuficiência de materiais e equipamentos nas ES; falta de manutenção periódica das infraestruturas e equipamentos; fornecimento irregular de equipamentos médicos, medicamentos e reagentes; desafios na manutenção da rede de frio; gestão de inventário inadequada.
Prestação de serviços	Supervisão irregular; mapa de pessoal mal definido para algumas das ES, em particular as colocadas ao nível de referência nacional; <b>distribuição desigual de RHS</b> em todos os níveis e superlotação na capital; infraestruturas e equipamentos essenciais insuficientes e inadequados para garantir cuidados de qualidade; falha na gestão de mecanismos de comunicação.
Gestão do sistema de informação sanitária	Irregularidade da supervisão; mecanismos de retro informação inadequados; baixo nível de informatização; <b>instrumentos de recolha de dados não harmonizados; mecanismos de monitorização inadequados ou limitados;</b> fraquezas na análise e disseminação sistemática dos dados. Incapacidade de adoção de inovações por falta de sistema de gestão do <b>conhecimento.</b>

**Quadro 2. Principais fraquezas do sistema de saúde da perspetiva dos insumos e processos**

## ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Para compreendermos a organização do sistema de saúde temos que ter noção da organização do mapa sanitário e dos setores público (o Serviço Nacional de Saúde, outros serviços públicos e serviços públicos convencionados com privados), privado e tradicional.

### Mapa sanitário

Do ponto de vista administrativo, a Guiné-Bissau está dividida em **oito regiões e um setor Autónimo** que é capital da República da Guiné-Bissau: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 setores e um Setor Autónimo (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 Oio e a capacidade logística do MINSAP em fazer face às necessidades de respostas de urgência, **subdividiram-se essas duas regiões em quatro.** Assim, o mapa sanitário apresentou-se durante muitos anos com **11 RS**, incluindo o Setor Autónimo de Bissau (SAB)<sup>24</sup>. Mais recentemente a RS de São Domingos foi reintegrada em Cacheu, e a de Oio dividida em duas (Oio e Farim), Farim substituindo assim São Domingos como a 11<sup>a</sup> RS<sup>25</sup>.

As 11 RS foram, desde sempre, divididas em **114 AS** (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.

<sup>24</sup> As RS guineenses correspondem aos distritos sanitários de outros Países africanos.

<sup>25</sup> Desde 31 de Julho de 2009.

## Serviço Nacional de Saúde: organização, infraestruturas e equipamentos

No âmbito da reforma da administração do Estado foram definidas as orgânicas de todos os ministérios da República<sup>26</sup>.

O Serviço Nacional de Saúde da Guiné-Bissau tem três níveis: **local, regional e central**, que correspondem a prestações de serviços de nível primário, secundário e terciário.

### Cuidados primários de saúde e nível local

#### Iniciativas de base comunitária

A revitalização das atividades de saúde de base comunitária estão em implementação há cerca de 4 anos (desde 2013), sendo que neste momento existe praticamente uma cobertura nacional de agentes de saúde comunitária (ASC) já formados de acordo com o **Plano Estratégico Nacional (PEN) de Saúde Comunitária 2016-2020**. O **UNICEF** garante o financiamento do programa dos ASC até 2020.

O objetivo nacional é que **cada ASC abrange 350 indivíduos (cerca de 50 famílias)**. Atualmente cada ASC abrange cerca de 420 indivíduos. Para atingir a meta nacional, um total de **5890 ASCs** precisam ser **empregados até 2022**, ou seja mais de 1500 a mais do que atualmente. Até agora, a sua distribuição não está associada ao risco ou isolamento das AS. Os ASC deveriam ser priorizados para AS de grande isolamento o que, como se pode ver na figura 1, não se verifica.

Com exceção do SAB, onde pouco menos de 50% são do sexo feminino, a **grande maioria dos ASC (20%) são do sexo masculino**, levantando questões de relevância dos critérios de seleção e de compromissos com questões de equidade entre os géneros. As atividades esperadas, os equipamentos necessários e os incentivos estão bem especificados, embora haja discordância entre parceiros de implementação e o MINSAP sobre o que é comportável em termos de incentivos financeiros (anexo 1). Os ASC estão implicados na prestação de vários serviços de saúde, na mobilização de famílias para procurar tratamento ou mulheres para irem às consultas pré-natais, na sensibilização e na informação sobre o comportamento saudável. Os ASCs são fundamentais na sensibilização sobre lavagem das mãos, práticas higiénicas, vacinas, nutrição saudável e prevenção da malária. Eles testam e tratam a malária, tratam as formas simples de pneumonia, e encaminham pacientes para centros de saúde.

Este PNDS propõe (no Parte II – Estratégias Prioritárias) uma variedade de atividades para os ASC, alguns relacionados com o sistema de saúde, outros distribuídos pelos diferentes programas prioritários. Isso foi considerado mais adequado do que incluir a saúde comunitária como um programa prioritário distinto, pois é um canal transversal para várias intervenções.

Embora o MINSAP tenha um programa de saúde comunitária (**Direção de Serviços da Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional, DSSCPMT**), os ASC não fazem oficialmente parte do sistema de saúde Bissau-guineense e o PNDS III exige que o papel dos trabalhadores comunitários de saúde no sistema de saúde seja definido formalmente.

Realça-se ainda a iniciativa de reabilitação de base comunitária (RBC) pela missão holandesa Kimon, num projeto apelidado de Jedidias<sup>27</sup>.

<sup>26</sup> Ainda por aprovar em Conselho de Ministros.

### Iniciativas com base nos CS

Os serviços que deveriam ser de primeiro contato para a prestação de CPS incluem: 3 tipos de CS generalistas (tipos A, B e C), e 4 tipos de centros especializados, mas de primeiro contato [Centros de Tratamento Ambulatório (CTA) do Programa Nacional de Luta Contra o SIDA (PNLS), Centros de Diagnóstico e Tratamento (CDT) do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose<sup>28</sup>, os centros de reabilitação nutricional (CRN), os centros materno-infantis (CMI) e o CS mental].

#### *Centros de saúde generalistas*

Os CS generalistas prestam CPS abrangentes. A nomenclatura A, B e C distingue-os quanto à sua capacidade de intervenção (cuidados mais ou menos complexos como, por exemplo, a realização de cirurgias nos CS tipo A), classificados ainda em rurais e urbanos (anexo 2). Os CS de tipo A estão caracterizados em anexo 3. Em 2017, existem 153 CS, dos quais 5 do tipo A, 15 do tipo B (em condições ideais deveria ter um médico) e 133 do tipo C (sem médico, serviços prestados por enfermeiros). Os CS são responsáveis pela implementação do PMA (Caixa 1).

#### **Caixa 1. Pacote mínimo de atividades**

O PMA é composto por cinco grupos de atividades, nomeadamente atividades curativas, atividades preventivas, atividades orientadas para a população – comunicação e promoção da saúde –, estratégia avançada e atividades de apoio. É da responsabilidade dos CS nas 114 AS do País. Estão definidas as atividades entre os CS os ASC. 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 adoção de certos critérios de dotação mínima do pessoal técnico e a definição das normas de funcionamento das próprias infraestruturas. O pacote mínimo em si, tal como definido, continua a parecer atual e adequado, à exceção de algumas correções que podem ser introduzidas, concretamente na área da saúde da mãe, do RN e no TARV.

<sup>27</sup> Teve início em 2003 no setor de Tite, foi alargando a sua área de atuação, acabando por construir uma sede em Buba, onde se instalou em 2012, depois de ter legalizado a sua atuação com a assinatura de um acordo com o MINSAP em 2011. A sua área de cobertura estende-se às AS de Quínara, Tombali e Bijagós. Atualmente trabalha com 110 voluntários com 6 supervisores. Os voluntários recebem formação inicial e mensalmente o que é recompensado com 2000 FCFA. As suas atividades com as crianças têm uma base domiciliária e recebem 1500 FCFA como bônus de presença e de entrega de relatórios das visitas realizadas. São assistidas 450 crianças (36% com deficiência física, 27% com epilepsia, 13% com deficiência mental, 11% surdos/mudos, 9% invisuais e 4% com multideficiências).

<sup>28</sup> Os CDT encontram-se nos CS e hospitais em: SAB (Antula, Bandim, Belém, Bairro Militar, H Raoul Follereau); Biombo (H Cumura e Quinhamel); Cacheu (H Canchungo, Ngoré, São Domingos); Oio (H Mansoa, Bissorã); Farim (Farim); Bafata (H Bafata, Contubel); Gabu (H Gabu, Pitche); Tombali (H Catió, Quebo); Ilhas (Bubaque).

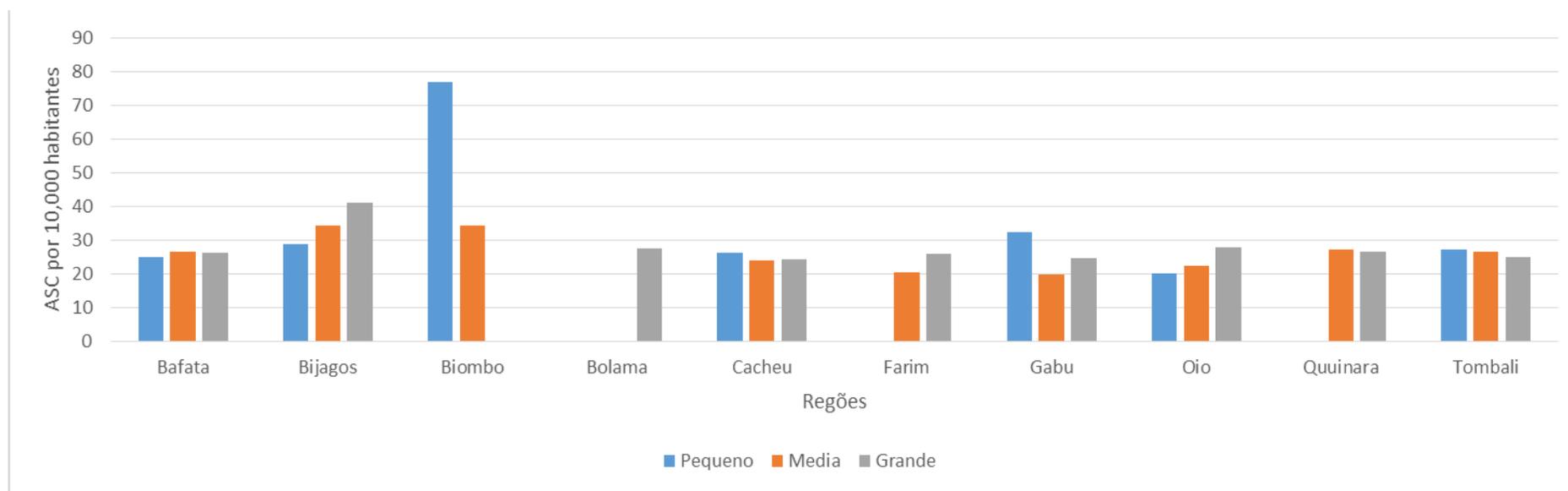


Figura 1. ASC por 10.000 habitantes e grau de isolamento da AS por RS

Durante 2016 a UNICEF avaliou 137 CS (A, B e C): 54% foram considerados em bom estado, só 31% tinham uma vedação, 31% não tinham uma cadeia de frio operacional, 44% tinham abastecimento de água e 49% abastecimento de eletricidade operacionais (na sua grande maioria de painéis solares)<sup>29</sup>. Em março de 2017, 11 CS estavam fechados por falta de estrutura física em condições aceitáveis (anexo 4). Nenhum estava fechado por falta de pessoal.

Os CS são geridos pelas Equipas Técnicas e, até recentemente, pelos Comitês de Gestão da Iniciativa de Bamaco (IB). Desde 2016 existe uma iniciativa do MINSAP, contestada pelas finanças e função pública, de colocar administradores em todos os CS apoiados por exatores que ajudariam no controlo das receitas<sup>30</sup>.

O raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5 km. Com base neste critério, 66% da população não terá ainda acesso geográfico aos serviços, isto é, vive para além dos 5 km da estrutura de prestação de CPS mais próxima (aqui não se englobam as estruturas privadas). Essa visão global da disponibilidade das infraestruturas dos cuidados de saúde é muito diferenciada entre as RS e dentro das mesmas regiões. Por exemplo, na Região de Oio, cerca de 69% da população vive a mais de 5km ES mais próxima. Existem AS com localidades populacionais a mais de 30 km da ES mais próxima (por exemplo: CS Lugajol a 42 km da última tabanca e com zonas montanhosas).

Os mecanismos para aumentar o acesso aos cuidados incluem:

- A estratégia avançada, que envolve saídas de equipas dos CS em percursos pré-determinados para prestar um pacote mínimo de atividades (PMA) (Caixa 1) a populações que vivem entre 5 km (1 hora de caminho) a 20 km do CS da respetiva AS;
- As equipas móveis envolvem saídas de equipas dos CS em percursos pré-determinados para prestar um PMA (Caixa 1) a populações a mais de 20 km do CS da respetiva AS, prevendo-se a necessidade de se pernoitar nas comunidades visitadas. Pouca atenção tem sido dada à implementação de equipas móveis.

#### *Centros de saúde especializados*

Foram criados no mínimo um CTA em cada RS, através do PNLs (anexo 5). Os poucos resultados mostram elevadas taxas de abandono, baixas taxas de seguimento e elevadas taxas de óbito em TARV<sup>31</sup>.

Os CRN (anexo 6) e CMI são na sua maioria apoiados pela Cáritas (anexo 7).

Por último temos o CS mental “Oswaldo M Vieira”, em Bissau, uma estrutura destruída pela guerra civil, reconstruída de raiz e que tenta recuperar o seu estatuto de centro de referência nacional (anexo 8).

---

<sup>29</sup> UNICEF (2016). Health Centre Survey. Power point presentation.

<sup>30</sup> De acordo com o Decreto 1/2017 publicado no BO nº 4 de 25 de janeiro.

<sup>31</sup> Projecto de assistência integrada à saúde sexual e reprodutiva para adolescentes vivendo com VIH/SIDA. Centro de Tratamento Ambulatório (CTA) para VIH/SIDA do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM). Área de intervenção: CTA do HNSM. Responsável dos serviços do CTA: Cândida Rodrigues, Médico Assistente: Faustino Gomes Correia, Psicóloga: Clotilde Neves.

## Nível secundário dos cuidados de saúde nas RS

A nível das capitais das 11 RS, encontram-se as DRS e as Equipas Regionais de Saúde (ERS) (anexo 9).

O nível regional é responsável pela análise da situação regional, pelos microplanos com a previsão de recursos (humanos, materiais e financeiros), programação anual e avaliação/ seguimento.

Existem 5 hospitais regionais (HR) - Bafatá, Catió, Canchungo, Gabú e Mansoa - que prestam cuidados de referência do primeiro nível e cujo diretor faz parte da ERS. A precariedade nos HR é muito semelhante à dos hospitais nacionais (anexo 10).

Junto de alguns dos HR existem casas de mães (anexo 11) apoiadas pela Cáritas e pelo projeto H4+ de Aceleração do Progresso em Saúde Materna e Neonatal.

## Serviços de nível terciário ou nacional

A nível central estão o MINSAP<sup>32</sup>, com Ministro, Secretário de Estado, Secretário-geral, três Direções Gerais, Direções de Serviços/Programas Nacionais<sup>33</sup>, Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) e dois centros especializados de referência nacional: o Centro Mental (psiquiatria) e o Centro de Reabilitação Motora “Dr. Ernesto Moreira”. Estes estabelecimentos encontram-se todos na capital onde se concentra a maior densidade de camas hospitalares.

Ao nível central temos também serviços que normativamente deveriam ser de referência e de nível terciário. No entanto, devido à forma como funciona, optámos por classificar o Centro de Saúde Mental como um CS especializado, prestando CPS. As outras ES de nível terciário estão caracterizadas em anexo 12.

O Hospital Nacional Simão Mendes possui 24 Serviços, dispersos por diversos edifícios (na sua maior parte em deficiente estado de conservação e funcionamento – alguns já sem condições para poderem funcionar com os requisitos mínimos de higiene e salubridade), cujas localizações no “Campus” Hospitalar não privilegiam as necessárias relações funcionais inter-serviços<sup>34</sup>.

Não está definido um quadro de referência e contra-referência entre as ES, pelo que, na prática, nenhum dos serviços funciona com base na referenciação de outras ES ou de outros níveis de cuidados. Os doentes têm acesso direto aos serviços, ou pela urgência ou pelo ambulatório; esta realidade é agravada pela falta de ES de nível secundário e de CS em Bissau. Como a procura é inadequada os cuidados prestados não correspondem necessariamente ao nível de diferenciação terciária. A inadequação dos cuidados prestados deve-se também à falta de RH especializados, de equipamentos necessários

---

32 O MINSAP carece de uma lei orgânica actualizada. A última, aprovada em 2006, define uma organização significativamente diferente da organização vigente hoje em dia que resulta de um despacho ministerial de 2009 e que não se sobrepõe à lei orgânica e não obedece às “Normas Para a Criação, Organização e Controlo dos Serviços Cíveis do Estado” definidas por Ordem Presidencial nº 1/92 de 30 de Junho. A organização e o funcionamento dos Gabinetes Ministeriais, regulam-se pelo Decreto nº 24/85

33 A nomenclatura dos programas confunde-se com a das direções de serviços, com as quais podem coincidir.

34 “PROGRAMA FUNCIONAL” DO HOSPITAL NACIONAL SIMÃO MENDES = Proposta Preliminar = Documento sem data e sem autor.

ou, ainda, à presença de equipamento por instalar ou sem pessoal competente para o utilizar. Esta precaridade está associada a irregularidade nos aprovisionamentos de material clínico-cirúrgico, reagentes, fichas e instrumentos de gestão, etc., à falta de manutenção dos equipamentos, a atrasos no desembolso de fundos de manuseio por parte das entidades responsáveis levando à falta de motivação do pessoal, à baixa produtividade e à erosão das competências técnicas.

Nota-se ainda sobreposição de valências clínicas e de capacidade de diagnóstico entre unidades hospitalares que poderiam ser melhor aproveitadas num complexo hospitalar de nível terciário partilhado entre diversas unidades.

## Programas de saúde

A abordagem programática está geralmente associada a Direções de Serviços no MINSAP, reportam vulgarmente à DGPPS, têm parcerias bem definidas e linhas de financiamento próprias, e são operacionalizadas ou através de campanhas ou das ES do Serviço Nacional de Saúde. Podem ou não ser orientadas por uma política nacional temática, por um documento programático e por planos de ação anuais (figura 2).



Figura 2. Complexo de estratégias, planos, programas e projetos do sistema de saúde guineense em 2017

Estão geralmente previstos indicadores a serem monitorizados. A gestão através de programas centrados nos seus próprios indicadores está geralmente sujeita a uma gestão financeira própria, o que é contrário, ao que seria mais desejável: uma gestão através do sistema de saúde guineense, que exigiria uma atenção especial e um investimento no sistema de financiamento do Serviço Nacional de Saúde, mas potenciará o impacto do apoio no sistema geral de saúde e nos eventuais níveis de cobertura<sup>35</sup>.

35 Ferrinho P, Dramé M, Biai S, Lopes O, de Sousa Jr F, Van Lerberghe W 2013. Perceptions of the usefulness of external support to immunization coverage in Guinea-Bissau: a Delphi analysis of the GAVI-Alliance cash-based support. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 46(1):7-14.

Alguns programas estão claramente priorizados: têm uma política temática e um documento programático, estão orçamentados, vão sendo executados, monitorizados e avaliados, tendo um estatuto bem definido no Serviço Nacional de Saúde (paludismo, tuberculose - TB, VIH/SIDA).

Outros estão desatualizados em termos de política temática e do documento programático, não estão portanto orçamentados, mas vão sendo desenvolvidos com base em documentos de projetos (PIMI, H4+, UE Saúde) enquadrados por metas de âmbito global (redução da mortalidade materna, neonatal e da criança; controlo e mesmo eliminação de doenças preveníveis por vacinação). Estão nesta situação os programas saúde comunitária (que enquadra as iniciativas associadas aos ASC), de saúde reprodutiva, de vacinação, doenças tropicais negligenciadas (DTN) e o de alimentação, nutrição e sobrevivência da criança<sup>36</sup>.

Por último temos um conjunto de programas que existem, pelo menos nominalmente, podem (medicina tradicional) ou não (doenças não transmissíveis - DNT, saúde mental, saúde ambiental e saúde da visão) ter políticas temáticas e PEN, mas que ou não estão atualizados ou priorizados nem pelo Governo nem pelos parceiros em termos de financiamento ou execução.

## Infraestruturas e equipamentos

As infraestruturas não beneficiam de manutenção regular, o que contribui para a sua mais rápida degradação. Esta situação ocorre em todas as estruturas de prestação de cuidados. Os edifícios estão quase todos mal conservados (em 2017 existem 13 ES fechadas e 22 em mau estado por falta de manutenção da infraestrutura) (anexo 3).

Todos os HR, CS tipo "A" e alguns tipo "B" estão equipados com geradores elétricos, mas nenhum está em funcionamento por falta de manutenção regular.

São poucas a DRS que dispõem de viaturas operacionais, necessárias para as suas atividades. Cada CS deveria ter, no mínimo, uma ambulância ou motoambulância para as evacuações de urgência e uma viatura todo o terreno para as atividades de supervisão e de apoio técnico aos CS. 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 diretores regionais utilizam as ambulâncias para missões oficiais em Bissau e deixam os HR 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.

No MINSAP, existe a Direcção de Serviços de Instalações e Equipamentos de Saúde encarregue da coordenação das acções a desenvolver nesse sector (gestão e manutenção de instalações e equipamentos de saúde). Esta confronta-se com a fraca

---

36 Este último tem política e PEN atualizado, está parcialmente contemplado nas atividades e metas dos projetos mencionados, mas carece de atualização para garantir a sua exequibilidade (a execução do programa no seu formato atual exigiria um orçamento equivalente a 14% do PIB da Guiné-Bissau).

capacidade de intervenção devido a escassos recursos em meios humanos, materiais e financeiros. O grosso da equipa dos Serviços de Manutenção Técnica actual, encontra-se no HNSM, a maioria não tem formação especializada para as áreas da manutenção técnica em equipamentos medico-cirúrgicos, instrumentos, mecânica auto e de transportes marítimo para os casos de evacuação em lanchas rápidas (caso das ilhas). De momento apenas se dispõe de 4 técnicos com formação em electromedicina. **Queros** HR quer As estão desprovidos de assistência efetiva. As áreas de Instalações e Equipamentos, designadas no seu conjunto de Património, constituem uma das principais prioridades na reorganização do MINSAP, já que nelas tem origem algum dos principais estrangulamentos para a atividade de serviços e estabelecimentos de saúde.

Esta situação é uma situação generalizada em África. A OOAS revela uma quase ausência de políticas e /ou de estratégias nacionais, relativas à gestão e à manutenção dos equipamentos biomédicos nos Estados-membros da CEDEAO. Na **Costa do Marfim**, por exemplo, **uma política foi desenvolvida desde 2008**, mas ainda **não foi validada**. Nos outros Países, quando essas políticas existem, elas são geralmente obsoletas ou insuficientemente financiadas e aplicadas. A OMS confirma essa tendência. Apenas 34% dos Países da África subsaariana dispõe de uma política, enquanto que a ausência de políticas e estratégias adequadas, como na Guiné-Bissau é, geralmente, considerada como sendo a própria origem do problema<sup>37</sup>.

## Outros setores públicos

O **Setor Militar** tem os seus próprios serviços de saúde. É dirigido por uma Divisão Militar Junto do Estado Maior. Esta Divisão coordena serviços prestados por um **Hospital Militar Principal Sinoguineense** (em Bissau), um **Hospital da Base Aérea** (hospital de dia, também em Bissau) e **Postos de Batalhão** em cada batalhão **por todo o País**. Fora de Bissau os serviços são prestados por enfermeiros. Embora os beneficiários destes serviços sejam os militares e os seus familiares, cerca de 98% dos **utentes** do Hospital Militar Principal Sinoguineense **são civis** vindos de todo o território nacional.

O **Ministério do Interior** tem um consultório médico no ministério e o da **Justiça** está a negociar com o MinFuP a colocação de postos de saúde dirigidos por enfermeiros em cada uma das 4 prisões do País<sup>38</sup>.

## Setor convencionado

No setor convencionado existem relações regidas através de protocolos de parcerias entre o MINSAP e outras entidades. A maioria dos profissionais que exercem nessas estruturas é funcionária do MINSAP que lhes paga o salário.

Os modelos convencionados envolvem a **Igreja Católica (Cáritas)**, algumas ONG como **AHEAD**<sup>39</sup> e a ONG francesa *Entraide Médicale Internationale* - **EMI** e a **Igreja**

---

37 OOAS (2016). *Programa Regional de Reforço e de Harmonização dos Mecanismos e Práticas de Aquisição, de Gestão e de Manutenção dos Equipamentos Biomédicos e Hospitalares no Espaço CEDEAO*.

38 No caso de haver necessidade de apoio médico, este será mobilizado da ES pública mais próxima.

39 No Centro de Referência Nacional de Pneumologia Raoul Follereau,



Evangélica<sup>40</sup>, nomeadamente a Casa Emanuel no processo de convencionar os seus serviços clínicos com o Estado.

## ES convencionadas com a Igreja Católica

As ES convencionadas com a Igreja Católica, todas propriedade desta e com autonomia administrativa, financeira e patrimonial, envolvem:

- **Unidades de Cuidados Hospitalares:** Hospital de Cumura (referência nacional no combate à lepra), Centro Católico de Saúde Materno-Infantil de Quinhamel, Hospital Pediátrico "São José" de Bôr (Centro Confessional Especializado), Centro Médico – Diagnóstico "D. Settimio Arturo Ferrazzetta" (pela complexidade de intervenção o domínio de Avaliação e Exames Complementares de Diagnóstico clínico-laboratorial a nível nacional, é-lhe atribuído estatuto provisório de Centro Confessional Médico de Diagnóstico Especializado).
- **Unidades de Cuidados Ambulatórios:** CS Materno-Infantil de Bandim, Bedanda, Brá, Bula; Cacheu, Caió-Tubebe, Cristo-Redentor, Cuntum-Madina, Ingoré, Suzana, incluindo ainda os Centros de Recuperação Nutricional de Bafatá, Bambadinca, Bigene, Bissorã, Blom, Bubaque, Empada, Farim, Mansoa, Canchungo, Safim, Nhoma e recentemente Catió e Buba.
- **Unidades de Produção de Medicamentos de Medicina Tradicional:** Farmácia de Bairro da Ajuda, Farmácia de Bedanda, Farmácia de Bôr, Farmácia de Bubaque, Farmácia de Catió, Farmácia de Farim, Farmácia de Gabú, Farmácia de Mansoa.

Existem ainda as Casas de Mães instaladas em várias RS com o apoio da Cáritas (anexo 11).

Está previsto que todas as futuras ES a serem criadas pela Igreja Católica, farão parte do atual protocolo.

Ainda na vigência de presente protocolo, o MINSAP autoriza as dioceses, através da Cáritas Guiné-Bissau a desenvolver atividades de saúde a nível das seguintes ES pertencentes ao MINSAP: CS da Região de Oio, CRN de Gabú e CS em Tite (Quinara).

## Convenção com a EMI

A convenção com a EMI data de 2009. Funcionou inicialmente no Hospital de Mansoa. Este modelo de parceria permitia que a EMI contribuísse diretamente ou através de um outro parceiro para a construção de infraestruturas, para a formação de pessoal técnico, bem como para o fornecimento de equipamentos, materiais e medicamentos. Neste caso, em particular, o funcionamento do Hospital de Mansoa era suportado pela receita gerada pelo próprio na sua atividade de prestação de cuidados de uma forma rigorosamente auditada; o modelo está agora também a ser aplicado nos hospitais e nos CS do País. As ES mantêm-se propriedade do Estado.

Realça-se, desde 2014, a intervenção da EMI no HNSM<sup>41</sup>.

Considerando a necessidade de sanar os vícios no Despacho nº25/GMSP de 2014, com base nos problemas existentes nesta altura no HNSM, foi introduzida uma adenda através do Despacho nº 100/GMSP de 23/12/2016, para reforçar a gestão hospitalar no

---

<sup>40</sup> Centros de saúde a sul, leste e ilhas.

<sup>41</sup> Despacho nº 25 de 2014 e 2016, do ministro da saúde.

domínio das receitas e despesas, com vista ao cumprimento de alguns eixos prioritários a saber:

- Pagamento de salários em atraso;
- Implementação e pagamento de prémio desempenho;
- Combate a insalubridade;
- Aquisição e manutenção dos equipamentos médicos;
- Apoio aos carenciados.

Para tal, a EMI colocou junto da direção do HNSM 3 técnicos para a assessorar em: 1. gestão hospitalar; 2. linhas funcionais, gestão administrativa, gestão financeira e RH e serviço social; 3. Auditoria dos programas e controlo das receitas.

Este quadro representa na realidade o apoio baseado em subvenções dos atos médicos, pagos através da EMI pelo Fundo da UE para o HNSM, o qual obriga desde o início do programa a um comprometimento entre as partes (Direção HNSM e EMI, através da sua Assistência Técnica), com objetivos de reforçar a gestão hospitalar no domínio das receitas e despesas, com vista ao cumprimento dos cinco eixos prioritários mencionados acima.

## Setores privados

O serviço público de saúde (convencionado ou não) é complementado por um **setor privado lucrativo**. Este emergiu quando o Governo emitiu, através de um despacho do Primeiro-Ministro em 1990, uma autorização que permitiu a abertura de consultórios médicos individuais e coletivos, gabinetes de odontologia e postos de enfermagem privados, sujeitos ao controlo do MINSAP.

Em 2007, identificaram-se, em Bissau, um total de 28 estruturas de prestação de cuidados do setor privado lucrativo, entre as quais 14 “clínicas” (unidades com internamento; algumas destas estruturas fazem até intervenções cirúrgicas) e 14 consultórios médicos (unidades que prestam cuidados em ambulatório). Há também estruturas privadas nas RS, principalmente nas sedes regionais com HR. Existem também imensos postos médicos ou de enfermagem dirigidos por enfermeiros ou parteiras, estando alguns legalmente autorizados a fazer circuncisões, pensos e outros tratamentos.

Em dezembro de 2016, equipas da **IGAS** efetuaram visitas técnicas a algumas clínicas privadas e consultórios médicos em Bissau e arredores<sup>42</sup>. Das clínicas privadas visitadas somente duas mostraram condições aceitáveis de funcionamento, faltando no entanto a documentação necessária. Dos consultórios médicos visitados somente dois exibiram requisitos aceitáveis de funcionamento, faltando novamente a documentação necessária



Foi igualmente recenseado um total de 138 farmácias e postos de venda de medicamentos em todo o País. Em novembro e dezembro de **2014** equipas da IGAS acompanhados de representantes da ANAPROFARMA, efetuaram uma inspeção sistemática das 78 farmácias e 33 postos de venda de medicamentos de Bissau. Só 4 farmácias e 1 estabelecimentos de venda de medicamentos foram considerados aptos

---

<sup>42</sup> IGAS (2017). *Visitas Técnicas às Clínicas Privadas e Consultórios Médicos. Bissau, março de 2017.*

para continuar as suas atividades, embora a grande maioria (107) precisasse de fazer melhorias, mantendo-se 37 abertos condicionalmente e 70 foram encerrados<sup>43</sup>.

Só na segunda metade de 2016 é que foi publicado o despacho regulamentar nº 37/GMS/2016 que aprova o regime jurídico aplicável ao licenciamento e fiscalização das clínicas privadas e consultórios médicos e estabelece os requisitos que os mesmos devem observar quanto à instalação, organização e funcionamento. Este despacho prevê a elaboração de um manual de boas práticas, a ser aprovado por despacho do ministro da saúde, ouvidas a Comissão Técnica Nacional, a Ordem dos Médicos, Farmacêuticos e Cirurgiões Dentistas. Este manual deve ser elaborado de modo a permitir, a acreditação das clínicas e dos consultórios médicos, integrando-se no sistema de qualidade em saúde.

## Cuidados médicos transfronteiriços

Quando o sistema de saúde local não responde às necessidades procuram-se apoios nos Países vizinhos, em particular no Senegal e Níger, para onde os pacientes se deslocam por conta própria, ou por evacuação através de Junta Médica ao abrigo de um acordo com Portugal (para onde são evacuados a maioria dos doentes que procuram assistência no estrangeiro através da Junta<sup>44</sup>). Em 2016, 1569 guineenses procuraram evacuação para Portugal através do MINSAP; destes 1025 pedidos de evacuação foram encaminhados à Embaixada de Portugal em Bissau; dos quais 425 conseguiram o visto para tratamento, 76% na faixa etária de 15-49 anos<sup>45</sup>.

Existem também acordos que permitem a evacuação para Marrocos (desde 2016) ou, há mais tempo, para Cuba. Através da Igreja Católica também se evacuam doentes para Itália e, com o apoio de ONG, para Espanha.

## Setor da medicina tradicional

Com a precariedade dos serviços do Serviço Nacional de Saúde, verifica-se uma procura significativa de cuidados no setor tradicional. Existe uma estrutura de gestão e de coordenação deste setor a nível do MINSAP, inserida no Departamento de Saúde Comunitária tendo sido aprovados uma Política de Medicina Tradicional da Guiné Bissau 2010 e um Plano Estratégico para a Medicina Tradicional 2010-2015 que carecem de implementação.

---

43 Esta concessão é direito exclusivo do MINSAP através da DGECS. (n.ºs 1 e 2 do art.º 70º do decreto nº 11/2010, do BO nº 34, 3º suplemento, de 26 de Agosto, do Regime Jurídico de Atividade Farmacêutica na Guiné – Bissau).

44 Guerreiro CS, Ferrinho P, Hartz Z (2015). A evacuação de doentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa para Portugal – estudo de avaliabilidade. *An Inst Hig Med Trop*; 14: 101-108; N`D. AM, Na Nadjé A, Koumare AK (2009). *Étude de la Mise en Place D'un Réseau de Centres de Soins Spécialisés de Haut Niveau en Vue De Reduire les Evacuations Sanitaires Hors de l'Espace UEMOA*.

45 República da Guiné-Bissau, Ministério da Saúde Pública, Direcção Geral de Estabelecimento dos Cuidados de Saúde, Serviço de Mobilidade de Utentes. *Relatório Anual, 2016. Bissau*.

# FINANCIAMENTO E DESPESAS COM A SAÚDE

## Financiamento do setor pelo Estado

O Quadro 3 mostra como o investimento do Estado na saúde flutua significativamente de ano para ano, nunca ultrapassando os 9% do OGE, muito aquém do acordo de 15% assumido no âmbito do compromisso de Abuja.

Quadro 3. Provisões orçamentais 2012 - 2017

Rúbricas	Anos					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Orçamento do Estado	100.397.748.678	102.326.000.000	119.859.094.000	148.221.828.000	ND	ND
Orçamento da saúde	8.606.692.000	9.211.437.000	6.688.829.000	9.344.584.000	ND	ND
Percentagem por ano	9%	9%	6%	6%		

Fonte: Malaria. Note Conceptuelle, Investir pour Obtenir un Impact. PNUD, Bissau, Janvier 2017

O subfinanciamento do setor da saúde pelo Estado e pelos dadores externos impediu o processo de criação de um Fundo Autónomo destinado ao financiamento da política de gratuidade.

Apesar da limitada dotação orçamental, o MINSAP não consegue executar o seu orçamento integralmente. A execução orçamentária do MINSAP foi de aproximadamente 50% em 2014 e diminuiu para 42% em 2015. A única categoria com altas taxas de execução é geralmente a dos custos de pessoal, o que não reflete necessariamente qualquer priorização do pessoal do setor da saúde - uma simples mudança de orçamento para o pessoal pode apenas resultar da falta de planeamento estratégico e as altas taxas de execução acabam de se beneficiar do mecanismo de pagamento estabelecido. Noutras áreas onde esses mecanismos não existem, as baixas taxas de execução indicam a capacidade limitada do governo para planear e implementar estrategicamente ações de políticas de saúde a médio e longo prazos<sup>46</sup>.

Em 2017 o MinFin introduziu no OGE um fundo de 50 milhões de FCFA que é distribuído pelas ES atendendo a critérios vários que têm a ver com o número de camas e com o nível de despesas correntes.

### Iniciativa de Bamaco (IB)/Recuperação de custos

O DL Nº4/1997 cria o sistema nacional de comparticipação nos custos de assistência médica e medicamentosa. O Governo decreta que todo o utente do Serviço Nacional de Saúde tem o dever de comparticipar nos custos dos serviços de saúde, de acordo com o nível de rendimentos e de acordo com as modalidades e tabelas instituídas por lei. Decreta também que o Governo estabelecerá o regime de participação popular na gestão dos fundos da assistência médica e medicamentosa<sup>47</sup>.

Estes modelos foram estabelecidos em 2003. Desde então, os serviços de saúde passaram a cobrar legalmente as suas próprias receitas através de um de dois modelos: um modelo denominado de IB e outro de recuperação de custos. Estes modelos e o destino das receitas estão regulamentados por dois despachos ministeriais do MINSAP nº19/2003 e nº 20/2003, ambos de 30 de abril (Quadros 5 e 5).

<sup>46</sup> World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington.

<sup>47</sup> Dias LM (2006). Diagnóstico sobre as mutualidades de saúde na Guiné-Bissau.

**Quadro 4. Despesas elegíveis para as receitas próprias arrecadadas**

Modelos	Receitas	DESPESAS	
		Fundo de maneo	Conta bancaria
Iniciativa de Bamaco		Prémio ao pessoal Pessoal contratado Pequenas despesas	Medicamentos e materiais Manutenção de motorizadas Combustível Taxas e contribuições
Recuperação de custos	Venda de medicamentos, receitas de consultas, análises e outros atos médicos		Incentivos ao pessoal Reposição de stocks Despesas de manutenção, funcionamento e aprovisionamento Saldo para a conta "recuperação de custos"

**Quadro 5. Destino das receitas próprias arrecadadas**

Serviço	Destino	Porcentagem
Depósito Central de medicamentos em Bissau, hospitais nacionais e de referência nacional e HR	Incentivos ao pessoal	30%
	Despesas de manutenção	60%
	Conta bancaria de "recuperação de custos"	10%
Outras farmacias e outros serviços do MINSa situados em Bissau	Incentivos ao pessoal	20%
	Despesas de manutenção	40%
	Conta bancaria de "recuperação de custos"	30%
Depósitos regionais de medicamentos e farmacias das áreas de saúde e outros serviços do MINSa situados nas regiões de saúde	Incentivos ao pessoal	30%
	Despesas de manutenção	40%
	Conta bancaria de "recuperação de custos"	30%

Estes despachos regulamentam também como se faz a atribuição diferenciada dos incentivos pelos diferentes grupos de funcionários<sup>48</sup>.

Foram sendo identificadas limitações e dificuldades de implementação, associadas ao 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 IB**, 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. Perante esta situação, a **IB foi sendo abandonada** sem nunca ter sido oficialmente terminada.

Nos hospitais e CS, perante a falha do Estado em orçamentar as despesas correntes de funcionamento das ES desenvolveu-se uma dinâmica não regulamentada e não auditada de comparticipação nos custos dos atos de cuidados de saúde, e venda de medicamentos na farmácia dos hospitais, controlada ou não pela gestão da ES, e criando muitas oportunidades para **cobranças ilícitas**. Estas receitas próprias servem, pelo menos em parte, para financiar o funcionamento ES e para complementar os salários dos funcionários, funcionando como incentivos perversos à prática de atos profissionais desnecessários.

Estas práticas, que **limitam o retorno para o Tesouro**, foram praticadas sob a capa de um despacho conjunto dos Ministros das Finanças e Saúde de 2009 que dispensava o setor da saúde de transferir as receitas próprias para o Tesouro. Mas o Decreto 1/2017 publicado no BO nº 4 de 25 de janeiro de 2017 introduz novas regras de gestão das

<sup>48</sup> República da Guiné-Bissau, Ministério da Saúde Pública, Direcção Administrativa e Financeira (2003). Recuperação de custos (Instruções para a afectação das receitas às despesas). Assistência Técnica aos Ministérios da Economia e Finanças, Educação Nacional e Saúde Pública. Junho 2003.

finanças públicas, nomeadamente no que se refere à arrecadação das receitas e realização das despesas públicas, criando junto do MinFin uma estrutura, o **Comité de Tesouraria**, cuja tarefa principal é a de proceder à análise e validação das programações e realização de despesas públicas engajadas e liquidadas, de acordo com os recursos financeiros disponíveis e as prioridades definidas. O Comité de Tesouraria estará representado em todas as ES com pelo menos um exator, que arrecada as receitas e as transfere, de preferência diariamente, para o Comité de Tesouraria, que consolida as contas de cada ES mensalmente, **devolvendo** para as suas contas bancárias **60% da receita arrecadada**. Dessa quantia, 40% são para o fundo de manuseio da ES, 30% para o seu fundo de incentivos da ES e 30% são colocados na conta bancária da ES para reposição dos medicamentos e outros materiais médico-cirúrgicos. Dos 40%, as DRS recebem uma percentagem (5% dos CS tipo C, 10% dos CS tipo B e A, 15% dos HR). A **curta experiência de implementação** destas orientações no primeiro semestre de 2017 mostra que **as receitas, uma vez arrecadadas pelo MinFin, não têm sido transferidas para as** contas bancárias das ES.

A disponibilidade de receitas próprias é muito importante para as ES. No Fórum materno-infantil de julho de 2016, Ucala Mendes, administrador do HR de Catió ilustrou a relevância da utilização das receitas dos atos médicos e das subvenções do programa para a redução da mortalidade materno infantil e melhoria de qualidade dos serviços<sup>49</sup>.

## Gastos diretos das famílias com a saúde

Quando se tomam em consideração os pagamentos diretos para a saúde como parte das despesas domésticas não alimentares, a situação suscita algumas preocupações: as famílias em **Gabú e Cacheu**, regiões com níveis elevados de pobreza extrema, gastam em média, respetivamente, **24% e 19 % do seu consumo não alimentar em cuidados de saúde**. As outras duas regiões onde as famílias também gastam uma grande parte do consumo não alimentar em saúde são Bolama e Biombo, ambos com níveis intermediários de pobreza extrema<sup>50</sup>.

A maioria dos pagamentos diretos são para medicamentos, o que é uniforme em todas as regiões do País. Nas áreas urbanas, as pessoas gastam mais em exames médicos, consultas médicas e internamentos do que nas áreas rurais<sup>51</sup>.

Aproximadamente 12% das famílias sofreram despesas catastróficas com a saúde<sup>52</sup>. A incidência de pagamentos catastróficos é maior em Gabú, Bolama e Biombo do que noutras regiões. Os pagamentos catastróficos são mais comuns entre as famílias nas áreas rurais (16%) do que nas áreas urbanas (11,3%)<sup>53</sup>.

---

49 República da Guiné-Bissau, Ministério da Saúde (2016). Relatório: Fórum Nacional de Saúde Materno Infantil "Avanços e desafios na redução da mortalidade materno infantil na Guiné-Bissau". INASA - Bissau, 12 – 13 Julho 2016.

50 World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington.

51 World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington.

52 As despesas catastróficas com a saúde ocorrem quando uma família aloca mais de 40% dos gastos não-alimentares das famílias com os cuidados de saúde.

53 World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington.

## Mutualidades de saúde

Na Guiné-Bissau, além da IB por parte do MINSAP, existem outras formas de participação comunitária (contribuição financeira) chamada de “abota”: uma cotização que se realiza a nível de uma comunidade para mobilização de fundos destinados a suportar as despesas dos membros das famílias participantes.

Em termos mais formais, como numa mutualidade de saúde, atualmente podemos falar somente da existência em Cacheu e Oio, sendo a mutualidade de Varela, que emergiu com o apoio da ONG AD – Ação para o Desenvolvimento, a mais reconhecida<sup>54</sup>. No entanto, deve ser considerada a experiência de há cerca de 30 anos da Guiné-Bissau com mecanismos de base comunitária para financiamento solidário das despesas com a saúde<sup>55</sup>.

O subdesenvolvimento das mutualidades está associado por um lado ao risco financeiro e, por outro, à falta de enquadramento jurídico.

Mais recentemente, na esteira do interesse da UEMOA sobre mutualidades, tomaram-se alguns passos para corrigir esta falta de enquadramento jurídico. Está preparado um Despacho Conjunto (MEPIR, MinFin e MINSAP) de Institucionalização do Programa Nacional de Registo, Coordenação, Seguimento e Controlo das Atividades das Associações, Uniões e Federações de Mutualidades Sociais Para Fins de Saúde, que reconhece no seu preâmbulo o falhanço da IB e que tem por objetivo “a implementação e execução das normas e diretrizes estabelecidos nos Regulamentos 07/2009/CM/UEMOA, de 26 de Junho, 002/2011/CM/UEMOA e 003/2011/CM/UEMOA de 31 de Agosto, relativos às modalidades e procedimentos de constituição, acreditação e registo, bem como, às regras de prudência sobre os riscos mínimos ligados aos mecanismos de garantias e do controlo de funcionamento das associações, uniões e federações de mutualidades sociais para fins de saúde”. Para tal a UEMOA disponibilizou um fundo de 30 milhões de FCFA para viabilizar o Decreto do Governo Para Institucionalização do Fundo Nacional de Garantia Para Atividades das Associações, Uniões e Federações de Mutualistas Sociais, ainda por aprovar<sup>56</sup>.

## Instituto Nacional de Segurança Social (INSS)

O regime de proteção social, através do INSS, sob a alçada do minfup, contempla uma componente direcionada para o setor da saúde que consiste, particularmente, na comparticipação monetária da assistência médica e medicamentosa dos cidadãos,

---

54 Dias LM (2006). *Diagnóstico sobre as mutualidades de saúde na Guiné – Bissau*. Consultado a 11 de março de 2017 em [https://www.google.com/search?q=Dias+LM+\(2006\).+Diagn%C3%B3stico+sobre+as+mutualidades+de+sa%C3%BAde+na+Guin%C3%A9+Bissau.&aq=chrome..69i57.6695j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Dias+LM+(2006).+Diagn%C3%B3stico+sobre+as+mutualidades+de+sa%C3%BAde+na+Guin%C3%A9+Bissau.&aq=chrome..69i57.6695j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

55 Chabot J, Savage F. *A community health project in Africa*. St. Albans (UK), Teaching Aids at Low Cost (TALC), 1984; Chabot J et al. *National community health insurance at village level: the case from Guinea Bissau*. *Health Policy and Planning*, 1991, 6,1: 46-54; 35 World Bank. *Health sector memorandum*. 21 May 1987; Eklund P, Stavem K. *Prepaid financing of primary health care in Guinea-Bissau, an assessment of 18 village health posts*. Washington DC, Africa Technical Department of the World Bank, 1990 (WPS 488); Tanner K. *Impact of structural adjustment and policy choices for promoting the welfare of children and women in Guinea*. Bissau, UNICEF, 1990; Knippeneberg R et al. *Joint report on progress assessment of BI in Guinea Bissau*. UNICEF and WHO, February 1991 (unpublished draft); Arhin-Tenkorang D. *Health Insurance for the Informal Sector in Africa: Design Features, Risk Protection, and Resource Mobilization*. *Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series Paper No. WG3 : 1, September 2001*.

56 Em observância ao artigo 63.º do Regulamento n.º 07/2009/CM/UEMOA, de 26 de Junho, relativo a regulação da mutualidade social no seio dos Estados membros da UEMOA.

incluindo as evacuações para o exterior no setor privado da economia. A comparticipação de medicamentos é de 75% se estes forem para o beneficiário (pelo qual a entidade patronal efetua descontos), ou de 50% se para um membro do agregado familiar.

No regime geral de descontos para o INSS, são descontados 22% do salário do trabalhador, com 14% a cargo da entidade patronal e 8% do próprio beneficiário. Existe ainda um Seguro de Doenças Obrigatório (SDO<sup>57</sup>). Efetivamente, o SDO concerne apenas uma pequena franja da população, a saber, os assalariados do Estado e das coletividades, os assalariados contratuais do público e do privado e os reformados. Neste momento, o SDO não cobre nem a totalidade este alvo. O que se tem observado é que embora os funcionários públicos façam os seus descontos nas folhas salariais, estes nem sempre são canalizados para o INSS<sup>58</sup>.

O reduzido número de contribuintes, que pertencem somente ao setor privado, prende-se, economicamente, com a predominância do setor informal na economia guineense. Isto conduz a uma situação onde apenas uma insignificante minoria da população do País desconta para a sua Segurança Social.

A contribuição do SDO no financiamento de saúde em 2011 foi quase inexistente, correspondendo a 1,1 % das despesas correntes de saúde<sup>59</sup>, não muito diferente dos números apresentados para 2006 no Quadro 6.

**Quadro 6. Resumo dos fluxos contributivos – estimativas para 2006**

Proveitos	Valor (FCFA) 2006	Valor (FCFA) 2016 <sup>60</sup>
Total	871.650.557	
Taxa 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	7.848.400	

Fonte: INSS, 2007.

Dados baseados em 10 meses de 2006

## Financiamento externo e parcerias

Como temos vindo a realçar, os parceiros externos são importantes financiadores do setor da saúde, particularmente os multilaterais (Quadro 7).

57 A nomenclatura é pouco precisa. Este seguro é referido tanto como de doença obrigatório ou de acidente de trabalho, referindo-se ao mesmo.

58 Ministério da Saúde Pública (2016). Contas De Saúde. Bissau, Instituto Nacional de Estatística.

59 Ministério da Saúde Pública (2016). Contas De Saúde. Bissau, Instituto Nacional de Estatística.

60 Aguardam-se dados mais recentes do Instituto Nacional de Segurança Social.

Quadro 7. Ajuda externa ao setor da Saúde, em USD, no triênio 2003-2016

Parceiros	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017-2021	2018-2020
BM	3235643	1887132	3067423	2740559	910046	694003		656484	1044322						21000000	
BAD	-	391110	4565506	4565506	2680727	1125297	1252313	892037	2119338	887285	5525279	6640635	825539			
UNICEF	4624200	4624200	2625200						12156342				806201	295465		
OMS	1456000	1792003	1792003	771163					530810	291357	383542	540802	415047	558428		
UNFPA	2701000	2701000	2701000	2701000				12000	62964	57802	18667					
ONUSIDA									115918							
UE															29964000	3960000
Total Multilateral	12016843	11395445	14751132	10778228	3590773	1819300	1252313	1676439	15913776	1236445	5927489	7181438	2046787	853893	50964000	3960000
Fundo Global	-	-	2278090	2278090		679280	2906354	6950771	14991389	3522870	13394309	2259489	5673986	10898406	23170448	39072000
GAVI	84600	84600	112767	112767							112904	95786	187349	367470	386548	3960000
Total subvenções	84600	84600	2390857	2390857	-	679280	2906354	6950771	14991389	3522870	13507213	2355275	5861335	11265876	23556996	43032000
OOAS									109235							
Total Sub-região	-	-	-	-	-	-	-	-	109235	-	-	-	-	-	-	-
Coop.Francesa				110000					28543							
Coop.Portuguesa	1515817	1515817	1721032	1721032		36284			2048244		7339	27905				
Coop.Brasileira																
	Medicamentos ARV e formação de quadros nacionais em TARV															
Luxemburgo									135070							
Bilateral	1515817	1515817	1721032	1831032	-	36284	-	-	2211858	-	7339	27905	-	-	-	-
PlanGuiné-Bissau	318310	318310	318310	930400												
ONG	318310	318310	318310	930400	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	13935570	13314172	19181331	15930517	3590773	2534864	4158667	8627210	33226258	4759315	19442042	9564618	7908122	12119769	74520996	46992000
OGE						5949996	4838602	5290902	5254206	7232142		6529132	7512446	7448174		
Total Geral	13935570	13314172	19181331	15930517	3590773	8484860	8997269	13918112	38480464	11991456	19442042	16093750	15420568	19567943	74520996	46992000

De um modo geral na Guiné-Bissau os sete maiores parceiros de desenvolvimento têm sido a UE, o sistema das Nações Unidas, Banco Mundial, Fundo Global, Banco Africano de Desenvolvimento BAD, Portugal e Espanha. Entre os multilaterais realçam-se ainda a Comunidade Económica de Estados da África Ocidental (CEDEAO), a União Económica Monetária da África Ocidental (UEMOA), o Banco de Desenvolvimento da África Ocidental (BDAO). Dos parceiros da cooperação bilateral realçam-se os dinamarqueses com o apoio ao Projeto de Saúde de Bandim (PSB), a Cooperação Francesa, a Cooperação Portuguesa e a Cooperação Brasileira e, mais recentemente a China, Marrocos, Índia, Irão e Nigéria. A forma de participação de cada uma destas instituições é variável e depende de protocolos anuais de colaboração de natureza bilateral ou multilateral (anexo 13). Os parceiros bilaterais representaram 27% dos dispêndios da ajuda em 2010, enquanto o remanescente foi promovido pelos doadores multilaterais. Os principais setores para os quais foi canalizada a ajuda em 2010 foram a governação (28%) a saúde (20%) e a educação (16%)<sup>61</sup>.

No dia 25 de Março de 2015, o Governo da Guiné-Bissau apresentou numa mesa redonda em Bruxelas o Plano Estratégico e Operacional 2015-2020 “Terra Ranka”. No encontro estiveram presentes cerca de 300 participantes que apoiaram o projeto de desenvolvimento do País, um plano desenhado por guineenses e para guineenses, até 2025. A execução destes compromissos foi comprometida com a crise política que se instalou logo a seguir e que persiste até hoje<sup>62</sup>.

## Monitorização das parcerias no quadro do UHC2030

Em 2013 a Guiné-Bissau assinou um pacto de adesão à *International Health Partnerships Plus (IHP+)* (em Maio de 2017, redenominado *Universal Health Coverage 2030 – UHC2030*). O relatório do ciclo de monitorização mais recente chama a atenção para alguns aspetos do relacionamento com os parceiros que precisam da atenção, tanto deles como do Governo, nomeadamente as oportunidades que têm de ser desenvolvidas para reforçar a responsabilização mútua, para aumentar a previsibilidade da cooperação para o desenvolvimento, para utilização de sistemas de gestão de financiamentos públicos e para desenvolver os sistemas nacionais de aquisições e abastecimento. Neste contexto está previsto a assinatura de um protocolo entre o Governo e os parceiros no sentido de permitir uma auditoria transparente da forma como são utilizados os financiamentos alocados pelos parceiros aos diferentes programas nacionais.

## Gratuidade dos serviços de saúde

Apesar da adoção da política de recuperação de custos, vários serviços têm-se mantido gratuitos.

Como exemplo temos os serviços prestados no âmbito da estratégia avançada (vacinação, pesagem, rastreio do VIH).

---

<sup>61</sup> República da Guiné-Bissau (2015). Relatório Sobre Progresso na Implementação do Programa de Acção de Istambul na Guiné-Bissau. Bissau, dezembro.

<sup>62</sup> República da Guiné-Bissau (2015). Relatório Sobre Progresso na Implementação do Programa de Acção de Istambul na Guiné-Bissau. Bissau, dezembro.

Ao adotar a política de recuperação de custos, nomeadamente através da falhada IB, o Governo teve o cuidado de garantir a gratuidade dos medicamentos para doentes de TB, de SIDA e do foro mental.

Mais recentemente, com o apoio dos parceiros, essa gratuidade estendeu-se ao grupo das grávidas, crianças com menos de 5 anos de<sup>63</sup> e idosos (com 60 anos ou mais).

Um Fórum Nacional de Saúde Materno-Infantil em 12 e 13 de julho de 2016 serviu para mostrar o impacto positivo da gratuidade na cobertura, mas também para realçar alguns problemas, nomeadamente: falta de acesso a medicamentos gratuitos dos grupos alvo, por desconhecimento por parte dos técnicos de saúde; existência dos mesmos medicamentos essenciais à venda na CECOME, situação que se confunde com as de gratuidade; fraca implicação das DRS no seguimento do funcionamento da gratuidade<sup>64</sup>.

## RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

A evolução dos rácios de profissionais por 10 000 habitantes têm-se mostrado favoráveis para todos os grupos profissionais exceto para os médicos e técnicos de radiologia (Quadro 8).

**Quadro 8. Rácio de habitantes por grupos profissionais, parteiras e técnicos de radiologia**

Ano	População	Médico/10 <sup>4</sup> h	Enfermeiro/10 <sup>4</sup> h	Parteira/10 <sup>4</sup> MIF	Tec lab/10 <sup>4</sup> h	Tec farm/10 <sup>4</sup> h	Tec radiologia/10 <sup>4</sup> h	Admin contabilidade/10 <sup>4</sup> h
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
2016	1 743 652	1,22	6,08	2,30	1,00	0,20	0,005	0,75

MIF – mulheres em idade fértil

Observa-se, no entanto, uma baixa diferenciação (apenas 29% do total de médicos são especialistas<sup>65</sup>), difícil retenção e desigual distribuição (por nível de cuidados diminuiu o pessoal ao nível primário e aumentou ao nível secundário e terciário; e regional. Aumentou ligeiramente o peso percentual dos profissionais de nível superior, duplicou o peso relativo dos profissionais de nível médio e o peso dos auxiliares é residual (Quadro 9).

SAB e Biombo apresentam médicos, técnicos de laboratório e parteiras acima de 1 por 10000 habitantes, e enfermeiros acima de 10 por 10000 habitantes. Bolama/Bijagós têm técnicos de laboratório e de farmácia acima de 1 por 10000 habitantes. Oio também tem técnicos de laboratório acima de 1 por 10000 habitantes. As RS com maior carga de mortalidade, Gabú e Bafatá, enfrentam escassez crítica de RHS (Quadro 10)<sup>66</sup>.

Perante a escassez de RHS é paradoxal que se comece a fazer sentir o espectro do desemprego, particularmente entre médicos e enfermeiros. Existem atualmente (abril de 2017) 92 médicos no desemprego que só serão contratados no setor público desde que façam os primeiros 5 anos na periferia.



63 Despacho do Ministro da Saúde Pública para Adopção da Grelha da Gratuidade do Programa para a redução da Mortalidade Materno-Infantil (PIMI) – Despacho nº 24/GMSP de 17 de dezembro de 2013.

64 República da Guiné-Bissau, Ministério da Saúde (2016). Relatório: Fórum Nacional de Saúde Materno Infantil “Avanços e desafios na redução da mortalidade materno infantil na Guiné-Bissau”. INASA - Bissau, 12 – 13 Julho 2016.

65 World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington.

66 World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington.

**Quadro 9. RHS do Serviço Nacional de Saúde por carreira e por nível de cuidados**

Categoria Profissional	2016					2007	
	1.º ano	2.º ano	3.º ano	Total	%	Total	%
Nível Superior	48	64	117	229	15,91	126	10,9%
Médico Especialista	4	10	34	48	3,34	5	0,4%
Médico Generalista	44	54	77	175	12,16	116	10,0%
Estomatologista (dentista)	0	0	2	2	0,14	2	0,2%
Farmacêutico	0	0	4	4	0,28	3	0,3%
Nível Médio	536	230	355	1121	77,90	448	38,6%
Enfermeiro Generalista	401	169	226	796	55,32	219	18,9%
Parteira	74	20	52	146	10,15	149	12,8%
Técnico de Laboratório	49	23	57	129	8,96	52	4,5%
Técnico de Estomatologia	0	1	2	3	0,21	4	0,3%
Técnico de Farmácia	10	10	10	30	2,08	13	1,1%
Técnico de Oftalmologia	2	4	4	10	0,69	1	0,1%
Técnico de Radiologia	0	3	4	7	0,49	10	0,9%
Nível Auxiliar	34	20	35	89	6,18	586	50,5%
Auxiliar de Enfermagem	25	15	13	53	3,68	445	38,4%
Auxiliar de Parteira	1	0	0	1	0,07	16	1,4%
Auxiliar de Laboratório	6	4	17	27	1,88	113	9,7%
Auxiliar de Farmácia	2	1	3	6	0,42	9	0,8%
Auxiliar de Radiologia	0	0	2	2	0,14	3	0,3%
<b>Total</b>	<b>618 (43%)</b>	<b>314 (22%)</b>	<b>507 (35%)</b>	<b>1439</b>	<b>100%</b>	<b>1160</b>	
2007	Total	544	143	473	1160		
	%	47%	12%	41%			

A maioria da força de trabalho da saúde é feminina (59% vs. 52% em 2007). As mulheres estão mais representadas no setor dos cuidados (principalmente aos níveis primário e terciário), com 72% dos RHS (vs. 58% em 2007), e representam uma minoria no setor da administração (central e regional) (18% vs. 39% em 2007).

A mediana da idade fica no grupo etário entre 40 a 49 anos (como em 2007).

**Quadro 10. RHS do Serviço Nacional de Saúde por carreira e por Região Sanitária - números absolutos e por 10 000 habitantes em 2017**

Região	População	Médicos /10 000 h		Enfermeiros/10 00 h		Parteira/10 000 h		Tec. De laboratório/10 000		Tec. De Farmácia/10 000		Outros/10 000	
Região de Bafatá	225516	13	0,58	83	3,68	8	0,35	6	0,27	3	0,13	11	0,49
Região de Bolama/Bijagós	33929	3	0,88	71	20,93	3	0,88	4	1,18	4	1,18	10	2,95
Região de Biombo	94869	21	2,21	103	10,86	17	1,79	14	1,48	1	0,11	12	1,26
Região de Cacheu	199674	18	0,90	89	4,46	16	0,80	10	0,50	3	0,15	23	1,15
Região de Gabú	214520	12	0,56	87	4,06	5	0,23	8	0,37	2	0,09	13	0,61
Região de Oio/Farim	226263	12	0,53	82	3,62	8	0,35	7	0,31	2	0,09	11	0,49
Região de Quinara	65946	2	0,30	47	7,13	4	0,61	7	1,06	2	0,30	9	1,36
Região de Tombali	102482	4	0,39	55	5,37	5	0,49	2	0,20	1	0,10	10	0,98
SAB	384960	126	3,27	438	11,38	76	1,97	115	2,99	16	0,42	254	6,60

Em 2016, a UE e o Banco Mundial apoiaram um workshop organizado pelo Ministério da Função Pública e Trabalho<sup>67</sup> com as principais partes interessadas para analisar as práticas de contratação atuais e propor reformas (Caixa 2).

### **Caixa 2. Problemas com os atuais processos de efetivação e contratação do MINSAP**

Para os sindicatos:

1. Não aplicação do Programa Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) no início;
2. Falta de definição do tempo limite para instituições apresentarem a lista dos candidatos;
3. Falta de concertação entre a Direção dos Recursos Humanos (DRH), Direção Regional de Saúde (DRS), ordens profissionais;
4. Falta de um banco de dados funcional e atualizado no MINSAP;
5. Esvaziamento do poder da Comissão de Colocação (CCT);
6. Insuficiência no cumprimento do Estatuto do Pessoal da Administração Pública (EPAP);
7. Fraca retro informação entre instituições (MINSAP, Primatura, MinFuP);
8. Demora/falta de regularidade na atribuição de subsídios de instalação.

Para o Ministério da Função Pública:

1. Falta de solicitação para abertura do Concurso Público;
2. Falta de clarificação das listas enviadas/pressão dos sindicatos;
3. Falta de classificação das competências (Leis Orgânicas);
4. Atraso na receção do parecer sobre cabimento de verba (MinFin), despacho do Primeiro-ministro e visto do Tribunal de ContaS.

Para o Ministério das Finanças:

1. Processo sem verba;
2. Contratação em massa (processos) sem prévia coordenação entre ministérios relevantes;

Para o MINSAP:

1. Falta de coordenação entre MINSAP e instituição de formação (planificação, previsão de necessidades)
2. Dificuldade na validação de certificado (interno-externo), equivalência no MEES;
3. Fraca capacidade da DRH/Liderança no Serviço Nacional de Saúde;
4. Falta de valorização dos gestores do RH no seio do MINSAP;
5. Inexistência dos Termos de Referencia do pessoal nos serviços de Saúde;
6. Inexistência de um software de gestão de RH;
7. Insuficiência de equipamentos e meios tecnológicos;
8. Não cumprimento dos requisitos legais previstos no EPAP (concurso como regra);
9. Recrutamento sem garantia de efetivação no MinFuP;
10. Falta de Observatório de RH (planificação).

Com base na troca de impressões, foi definido um novo enquadramento para o processo de contratação: os processos de recrutamento e contratação deveriam passar a ser organizados duas vezes por ano (em março e setembro), de acordo com as necessidades de cada nível do sistema de saúde e de acordo com a disponibilidade dos profissionais recém-formados (no País e no exterior). Ao mesmo tempo, o processo de concurso público criaria uma lista de candidatos, identificando as suas preferências regionais.

A situação está ainda agravada pela não implementação das carreiras e pela falta de pagamento atempado dos salários e condições de trabalho inadequadas ao bom exercício profissional. Estas contribuem para a redundância de muita da aprendizagem durante a formação inicial ou nos programas de educação contínua (com uma abordagem fragmentada por programas). Tudo junto resulta numa grande desmotivação da força de trabalho, numa baixa produtividade (Quadro 11), em

<sup>67</sup> R Ministério da Função Pública e Trabalho. Direcção Geral da Função Pública (2016). Revisão dos processos de efetivação e contratação do Ministério da Saúde Pública. (Resumo da atividade). Relatório, março 2016. Bissau,

conflitos laborais, no recurso ao múltiplo emprego (que se acentua com o aumento do setor privado) e à pequena corrupção, incluindo cobranças ilícitas. A questão da fuga de quadros para o estrangeiro foi documentada no passado mas não temos dados recentes.

**Quadro 11. Produtividade das consultas externas do HNSM (número de consultas em ambulatório por médico, por especialidade, por mês, para os meses de janeiro e fevereiro de 2017)**

Especialidade	Nº de consultas por mês
Medicina interna	9
Cirurgia	12
Cardiologia	21
Urologia	21
Nefrologia	29
Medicina Geral	31
Dermatologia	41
Obstetrícia e Ginecologia	44
Ortopedia	48

É notória a ausência de gestão eficaz de RH a todos os níveis, apesar do grande esforço que, no início da década, com o apoio do Banco Mundial, se fez para definir uma política salarial para o setor, uma política de educação/formação dos quadros da saúde e regulamentos de atribuição de bolsas de estudos e para formação contínua. Finalizou-se um “Manual do Gestor de Recursos Humanos - Guia Prático para o Setor da Saúde da Guiné-Bissau” em 2012. Estes instrumentos foram desenvolvidos, colocados à apreciação do Ministro da Saúde em 2011 e 2012, mas nunca receberam despacho. Em 2016, por despacho ministerial do MINSAP, foi criada a terceira Comissão de Colocação e Transferência através do despacho n1/GMSP/2016 de 4 de Janeiro que desenvolveu várias recomendações que ficaram sem efeito com mudanças nas chefias políticas e técnicas do MINSAP.

Para corrigir esta situação o MinFuP está a treinar uma equipa de pouco mais de duas dúzias de gestores de RH, que serão colocados em todos os ministérios para assumirem a direção nacional da força de trabalho do setor público, mantendo-se sobre eles uma dupla tutela: a do ministério de colocação e a do MinFuP.

Os incentivos contemplados na lei são dos mais diversos, mas são poucos os implementados, geralmente com apoio financeiro dos parceiros (Quadro 12). Está também generalizada a prática de pagamento de um reforço salarial com base nas receitas próprias, sem a devida avaliação de desempenho do funcionário recompensado.

**Quadro 12. Subsídios e incentivos financeiros no setor da saúde**

Nome do incentivo e base legal	Especificação
Subsídio de Vela	Funciona de forma esporádica e sem regulamentação; não é pago mensalmente e é separado da folha de vencimentos. Tem havido atrasos no seu pagamento (2015 – 10 meses; 2016 em dívida). de 2011 para a regulamentação de serviço de vela e isolamento. Não chegou a ser aprovado
Subsídio de isolamento	Subsídio para as AS de difícil acesso, divididas em grande, médio e pequeno isolamento com subsídio equivalente a 25, 15 e 10% respetivamente do salário do Agente. Está em discussão a nível dos Sindicatos a sua revisão.
Subsídio de instalação	Destinado às novas colocações, num montante de 150.000 FCFA.

*O Decreto-Lei nº 38/93 regulamenta carreiras do setor e introduz que, por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e das Finanças, poderão ser estabelecidos subsídios ou benefícios aos profissionais da carreira que, em virtude das respetivas funções, se encontrem sujeitos a condições especiais de risco ou isolamento. Existe uma proposta de decreto de 2011 para a regulamentação de serviço de vela e isolamento. Não chegou a ser aprovado ainda a possibilidade de se receberem subsídios decorrentes da integração em determinado projeto de cooperação.*

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*. A prática de **múltiplos empregos e vontade de fazer formação universitária** também interfere com os horários de trabalho.

De forma a modernizar a administração do MINSAP e dos seus organismos, os médicos e enfermeiros (recursos técnicos escassos), têm vindo a ser progressivamente substituídos nas suas funções não-clínicas por administradores profissionais com formação universitária.

As tarefas (*job descriptions*) dos profissionais da saúde publicadas em Boletim Oficial, não são consistentemente aplicadas no País e precisam de atualização<sup>68</sup>.

A administração de RH é orientada por um conjunto de documentos legais elencado no Quadro 13.

<sup>68</sup> Fazemos referência, pelo seu valor histórico, e como exemplo de iniciativa regional louvável, as descrições de tarefas preparadas pela DRS de Gabú nos anos de 1980.

**Quadro 13. Documentos legais orientadores da gestão de RHS**

Legislação	Comentários
Decreto nº 40/1956 Estatuto do Funcionalismo (ultramarino)	Decreto nº 40 / 1956
Lei n.º 8/91, de 3 de Outubro (B.O. 39)	Dispõe sobre a Lei da Liberdade Sindical
Lei n.º 9/91, de 3 de Outubro (B.O. 39)	Dispõe sobre a Lei da Greve
Lei n.º 10/91 de 3 de Outubro (B.O. 39)	Dispõe sobre a Lei de Requisição Civil
Ordem n.º 1/92, de 30 de Junho	Normas Para a Criação, Organização e Controlo dos Serviços Cívicos do Estado
Decreto n.º 30-A/92, de 30 de Junho	Dispõe sobre o Estatuto de Pessoal Dirigente
Decreto n.º 38/93, de 16 de Agosto (B.O. 33)	Dispõe sobre Carreiras Médicas
Decreto n.º 39/93, de 16 de Agosto (B.O. 33)	Dispõe sobre as Carreiras de Enfermagem
Decreto n.º 40/93, de 16 de Agosto (B.O. 33)	Dispõe sobre a Carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêuticos
Decreto n.º 12-A/94, de 28 de Fevereiro	Dispõe sobre o Estatuto do Pessoal da Administração Pública
Lei n.º 9/97, de 26 de Maio	Dispõe sobre as penas a que os funcionários ficam sujeitos no exercício das suas funções
Estatuto Disciplinar dos funcionários e agentes da Administração Central, Regional e Local (Lei 9/97, de 2 de Dezembro – Suplemento ao Boletim Oficial nº 48, de 1997)	Agrava as penalidades pelas infrações cometidas pelos funcionários, agentes administrativos e pessoal contratado ao serviço da Administração Pública
PNDRHSII 2008/2017	Guião nacional para os RHS, só que não está sendo implementado. No domínio de formação várias formações contínuas foram executadas
Decreto nº 7/12	Decreto-lei sobre o desempenho da Administração Pública
BO nº 51 de Dez 2012	Reclassificação e reconversão dos profissionais de Saúde
Decreto nº 51 de 13/2012	Regulamento jurídico sobre as férias, faltas, licenças
Regulamento de atribuição de bolsas	Documento para discussão elaborado desde Abril de 2010
Regulamento de Formação contínua	Documento para discussão e foi elaborado de Maio 2011
Código sobre procedimentos administrativos	Em proposta desde 2011
Critério de colocação e transferências	Em draft para aprovação desde 2016

## Formação de quadros da saúde

A produção dos RH das profissões específicas da saúde é feita nas seguintes instituições de formação (IF):

- **Escola Nacional de Saúde** (ENS) que forma técnicos médios (enfermeiros, técnicos de laboratório, técnicos de farmácia e técnicos de radiologia) para o MINSAP, e que é também responsável por especializações para estes profissionais, cursos de promoção e por cursos de desenvolvimento profissional contínuo;
- **Faculdade de Medicina** Raul Diaz Arguellez (desde 1986), que forma médicos apoiada pela cooperação cubana. O Diploma que atribui é o da Faculdade mãe em Cuba;
- **Universidade Amílcar Cabral** (UAC) com uma licenciatura em enfermagem desde 2004;
- Liceu Politécnico SOS Herman, que oferece formação em saúde pública e saneamento do meio<sup>69</sup>.

Outras quatro instituições oferecem também formações que **não são reconhecidas pelo Ministério da Educação**:

- **Universidade Lusófona da Guiné** (ULG) que licencia enfermeiros e técnicos de laboratório;
- **Universidade Jean Piaget de Bissau** (UNIPIAGET) que licencia médicos e enfermeiros;

<sup>69</sup> Este último referido em World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington

- Instituto Superior Politécnico “Benhoblo” (ISPB) que licencia enfermeiros;
- Escola Bà Biague, que foi encerrada pelo Estado em 2015 por não ter condições para formar enfermeiros, mas reabriu ilegalmente no fim de 2016.

Existem outras iniciativas privadas de formação de quadros para a saúde, mas não estão caracterizadas.

Não partindo de uma planificação adequada das necessidades, a ação formativa destas instituições foi sendo arrastada, por um lado, pela necessidade de preenchimento de lugares, por outro lado, por razões de ordem política, pela reciclagem dos antigos enfermeiros auxiliares e ex-socorristas que participaram na luta de libertação nacional e, ainda, por razões financeiras, para financiar as IF, na ausência de orçamentos prospetivos do Estado ou dos parceiros, visto que a maior parte dos programas executa as suas ações de formação sem recorrer, por exemplo, à ENS.

Estas IF foram sujeitas a auditorias da CEDEAO/CAMES no quadro da harmonização do ensino na Região. Estas auditorias consideram a qualidade do ensino abaixo do desejável e está no roteiro da CEDEAO um processo de harmonização curricular e de padronização da qualidade<sup>70</sup>.

Por último chamar a atenção que a integração regional exige um pacote legislativo que está em processo de adoção, para permitir a livre circulação de profissionais de saúde na região oeste africana<sup>71</sup>.

#### Escola Nacional de Saúde

O INASA, através da ENS, tem um importante papel no cumprimento do PNDRHS II do MINSAP, que é parte integrante do PNDS II. O **PNDRHS II** tem como base os cálculos de perdas e necessidades de pessoal e do crescimento da massa salarial. Considerando uma redução estimada de 63% da força laboral até 2017, foi calculado que, para se atingirem as dotações mínimas de equipas da saúde estabelecidas no PNDS II e fazer face ao crescimento populacional, o pessoal efetivo da saúde teria que crescer em 34% ao longo de dez anos, passando de 2118 em 2007 para 2846 até 2017, resultando, no que respeita a variação do número de profissionais por 10000 habitantes, no crescimento em 55% de profissionais de saúde de nível técnico.

Em 2008 a ENS formava enfermeiros de nível médio (enfermeiros gerais) e técnicos de laboratório de nível médio em Bissau. Desde então até ao momento expandiu a sua oferta à formação de parteiras e técnicos de radiologia e de farmácia de nível médio.

---

<sup>70</sup> Organisation Ouest Africaine de la Santé. (2016). *Rapport de mission en Guiné-Bissau pour l'identification des besoins en Ressources Humaines et Equipements de Santé Bissau, 14 au 17 Mars 2016.*

<sup>71</sup> Projectos de decretos do Governo para transposição: da directiva n.º 06/2008/CM/UEMOA, relativa à livre circulação, direito de estabelecimento e de prestação de serviço na Guiné-Bissau dos farmacêuticos provenientes dos Estados membros da UEMOA; do regulamento de transposição da directiva n.º 06/2005/CM/UEMOA, de 16 de Dezembro relativa à livre circulação, direito de estabelecimento e de prestação de serviço na Guiné-Bissau dos médicos provenientes dos Estados membros da UEMOA; da directiva n.º 06/2008/CM/UEMOA, relativa à livre circulação, direito de estabelecimento e de prestação de serviço na Guiné-Bissau dos cirurgiões dentistas provenientes dos Estados membros da UEMOA.

A intenção de dar início à especialização em obstetrícia para enfermeiros gerais foi trocada pela opção, contrária às orientações do PNDS II, de dar início à formação de parteiras.

Além disso, com o propósito de contribuir no processo de retenção de profissionais de saúde, partindo do princípio de que é mais fácil formar um quadro no local e posteriormente colocá-lo no mesmo local, para exercer a sua profissão, a ENS descentralizou a formação. Lançou em 2009, o Projeto de Formação Técnica em Enfermagem Geral para a Região Sul (PFRS). Sendo que, em 2010, implementou o curso nas Ilhas em Bijagós em Bolama; em 2012 na região de Tombali em Catió e em 2013 na região de Quinará em Empada. Cumpridos os objetivos estes polos têm vindo a ser descontinuados. Neste momento mantém-se em funcionamento um polo no Leste, em Beli e Contuboel para formação de parteiras gerais.

Com apoio do Banco Mundial, a ENS acolheu consultoras que elaboraram o curriculum dos cursos novos (farmácia e radiologia).

Na ausência de financiamentos recorreu a parcerias internacionais e introduziu propinas mensais pagas pelos alunos, assim como uma taxa de candidatura. Estas receitas próprias não estão nem regulamentadas nem são auditadas. Os valores das propinas, de 10 000 FCFA, é idêntico para todos os cursos, independentemente das exigências do mesmo.

Entretanto a cooperação chinesa edificou novas instalações para a ENS, incluindo uma residência para estudantes e para professores visitantes (a cantina da Escola não funciona).

Deste esforço resultou a formação entre 2009 e 2016 de 889 enfermeiros gerais e de uma turma de promoção de auxiliar a enfermeiro geral de 66 alunos. Até 2017 estava prevista a formação de mais 418 enfermeiros gerais, ultrapassando-se assim a meta prevista no PNDRHS de formar 978 enfermeiros gerais. Até 2017 formará 86 técnicos de farmácia ultrapassando os 56 estipulados pelo PNDRHS. Em 2015 graduou 64 técnicos de radiologia, excedendo os 47 previstos no Plano. Graduou também 126 técnicos de laboratório (mais 87 saídos de dois cursos de promoção), muito acima do previsto no PNDS II.

Acima de tudo verificou-se uma falta de articulação entre a ENS e a DRH do MINSAP, o MinFuP e com o MEES, criando um excedente, por exemplo na produção de enfermeiros, que ficam no desemprego por falta de capacidade de recrutamento pelo Estado: em 2017 existiram 420 vagas de trabalho para enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde, existiram 600 desempregados e mais de mil a terminar o curso quer na ENS quer nas outras instituições de formação que produzem enfermeiros. Apesar desta situação, a ENS abriu em abril de 2017, 210 vagas para o primeiro ano do curso geral de enfermagem (nível médio). É também motivo de preocupação a intenção da ENS estar a pensar converter alguns dos seus cursos em cursos de nível superior.

Algumas das formações identificadas no PNDRHS, não abordadas pela ENS, como as de anestesia, foram parcialmente satisfeitas fora do contexto da ENS, no âmbito do PIMI, para médicos e para enfermeiros com o apoio do projeto H4+. Os cursos tiveram a duração de 6 meses para um grupo de médicos recém-formados e de 12 meses para um grupo de enfermeiros<sup>72</sup>.

## MEDICAMENTOS E OUTROS PRODUTOS TERAPÊUTICOS

A produção legislativa relacionada com o setor do medicamento tem sido abundante e relevante (Quadro 14). Em 2009, foi validado o documento da Política Farmacêutica Nacional, e em 2010 foi publicado o regime jurídico da atividade farmacêutica (Decreto n.º 11/2010, de 26 de Agosto).

De notar a situação da venda privada de medicamentos que levou a **Direção Nacional de Farmácia** a estudar a situação e a iniciar procedimentos para **limitar a margem de lucros na venda de medicamentos** (Caixa 3).

Quanto à produção local de medicamentos, foi criada nos anos 80 uma unidade de produção de soros (glucose e cloreto de sódio) para abastecer o HNSM, que acabou por encerrar no HNSM e reabrir na Clínica Madrugada.

### CECOME

Criado em 2002, a **CECOME**<sup>73</sup>, teria exclusividade de **importação de medicamentos** para o setor público, com possível extensão para o setor privado.

**Diretamente financiada pelos parceiros**, passou ocupar-se da aquisição no exterior (a partir de instituições acreditadas pela OMS), armazenamento e **venda de medicamentos** (aos Depósitos Regionais de Medicamentos<sup>74</sup>, HNSM e outros centros de referência nacional, além de algumas ONG que atuam na área da saúde).

Perante **ofertas improvisadas de medicamentos de várias proveniências**, muitas vezes direcionadas às ES sem nenhuma concertação com a CECOME, esta **perde capacidade de previsão de necessidades** e, muitas vezes, vê-se obrigada a **destruir medicamentos cujos prazos expiraram**, com enorme prejuízo para o sistema. Desde 2009 que a CECOME se encontra em **défi ce financeiro**.

72 **República da Guiné-Bissau, Ministério da Saúde (2016). Relatório: Fórum Nacional de Saúde Materno Infantil "Avanços e desafios na redução da mortalidade materno infantil na Guiné-Bissau". INASA - Bissau, 12 – 13 Julho 2016.**

73 Estatutos publicados no Boletim Oficial n.º8/2004 de 24 de fevereiro.

74 Originalmente num total de 11. Já em 2011, os CECOMEs de Cacheu e Bijagós não tinham condições mínimas para funcionarem como armazéns de medicamentos. Só dois tinham uma cadeia de frio suportada por painéis solares e nenhum tinha abastecimento de eletricidade.

A crise de medicamentos no setor público transformou o setor farmacêutico num dos negócios mais concorridos do País para os privados, desconhecendo-se a proveniência dos medicamentos por eles comercializados<sup>75</sup>. Um concurso público de 2016/2017 que identificou 3 grossistas privados que foram licenciados para a importação de medicamentos, foi denunciado pelo ministro da saúde por vício de forma, em reunião do Conselho de Ministros de abril de 2017.

Está a ser implementado um plano estratégico para a CECOME 2012-2016<sup>76,77,78,79,80</sup>.

---

*75 Entre os importadores privados, a EMI idêntifica os seguintes, todos em Bissau: Farmácias Salvador, Aziza, Mandela, Rama, Moçambique, Comercial Saini. No relatório da IGAS estas farmácias foram todas consideradas pela IGAS em 2016 aptas para a atividade farmacêutica, embora algumas delas condicionalmente.*

*76 Desenvolvido com financiamento do Fundo Global e apoio da HERA. A Hera identificou como principais estrangulamentos da CECOME a não implementação das estruturas de gestão previstas nos estatutos, falta de financiamento para recuperar infraestruturas e adquirir quantidades necessárias de medicamentos, não padronização dos procedimentos operacionais para as funções essenciais (quantificação, aquisição, armazenamento e distribuição) e défice de pessoal em número e com as competências necessárias - e o que existe está desmotivado. A análise da HERA realça que a situação deve-se, em parte, ao desconhecimento ou não implementação das Diretivas em Matéria de Donativos de Medicamentos para a Guiné-Bissau. São estas as questões abordadas na estratégia e operacionalizadas num Plano de Negócios elaborado com o apoio da EMI para 2014-2016*

*77 HERA (2012). Inception Report - Capacity Building and Supply Chain Management Assistance. Guinea Bissau, February 2012.*

*78 Os atuais estatutos foram aprovados pelo Conselho de Ministros em 2011, mas ainda não foram publicados no Boletim Oficial funcionado com os estatutos de 2004.*

*79 Desconhecimento que não é surpreendente visto que não exi uma publicação deste texto que transcreve orientações Regionais.*

*80 EMI (2014). Plan d'affaires CECOME 2014-2016. Guinée-Bissau, 15 Mars 2014.*

**Quadro 14. Produção legislativa associada ao setor farmacêutico**

Atividade associada	Comentário
Projeto de Decreto-Lei que criará a autoridade reguladora nacional de medicamentos e produtos de saúde	Institucionalizará autoridade reguladora nacional de medicamentos e produtos de saúde. Documento validado pelos técnicos e parceiros em reunião de abril de 2017 e submetido ao ministro da tutela para ser conduzido ao Conselho de Ministros.
Regime jurídico da atividade farmacêutica, Decreto n.º 11/2010, de 26 de Agosto	Sujeitará às disposições deste diploma: medicamentos de uso humano, assim como os utilizados pelos agentes de medicina tradicional (sem prejuízo do disposto em legislação específica) devidamente reconhecidos e comercializados no País; medicamentos derivados do sangue e do plasma humano, medicamentos imunológicos, homeopáticos e à base de plantas, bem como os que na sua composição tenham estupefacientes e substâncias psicotrópicas sem prejuízo do disposto em legislação especial; os profissionais que, a qualquer título nele reconhecido, exerçam atividade farmacêutica no nosso País
Projeto de decreto sobre a classificação de medicamentos de uso humano quanto a dispensa ao público	Vai criar regime jurídico da classificação de medicamentos de uso humano, quanto à dispensa ao público
Projeto de decreto do governo relativo à publicidade de medicamentos de uso humano na Guiné-Bissau	Estabelecerá o regime jurídico da publicidade dos medicamentos para uso humano
Projeto de despacho regulamentar à criação da comissão nacional de medicamentos de uso humano	A quem competirá desenvolver as atividades conducentes à autorização de introdução de medicamentos no mercado.
Projeto de despacho regulamentar para anexos ao regulamento de procedimentos farmacêuticos de uso humano da UEMOA	Anexo I - conteúdo do dossier técnico para a homologação de um produto farmacêutico de uso humano nos estados membros Anexo II - procedimento de concessão de uma autorização de introdução no mercado nos estados membros Anexo III - modelo típico de uma autorização de introdução no mercado
Projeto de despacho regulamentar para anexos à decisão n.º 08 /2010/CM/UEMOA sobre boas práticas de fabricação de produtos farmacêuticos de uso humano	Anexo 1: fabricação dos produtos farmacêuticos estéreis Anexo 2: fabricação dos produtos farmacêuticos biológicos Anexo 3: fabricação dos produtos farmacêuticos à base de plantas
Projeto de decreto que instituirá nomenclatura nacional dos medicamentos autorizados ao uso e comercialização	Documento de referência para qualquer ato em matéria de importação, posse, distribuição gratuita ou onerosa e de disponibilização de medicamento que será objeto de renovação anualmente
Projeto de decreto do governo que fixará as taxas de modalidades de cobrança e de gestão dos direitos de registo dos medicamentos genéricos	Instituirá as modalidades de cobrança e de gestão dos direitos de registo na nomenclatura nacional dos medicamentos genéricos autorizados na República da Guiné-Bissau, bem como o estabelecimento das autorizações de importação de medicamentos assim como as regras para utilização dessas receitas
Publicação da 3ª edição da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (LNME) 2016	Documento de referência para disponibilidade de produtos essenciais de saúde nas instituições de saúde públicas, e também para orientar os profissionais sobre produtos a ser prescritos e dispensados
Despacho do ministro da saúde de 30 de agosto de 2013 para criação do Comité de Registo de Medicamentos para Uso Humano	Para avaliação técnica dos dossiers do pedido de registo dos produtos farmacêuticos para uso humano e emitir um parecer sobre a qualidade, segurança, inocuidade e eficácia dos produtos farmacêuticos para uso humano submetidos ao registo
Projeto de Diploma que cria Comité Nacional de Luta contra Contrafação e Venda Ilícita de Medicamentos	Que tem por atribuições combater a contrafação e venda ilícita de medicamentos
Projeto de decreto para institucionalização de farmacovigilância	Promover a comunicação efetiva e aberta de informações relativas aos benefícios, danos, efetividade e riscos dos medicamentos. Elaboração e produção de formulários para recolha de dados

### Caixa 3. Definição das margens de lucro na venda de medicamentos

Fez-se um estudo sobre os preços de medicamentos e outros produtos farmacêuticos em 20 farmácias do SAB selecionadas aleatoriamente. Incidiu sobre analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, antipalúdicos, anti-hipertensivos, anti-diarreicos, anticolesterolis e antidepressivos. De cada classe foram escolhidos três medicamentos de referência, com substância ativa diferente, dando preferência a vários genéricos para uma mesma substância ativa.

Verificou-se que os médicos tendem a não prescrever genéricos e que os preços variavam com o status social do cliente, sobretudo de noite quando os familiares ou acompanhantes estavam mais aflitos com os seus pacientes. Depois da comparação do preço de medicamentos nas farmácias privadas, a Direção de Serviços Farmacêuticos, Laboratórios e Medicamentos (DSFLM) convocou um encontro com proprietários das farmácias, a ACOBES, Direção Geral das Alfandegas (DGA) e Direção Geral de Contribuições e Impostos (DGCI) (as Direções Gerais não compareceram). Foi apresentado aos convidados as diferentes margens de lucro nos Estados membros da UEMOA e CEDEAO. Os proprietários queixaram-se que pagavam taxas elevadas de imposto geral sobre vendas (15%) tanto para primeira como para a segunda fase na DGA, além de custos de porto. Como estavam ausente as duas DG, estas foram ouvidas posteriormente. O inspetor da DGA facultou as seguintes informações: a política tarifária do medicamento tem aproveitamento zero; a tarifa comum na UEMOA são de 5% de direito; a taxa comunitária é de 1,5%; imposto geral sobre vendas só se paga na 1ª, 10% sobre o valor do medicamento e na 2ª fase não existe e se se paga é ilegal. Existem também produtos isentos de imposto geral sobre vendas como hormonas (as insulinas) e preparados para fins fitoterapêuticos. A DGCI informou que todos os medicamentos são isentos de imposto geral sobre vendas; antecipação de Contribuição Industrial paga 3% sobre o valor de FOB<sup>81</sup> se a empresa estabelecida, se não paga-se 5% sobre o valor FOB; pagam-se imposto de selos de 1% sobre valor de medicamento. Com base neste estudo decidiu-se:

Nº	Tipo de Estrutura	Margem Máximo	Comentários
01	Grossista	30%	A margem é calculada com base no custo de compra do fornecedor: o custo de transporte, de desalfandegamento e outros custos não são tomados em conta. A referência foi baseada na fatura pró-forma e fatura definitiva que o grossista apresenta antes do pedido de autorização de importação e antes da declaração dos produtos importados à DSFLM. Não há envolvimento da CECOME neste processo.
02	Farmácias e Clínicas Privadas	30 %	A margem foi calculada na base do preço do grossista, incluindo da CECOME. Nenhum custo adicional deve ser tomado em conta no estabelecimento desta margem (frete de gestão de depósitos, custo de transporte e outros). A DSFLM controla estes preços baseada nos preços dos grossistas nos quais é aplicada a primeira margem de 30%.
03	Instituições Públicas (Hospitais, CS)	25%	A margem foi calculada com base nos preços dos grossistas, incluindo a CECOME. Nenhum custo adicional deve ser tomado em conta no estabelecimento desta margem (frete de gestão de depósitos, custo de transporte e outros). A DSFLM controla estes preços com base nos preços de grossistas nos quais é aplicado a primeira margem de 30%.

Fonte: DSFLM

<sup>81</sup> A sigla FOB significa free on board e em português pode ser traduzida por "Livre a bordo". Neste tipo de frete, o comprador assume todos os riscos e custos com o transporte da mercadoria, assim que ela é colocada a bordo do navio. Por conta e risco do fornecedor fica a obrigação de colocar a mercadoria a bordo, no porto de embarque designado pelo importador.

## Transfusão sanguínea

As questões sobre os meios que permitirão garantir a segurança das transfusões na Guiné-Bissau, designadamente instalações adequadas, equipamentos modernos e pessoal especializado são orientadas pela Política Nacional do Sangue de 2013 (aguarda aprovação).

De acordo com os cálculos da OMS das necessidades em sangue, 2% da população necessitaria de transfusão sanguínea anualmente. Com base neste cálculo, estima-se que em 2016, seriam necessárias cerca de 34600 unidades de sangue. Em 2016 foram feitas 3076 transfusões (2 223 em 2006), das quais 29% (41 % em 2006) a crianças e 37% (19% em 2006) a grávidas; das quais 71% (70% em 2006) vieram dos familiares dos pacientes e 16% (30% em 2006) de doadores voluntários e 13% de voluntários remunerados.

Neste momento, o HNSM, Clínica de Bôr, Hospitais Militar e de Cumura, os HR e mais 4 CS tipo A (Tite, São Domingos, Farim e Bubaque) estão dotados de bancos de sangue.

O atual banco de sangue do maior estabelecimento hospitalar do País (HNSM) não reúne ainda as mínimas condições exigidas. Este banco de sangue participa no programa de controlo de qualidade externo com o Instituto Português de Sangue e com o Centro Regional de Abidjan. Relativamente aos HR, só dois (Gabú e Mansoa) dispõem de um edifício específico para o banco de sangue (que não pode funcionar de uma forma eficaz por falta de eletricidade), os restantes estão a funcionar nos anexos dos laboratórios de análises clínicas dos mesmos. A segurança da transfusão sanguínea é ainda ameaçada pela ausência de um sistema eficiente de aprovisionamento em materiais e reagentes. Destaca-se a insuficiência, ou ausência, de frigoríficos para a conservação de sangue e de reagentes.

Não há, no País, um único especialista na área da imunohematologia.

Desde 1987, todas as unidades de sangue recolhidas são submetidas ao teste do VIH, Hepatite B e Sífilis (VDRL). A despistagem da Hepatite C só foi introduzida em 2002. No entanto, a Política Nacional, 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 adoção pelo Conselho de Ministros. Sobre as 3964 bolsas de sangue testadas em 2014 em Bissau e Bafatá, a prevalência do VIH era de 3% nos doadores de sangue. Os outros marcadores estavam a 8% para VHB, 0,33% para VHC e 0,03% para a sífilis<sup>82</sup>.

Embora exista uma “Associação Guineense dos Doadores Voluntários de Sangue” (AGUIDAVS), mais de 70% do sangue provém de doadores familiares.

Algumas RS também reportaram a existência de associações que apoiam na mobilização de doações de sangue, como no caso do Hospital de Mansoa, em Oio.

## Oxigénio

Com o apoio de uma empresa privada portuguesa, financiada pelo Governo da Guiné-Bissau, em 2016 iniciou-se a produção de oxigénio no HNSM, que satisfaz as necessidades de HNSM e ainda permite o abastecimento de outras ES. Em Cumura também se faz a produção de oxigénio e o abastecimento está ligado a todas as salas onde é necessário por meio de alimentação central.

## SUPERVISÃO

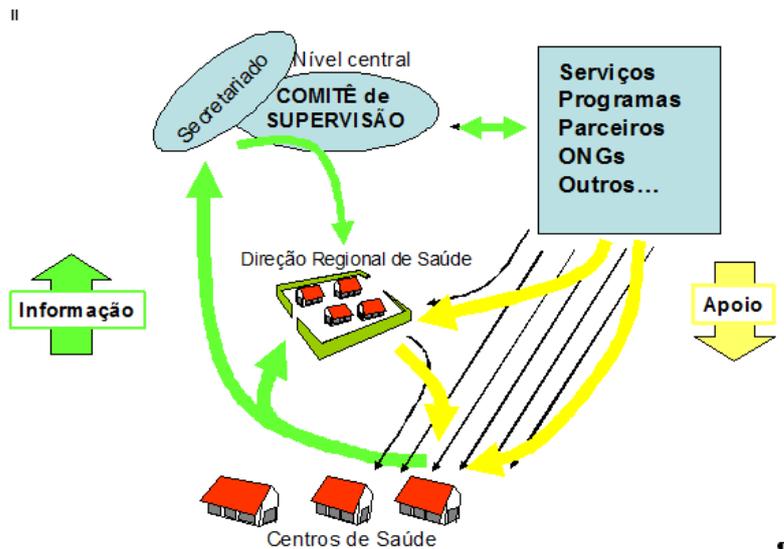
A supervisão não está bem institucionalizada. O sistema criado desde 2000 mostrou-se inadequado. A ação dos supervisores não correspondia às expectativas dos programas/serviços, que criaram/mantiveram modelos de supervisão paralelos.

Daí o ter-se adotado um sistema de Supervisão Integrada e Formativa (SIF) em 2010. Foi implementado nos CS de RS piloto - Bafatá, Cacheu e Gabú. Estava previsto o seu alargamento em 2012 para todas as outras RS do País o que não aconteceu por causa do golpe de estado de 2012. A supervisão não foi concebida como uma inspeção ou mecanismo de controlo. Tinha como objetivo identificar os elementos de um CS (estrutura, relação entre os profissionais e a população, equipamentos, RH, evacuações e medicamentos) que necessitavam de apoio. A essência era ajudar a melhorar, e não identificar pontos fracos e criticar. O nível central apoiava o nível regional, ajudando-o na sua estratégia de melhoria, que por sua vez apoiavam os CS. Para realizar essas ações de apoio em cascata, são ativados fluxos de informações (figura 3)<sup>83</sup>.

A opção foi que a SIF não substituísse a supervisão clássica dos diferentes serviços e programas. Pelo contrário, ela reforçá-las-ia, acrescentando duas dimensões suplementares: a partilha da informação entre todos e o reconhecimento das ações de sucesso. As informações recolhidas eram partilhadas em todos os níveis (local, regional e central). A partilha de informações permitiria capitalizar sobre as informações de alguns, enquanto o reconhecimento do sucesso evitaria a criação de um sistema de saúde baseado no reconhecimento das deficiências.

---

<sup>83</sup> Lopes O (2012). *Supervisão Integrada e Formativa no Ministério da Saúde da Guiné-Bissau Como Mecanismo de Reforço do Desempenho dos Centros de Saúde das Regiões Sanitárias de Bafatá, Cacheu e Gabú. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento com a Especialidade em Gestão de Programas.* Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, julho de 2012.



Legenda - Flechas descendentes largas representam os circuitos desencadeados pela estratégia de apoio. As flechas descendentes finas representam as supervisões atuais, organizadas pelos diferentes programas/serviços. As flechas ascendentes representam os retornos de informação, a coleta sendo feita ao nível local.

Figura 3. Dispositivo de supervisão integrada e formativa<sup>84</sup>

As supervisões dos diferentes programas e serviços são os resultados de trabalhos importantes dos serviços e dos programas e as informações coletadas são necessárias para sua gestão. Uma integração numa única supervisão, comum a todos os serviços e programas, teria conduzido a um sistema pesado em termos de funcionamento e inadaptado devido aos objetivos, às vezes, divergentes entre os serviços e os programas.

No entanto, a articulação das supervisões com o seguimento e avaliação não está devidamente estruturada. Este seguimento e avaliação podia sim ser assegurado de uma forma integrada com as avaliação programáticas.

## INVESTIGAÇÃO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Esta área de trabalho cai sob a responsabilidade do INASA. Alguns elementos essenciais para a constituição do INASA, já existiam, no âmbito do MINSAP, algumas delas há mais de 20 anos. Entre elas cabe destacar os seguintes: Laboratório Nacional de Saúde Pública; Projeto de Saúde Bandim; Centro de Medicina Tropical; e ENS. O INASA surgiu como parte integrante do processo de reformas do sistema de saúde guineense para o enfrentamento dos desafios de saúde pública ligado intimamente às questões de políticas de segurança nacional e internacional (caso do Regulamento Sanitário Internacional - RSI), relações internacionais (diplomacia da saúde) e entre outros<sup>85</sup>.

<sup>84</sup> Lopes O (2012). Supervisão Integrada e Formativa no Ministério da Saúde da Guiné-Bissau Como Mecanismo de Reforço do Desempenho dos Centros de Saúde das Regiões Sanitárias de Bafatá, Cacheu e Gabú. Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento com a Especialidade em Gestão de Programas. Lisboa, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, julho de 2012.

<sup>85</sup> Silva AP (2008). Letter from Guinea Bissau: Follow up to the Article by Binder et al. and Accompanying Articles. Journal of Public Health Policy (2008) 29, 377–378. doi:10.1057/jphp.2008.18

Encontra-se em execução o 2º plano estratégico do INASA (2016-2020), alinhado com as diretrizes e prioridades do PNDS II. Os seus objetivos estratégicos estão vinculados às funções essenciais de saúde pública. O plano definiu 9 eixos estratégicos operacionalizados através de programas de trabalho institucionais<sup>86</sup>. Os programas institucionais agrupam e consolidam macroprojetos e projetos baseados em objetivos prioritários do PNDS II. Geralmente vinculados a doenças, as prioridades programáticas podem também estar referidas ao ciclo de vida (saúde da mulher e da criança e idoso) ou aos determinantes da saúde (Quadro 15).

São de realçar os desenvolvimentos associados ao sistema nacional de informação em saúde (SNIS), à comunicação e à investigação. As questões de formação foram abordados na seção anteriormente dedicada à ENS.

**Quadro 15. Programas institucionais do INASA<sup>87</sup>**

Programa	Temas abordados	Responsabilidades do INASA
Doenças transmissíveis	Doenças sexualmente transmissíveis e de transmissão sanguínea	Desenvolvimento de capacidade diagnóstica.
	TB e outras respiratórias crônicas e oportunistas	Mapeamento de projetos extrativos e/ou de desenvolvimento territorial, legais e clandestinos e áreas de fronteiras com estreitos vínculos étnicos, familiares e comerciais, que os tornam vulneráveis para o aparecimento de doenças emergentes e ré emergentes.
	Síndrome febril agudo	Identificação das regiões com baixo cumprimento de toma observada diretamente (TOD), como insumo essencial para o ajuste do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose.
	Doenças preveníveis em fase de erradicação	Mapeamento de doenças negligenciadas através do SNIS e de fontes complementares.
	Doenças emergentes e re emergentes	Elaboração de normas regulatórias para o uso de kits rápidos em laboratórios públicos e privados.
	Doenças negligenciadas	Estabelecimento um Programa gradual de Controlo Externo da Qualidade do diagnóstico de doenças transmissíveis selecionadas no âmbito da rede nacional de laboratórios.
Doenças não transmissíveis	Doenças de transmissão feco-oral	Controlo da qualidade de kits rápidos do paludismo utilizando a microscopia como referência.
	Doenças cardiovasculares	Investigação e controlo de surtos.
	Agravos nutricionais e da alimentação	Avaliação do impacto dos programas de prevenção e controlo das doenças transmissíveis.
	Cancro	Elaboração de proposta de orientações para o programa de vacinação sobre o uso de frascos de vacina nos postos de vacinação, tendentes a aumentar a cobertura de vacinação.
	Saúde mental	Regulamentação da Rede de Laboratórios de Saúde Pública.
Saúde da mulher e da criança	Violência e causas externas	Construção de um sistema gradual de informação e vigilância das doenças não transmissíveis
	Mortalidade materna	Organização do Programa institucional de Saúde da Mulher e da Criança. <b>Avaliação</b> do impacto do programa de redução da mortalidade materna no País. Recenseamento de organizações públicas e privadas vinculadas à mortalidade materna para coleta de dados em nível comunitário via ONG e via comunidades. Cruza com programa de parceria com o INE e a Iniciativa de Registros Vitais nas ES. Vigilância epidemiológica focalizada na mulher e na transmissão vertical do VIH.
	DST/SIDA	
	Violência de género	
Controlo da qualidade de produtos, artigos e serviços de saúde	Controlo da qualidade de medicamentos	Elaboração de um Plano para o Controlo da Qualidade de produtos e artigos de saúde. Implantação de um programa de controlo da qualidade de medicamentos em parceria com a DSFLM e a CECOME. Implantação de um programa de controlo da qualidade visando a certificação de produtos alimentares prioritários de exportação, com ênfase na castanha de caju. Análise da qualidade de alimentos e bebidas potencialmente envolvidas em intoxicações agudas. Análise de resíduos químicos ambientais (pesticidas, metais pesados, etc.) como potencial causa de intoxicações.
	<b>Controlo da qualidade de alimentos</b>	
	Controlo da qualidade de serviços de saúde, com particular ênfase na rede de laboratórios clínicos e de saúde pública	
	Controlo da qualidade	

<sup>86</sup> Os eixos estratégicos são: vigilância em Saúde, incluindo a criação de um Observatório Nacional de Saúde; investigação e controlo de surtos e outras emergências sanitárias; informação e comunicação para a educação em saúde; gestão da rede nacional de laboratórios; vigilância Sanitária; avaliação do SNS; desenvolvimento de RH; pesquisa em saúde pública; e governo em saúde pública.

<sup>87</sup> INASA (2015). 2º Plano Estratégico do Instituto Nacional de Saúde Pública ( 2016 - 2020). Bissau.

Programa	Temas abordados	Responsabilidades do INASA
	da água potável Controlo da qualidade ambiental e toxicologia humana	
Determinação social da saúde	Características étnicas, de género e socioambientais, particularmente as de emprego / ocupação; de educação	Incorporação no Observatório Nacional de Saúde de dados demográficos e indicadores étnicos e socioeconómicos, tais como emprego/ocupação, educação e ingressos, segundo conglomerados territoriais, incluindo os de migrações e populações de fronteiras. Essas informações devem servir de subsídio para a avaliação e orientação do sistema de saúde.
Acesso a serviços de saúde e outros serviços públicos		Estabelecimento de perfis de Saúde e de Acesso a Serviços de Saúde e Serviços Públicos (Água, Saneamento, Vias de Transporte, etc.) em conglomerados territoriais. Incorporação no Observatório de informações sobre acesso da população aos serviços de saúde e outros serviços públicos, incluindo a água potável e o saneamento. Elaboração e implementação de um programa de controlo sistemático da qualidade da água potável. Continuação do Projeto de Formação Técnica. Implementação da Escola Nacional de Formação de Quadros em Saúde Pública
Gestão e desenvolvimento institucional	Sistema integrado de informações sanitárias Estruturação e organização do sistema nacional de investigações em saúde Cooperação técnica interna e internacional	Relatório Periódico sobre a Situação de Saúde na Guiné Bissau. Elaboração de um Plano Estratégico sobre Informação e Comunicação em Saúde. Regulamentação da Rede de Laboratórios de Saúde Pública no País, exercendo o INASA a sua Coordenação e atuação como Laboratório Nacional de Referência. Implantação de um Observatório Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Estabelecimento de parceria com o INE e a Iniciativa de Registro de Estatísticas Vitais. Implementação do Comité Interno de Pesquisa do INASA.

## Sistema nacional de informação em saúde (SNIS)

Os desafios associados com o **SNIS** são enormes (Caixa 4)<sup>88</sup>.

### Caixa 4. Desafios na implementação das reformas do SNIS

<p>Não existe legislação no País que defina o quadro de referência para a informação sanitária, abrangendo as seguintes componentes específicas: registos vitais; doenças notificáveis e de controlo (incluindo o regulamento sanitário internacional); dados do setor privado, incluindo segurança social; confidencialidade e o próprio registo de dados clínicos individuais de doentes;</p> <p>Não existe um plano estratégico do SNIS em uso, contemplando todas as principais fontes de dados (recenseamentos, registo civil, inquéritos populacionais, registos sobre saúde e doenças, registos dos serviços, registos dos recursos, registos clínicos individuais), bem como a elaboração de manuais de procedimentos para operacionalizar o sistema de informação;</p> <p>Não existe um guião de procedimentos escritos para o tratamento de dados incluindo recolha, armazenamento, limpeza, controlo da qualidade, partilha, controlo de acesso indevido ou não autorizado, análise e apresentação dos dados;</p> <p>Não existem linhas orçamentais específicas no OGE para permitir o funcionamento adequado do sistema de estatística relativamente a todas as fontes de dados relevantes do INE ou do MINSAP;</p> <p>Não existe o uso de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID);</p> <p>Não existe um dicionário de meta-dados que forneça definições abrangentes das variáveis dos dados;</p> <p>Não existe o mapeamento das populações específicas em locais de alto risco (ex. populações com nível elevado de desnutrição e pobreza) e da população geral exposta a riscos específicos (ex. vetores, poluição ambiental e industrial);</p> <p>Não existe uma base de dados nacional de RHS que identifique o número de profissionais de saúde, pelas principais categorias profissionais que trabalham quer no setor público quer no privado;</p> <p>Não existe uma base de dados nacional que identifique o número anual de diplomados em todas as instituições de formação em saúde;</p> <p>Falta de atividades de formação para o pessoal das ES durante o último ano (sobre recolha, autoavaliação, análise e apresentação de dados);</p> <p>Falta de quadros profissionais devidamente qualificados em sistema de informação sanitária colocados ao nível regional;</p> <p>Não existe um mecanismo criado, desde o nível regional até ao nível central, para verificar se os dados das ES são completos e consistentes;</p> <p>Falta de RH e equipamento para manter e atualizar a base de dados e os mapas sobre as ES e serviços de saúde;</p> <p>Não há mapas disponíveis na maioria das regiões, mostrando a localização das infraES, pessoal de saúde e principais serviços de saúde;</p> <p>Divisões de saúde e estatísticas do País não trabalham em conjunto no desenho do inquérito, na implementação, análise e utilização dos dados;</p> <p>Não existe um sistema de informação de rotina baseado nos serviços de saúde que reúne dados de todas as ES públicas e privadas;</p> <p>As coordenadas do Sistema de Posicionamento Global (GPS) da maioria das estruturas e das instituições de saúde não estão incluídas na base de dados nacionais;</p> <p>Falta de uso adequado da informação sanitária pelos gestores para planificação e afetação dos recursos nos processos orçamentais anuais.</p>
--

**Não há** um sistema integrado de informação administrativa e financeira. Os registos administrativos sobre pessoal, questões administrativas e financeiras básicas, são

<sup>88</sup> Instituto Nacional de Saúde Pública. Plano Estratégico de Sistema de Informação Para Saúde 20165 – 202019. Guiné-Bissau, Bissau, março 2015.

geridos pelos Ministérios da Saúde, Função Pública e Finanças. Os registos administrativos relacionados com vigilância epidemiológica e serviços de saúde são administrados principalmente pelos coordenadores dos programas e pelo INASA. Em todos os CS, HR e hospitais de referência nacional, o registo de dados clínicos mantém-se ao nível de suporte de papel, embora, para alguns dos programas nacionais - TB, paludismo, SIDA - já se observem o registo eletrónico de dados para fins estatísticos. O registo em papel, ao nível regional e local, para informatização no nível central, para além de ser um processo moroso, é difícil, podendo contribuir para a demora ou mesmo para ausência de retorno desta informação para as ES, onde os dados foram inicialmente registados. A inexistência de um sistema de informação hospitalar funcional continua a ser um problema, havendo uma proposta de introdução piloto de um sistema de registo clínico eletrónico na pediatria e maternidade do HNSM<sup>89</sup>. Os dados agregados provenientes das ES carecem de fiabilidade e são incompletos<sup>90</sup>.

O MINSAP não recolhe ativamente dados de doadores, ONG e clínicas privadas, embora a Célula de Gestão do PNDS tente monitorizar os dados financeiros associados com os parceiros<sup>91</sup>. Os conjuntos de dados disponíveis são gerenciados em pacotes de *software* estatísticos básicos, como o *Microsoft Access* ou o *Microsoft Excel*.

O País até agora não tem um sistema funcional de estatísticas vitais (casamentos, nascimentos e mortes). No entanto, no âmbito do Despacho nº 30/2009, que cria o Comité Nacional de Registo Civil, que integra o MINSAP e, na sequência da criação do Plano Nacional de Registo Civil em 2011 e do Acordo de Parceria entre o Ministério da Justiça e o MINSAP, o INASA está a colaborar com o INE para melhorar esta realidade e o MINSAP compromete-se a colaborar no registo civil durante campanhas de vacinação e através dos serviços de saúde materno-infantis.

A fonte mais regular para dados demográficos e de estado de saúde são os MICS (já na sua 5ª edição) ou o Projeto de Saúde do Bandim (PSB).

No entanto, o INASA, que elaborou um PEN para o Sistema de Informação em Saúde (PENSIS 2016-2020), tem colaborado com os programas e serviços centrais do MINSAP, na revisão dos indicadores. Esta revisão tem como principais objetivos: a) incluir todos os indicadores considerados essenciais; b) contribuir para simplificar a sua colheita, possibilitando a garantia da qualidade; c) diminuir a carga de trabalho dos técnicos que trabalham na periferia, excluindo indicadores que não são utilizados. Neste quadro, faz-se a revisão dos instrumentos de colheita, incluindo as doenças definidas no guia de VE. A primeira fase da revisão foi concluída com sucesso, permitindo assim a produção de um formulário consensual do Sistema de Informação Sanitária da Guiné-Bissau.

O estabelecimento dos dois observatórios – de RHS e o ONS - permitirá um salto qualitativo na compilação, análise e comunicação dos resultados em saúde na GB.

---

<sup>89</sup> Com a estimação regular do tempo médio de permanência e das seguintes taxas: ocupação de cama hospitalar; abandono; transferência; altas por outras razões; infeção hospitalar e pós operatória; cesarianas; mortalidade materna-infantil; intercorrência.

<sup>90</sup> Rodrigues, Adulai Gomes (2014). *Sistema de Informação Hospitalar Informatizado na Guiné-Bissau. Contribuição para melhoria de qualidade de dados clínicos na Guiné-Bissau. Tese no âmbito do Mestrado em Informática Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.*

<sup>91</sup> A Célula de Gestão do PNDS foi criado por decreto do Ministro da Saúde de 10 de março de 1998, e renovado em 2014. Apoiar o governo no planeamento, gestão e monitorização de fundos de vários parceiros para a execução das actividades definidas no PNDS. A Célula de Gestão PNDS está sob a supervisão da Direcção-Geral da Administração do Sistema de Saúde.



## Preparação e gestão das intervenções da Saúde Pública em situação de catástrofe

A gestão de situações de emergência nunca foi objeto de uma planificação no País. Só com o estabelecimento do INASA é que se identificou uma estrutura responsável pela proteção da população em caso de crises.

No entanto, persistem as grandes ameaças à saúde pública em termos de epidemias por cólera (associada às péssimas condições de saneamento e de abastecimento de água potável), meningite meningocócica (endémica e circunscrita a Bafatá, Gabú e ao Setor de Farim da Região de Oio) e 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. Mais recentemente enfrentou-se a ameaça do Ébola e atualmente começaram a emergir casos de Zika<sup>92,93,94</sup>.

Inicialmente o MINSAP recorria 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 deixavam de existir logo que a situação fosse dada por controlada.

Apesar das constantes crises epidémicas que o País vinha sofrendo, a gestão de situações de emergência não foi mencionada no PNDS I de 1998. Foi também em 1998, em pleno período de conflito político-militar, que o País participou na reunião de apresentação da estratégia de Vigilância Integrada das Doenças Transmissíveis e Preparação de Resposta contra as Epidemias (VID) em Abidjan, na Costa do Marfim.

Em 2006, sob impulso do Sistema das Nações Unidas, 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 pouco mais se fez.

Uma avaliação recente do CDC identificou desafios críticos nas estratégias de vigilância da doença no País<sup>95,96</sup>.

---

92 Zika vírus - Guiné-Bissau, casos confirmados, autóctones 20160723.4365298 <http://www.promedmail.org/post/20160723.4365298>

93 Zika vírus - Guiné-Bissau (02), surto, cepa africana 20160907.4472897 <http://www.promedmail.org/post/20160907.4472897>

94 Microcefalia - Guiné-Bissau, associação com o vírus Zika, casos confirmados 20161205.4678224 <http://www.promedmail.org/direct.php?id=20161205.4678224>

95 Estes incluem: a análise e interpretação dos dados de vigilância, bem como os relatórios e os resumos dos surtos que não são rotineiramente realizados; falta de protocolos de garantia e de supervisão da qualidade dos dados, a fim de assegurar a exaustividade e a exactidão dos dados; capacidades limitadas de epidemiologia de campo funcional e de diagnóstico laboratorial; deficiências nas infraestruturas afectam a capacidade do pessoal levar a cabo as funções necessárias (as AS muitas vezes não dispõem de um gabinete de vigilância com equipamento adequado para desempenhar eficazmente as funções de vigilância); e as cadeias de abastecimento dos laboratórios e dos medicamentos não são plenamente capazes de garantir a utilização eficaz dos testes de vigilância e de deteção.

96 CDC (2015). Guinea-Bissau Country Work Plan. Field Epidemiology Training Program Frontline (FETP-Frontline), US Centers for Disease Control.

Uma missão da CEDEAO de avaliação dos serviços veterinários em 2015 concluiu que estes não podiam garantir a segurança sanitária dos animais e dos produtos animais nem a segurança da população contra os riscos dos alimentos de origem animal<sup>97</sup>.

No quadro da luta contra as epidemias o **Plano Estratégico de Resposta às Epidemias** foi elaborado, possibilitando a criação de uma **Equipa Nacional de Intervenção Rápida**, treinada em VID. Desde 2010 foi introduzida a supervisão regional mensal, para busca ativa de casos de paralisia flácida aguda. Implementou-se a rotina de chamadas semanais às regiões para colher dados referentes às doenças contempladas no quadro do sistema de alerta<sup>98</sup>. Este Plano será reforçado pelo projeto regional REDISSE (**Regional Disease Surveillance Systems Enhancement**).

Neste momento está em curso um trabalho de revisão e atualização dos documentos técnicos de VID em conformidade com as novas orientações da OMS. Este esforço estará enquadrado no projeto **REDISSE que enquadra todos os Países da CEDEAO**, coordenados pela OOAS e pelo Centro Regional de Saúde Animal. Na Guiné-Bissau o projeto é coordenado pelo INASA em articulação com a DGASS e a Secretaria Geral do MINSAP, o Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural, o MinFin, o Ministério do Ambiente, o MEES, o Ministério das Comunicações e representantes dos parceiros, reforçando a de Saúde Única (**One Health**) da Guiné-Bissau<sup>99</sup>.

## Pesquisa no sistema de saúde

A investigação em saúde foi evoluindo desde 1976, com um forte apoio internacional, em particular da **Dinamarca**. Foi criado, em 1996 um órgão de coordenação das atividades de pesquisa em matéria de saúde denominado **Núcleo de Coordenação de Estudos e Pesquisa em Saúde**. Todavia, o seu funcionamento foi sempre muito **deficitário**, não tendo nunca sido institucionalizado na orgânica do MINSAP. A investigação foi acontecendo através do PSB e do Laboratório Nacional da Saúde Pública, institucionalizou-se com a criação do INASA e foi sendo reforçada com a formação de investigadores a nível de doutoramento<sup>100</sup>. Desta forma foi emergindo um sistema nacional de investigação em saúde, que definiu as seguintes **áreas de pesquisa como prioritárias** para o período de 2013 a 2017:

- **Doenças transmissíveis e não transmissíveis;**
- **Sistema de saúde, incluindo financiamento e RH;**

---

*97 As deficiências críticas incluíam RH, recursos financeiros, base jurídica e execução, bem como todas as capacidades técnicas, incluindo diagnóstico laboratorial, análise de risco, segurança das fronteiras, vigilância epidemiológica, prevenção e controlo de doenças, resposta rápida a emergências, medicamentos veterinários e inspeção de alimentos.*

*98 Aquisição dos telefones foram feitos em colaboração com a OMS e FNUAP.*

*99 Os objetivos do REDISSE incluem: controlo e prevenção da propagação transfronteiras de doenças transmissíveis; investigação aplicada; políticas harmonizadas, orientações técnicas normalizadas, bem como a recolha e partilha de dados e informação.*

*O projeto terá 5 eixos: Sistemas de Vigilância e Informação; Fortalecimento da Capacidade Laboratorial; Alerta e Resposta Rápida a Emergências; Gestão de RH para uma Vigilância e Resposta Eficaz a Epidemias; Capacitação Institucional, Gestão de Projetos, Coordenação e Advocacia.*

*Os seguintes indicadores-chave serão utilizados para acompanhar o progresso em relação aos objetivos: Progressos no sentido de estabelecer uma Plataforma de Saúde Única (one health platform) activa e funcional; Capacidade de realizar testes laboratoriais para deteção de doenças prioritárias; Progressos no estabelecimento sistemas de vigilância baseados em eventos e indicadores; Disponibilidade de RH para implementar o RSI; Desenvolvimento e implementação de um plano nacional de prevenção e resposta às emergências multi-risco de saúde pública; Progressos em matéria de colaboração transfronteiriça e de intercâmbio de informações entre Países.*

*100 Kok MO, Rodrigues A, Silva AP, de Haan S (2012). The emergence and current performance of a health research system: lessons from Guinea Bissau. Health Research Policy and Systems 2012, 10:5 <http://www.health-policy-systems.com/content/10/1/5>*

- **Determinantes de saúde**, incluindo sociais e económicos;
- **Medicina tradicional**.

## Rede de laboratórios

A vigilância das doenças infecciosas, o controlo de qualidade dos testes biomédicos e a formação de pessoal constituem as principais atividades do LNSP integrado no INASA. 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 objetivo central reforçar e melhorar a capacidade e a qualidade de intervenção dos laboratórios a nível nacional, tendo como objetivos específicos: estabelecer uma rede nacional de laboratórios; definir o pacote mínimo de tecnologias de laboratórios a nível nacional; estabelecer uma lista de atividades prioritárias para o reforço da eficácia dos laboratórios; e elaborar um plano de ação para a avaliação da eficácia dos laboratórios.

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

O alcance das atividades laboratoriais do INASA foi reforçado com a criação de novos laboratórios de referência nacional.

O Laboratório de Controle de Qualidade de Medicamentos foi criado em 2010, trabalha com malas portáteis da **ONG Tabanka** sediada na Alemanha, e duas da OMS para controle de qualidade de medicamentos. Perante a ausência de uma legislação enquadradora da sua atividade, este laboratório não funciona neste momento.

O Laboratório de Biossegurança foi criado em 2012 mediante equipamentos fornecidos pela UEMOA, no quadro de Projeto Regional de Biossegurança. Os equipamentos para a identificação dos organismos geneticamente modificados já se encontram instalados desde 2013 mas infelizmente a formação para o uso destes equipamentos ainda não foi feita. Saliente-se que a Direção-Geral do Ambiente é o principal responsável por este laboratório, sendo ela intermediária com a UEMOA.

O Laboratório de Biologia Molecular foi concebido em 2010 mas só veio a funcionar em pleno em 2014, com a instalação dos equipamentos e formação de técnicos com financiamento de Fundo Global através do Secretariado Nacional de Luta Contra o SIDA para realizar o diagnóstico precoce do VIH e seguimento de pacientes viventes com VIH. Também tem capacidade para realizar PCR para malária e TB.

# RESUMO DOS PROBLEMAS E OPORTUNIDADES MAIORES DO PANORAMA SANITÁRIO DA GUINÉ-BISSAU

## PRINCIPAIS INDICADORES DE IMPACTO

Os principais indicadores de impacto na saúde estão indicados no Quadro 16 para os valores mais recentes.

**Quadro 16. Principais indicadores de impacto na saúde**

Indicador	Descrição	Valor
Esperança de vida à nascença	Número médio de anos de vida esperados para um RN, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente no ano considerado. Representa uma medida sintética da mortalidade, não estando afetada pelos efeitos da estrutura etária da população, como acontece com a TBM	55
Taxa bruta de mortalidade (TBM)	Risco de uma pessoa de determinada população morrer no decorrer do ano	8,2
Rácio de mortalidade materna (RMM)*	Estima a frequência de óbitos femininos em idade fértil atribuídos a causas ligadas à gravidez, ao parto e puerpério, em relação ao total de gestações (representado pelo total de nascidos vivos)	900
Taxa de mortalidade neonatal*	Probabilidade de falecer no 1º mês de vida	35,8
Taxa de mortalidade infantil*	Probabilidade de falecer entre o nascimento e o primeiro aniversário	55,4
Taxa de mortalidade pós-neonatal*	Diferença entre a taxa de mortalidade infantil e a neonatal.	19,7
Taxa de mortalidade juvenil*	Probabilidade de falecer entre o primeiro e o quinto ano	35,4
Taxa de mortalidade da criança*	Probabilidade de falecer entre o nascimento e o quinto ano	88,8

\* Fonte: **MICS5** (2014), **INEC** 2009

Relativamente a Países comparáveis da África Ocidental, África Subsaariana ou Países de Baixa Renda a Guiné-Bissau tem um desempenho desfavorável para a maioria dos indicadores de saúde no Quadro 16. O desempenho é comparável para a taxa de mortalidade da criança, mas pior para a taxa de mortalidade neonatal, a esperança de vida à nascença e o RMM<sup>101</sup>. Mas as tendências evolutivas dos indicadores de saúde levaram a que a **Fundação Ibrahim** concluísse que, entre 2005 e 2015, os aumentos observados no seu índice de saúde para a Guiné-Bissau estão entre os maiores de África, só atrás dos observados para a Etiópia e Angola<sup>102</sup>.

No entanto, a mortalidade materna persiste com o **segundo maior RMM do mundo, abaixo só do da Serra Leoa** (1.360) e ligeiramente maior do que o do Chade (856) e do Sudão do Sul (789). A utilização de serviços obstétricos por parte das mulheres grávidas tem sido persistentemente baixa durante vários anos: apenas 45% dos partos ocorrem em ES<sup>103</sup>. Os principais determinantes incluem, no lado da oferta, uma escassez aguda de pessoal com as competências necessárias, baixa disponibilidade de serviços cirúrgicos, sangue e medicamentos. Os cuidados obstétricos são frequentemente prestados por enfermeiros gerais sem formação específica, muitas vezes do sexo masculino. Do lado da procura, um conjunto de questões tem sido apontado como razões para a não utilização dos serviços de saúde materna, como os pagamentos

101 World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

102 <http://mo.ibrahim.foundation/pt-pt/iiaq/>

103 MICS 5, 2014.

exigidos, a percepção de baixa qualidade dos serviços, a dificuldade de transporte e comunicações, a distância entre a comunidade e ES e fatores culturais<sup>104</sup>.

A Guiné-Bissau fez progressos significativos na redução da mortalidade neonatal, infantil e da criança. A taxa de mortalidade da criança passou de 223‰, em 1995, a 218‰ em 2000, 204‰ em 2005, 116 ‰ em 2010 e, no último MICS 5 em 2014 a 89‰<sup>105</sup>.

A taxa de mortalidade neonatal é comparável para qualquer uma das primeiras seis crianças nascidas de uma mulher (aproximadamente 31 por 1000 nados vivos), mas é 2,5 vezes maior para as crianças nascidas em sétimo lugar ou mais tarde na ordem de nascimento. Para as crianças nascidas menos de dois anos após o seu irmão anterior tem quase duas vezes mais probabilidades de morrer do que se nascesse pelo menos três anos após seu irmão anterior. Estas observações também se aplicam à mortalidade da criança<sup>106</sup>.

Embora não tenha sido feita uma avaliação formal para melhor compreender esta evolução, é possível apontar alguns **fatores contribuintes**:

- Uma cobertura relativamente baixa com métodos modernos de **planeamento familiar**;
- **Cobertura** relativamente **elevada de imunizações**, especialmente com a vacina contra o sarampo;
- Implementação de intervenções baseadas no contexto familiar, incluindo a promoção da lavagem das mãos, da nutrição saudável e da terapia de reidratação oral;
- Cobertura elevada da utilização de mosquiteiros impregnados com inseticidas de longa duração (MILDA)(entre 2010 e 2013 a proporção de crianças com menos de cinco anos e de grávidas que dormiam sob redes impregnadas variavam respetivamente entre 36% a 94%, e entre 32% a 91%, respetivamente;
- Para as evoluções mais recentes, a **gratuidade**<sup>107</sup> tem facilitado o acesso e promove uma maior cobertura com os serviços de 1º contato.

Resultados do INE indicam que em 2009, a TBM era de 8,2 a nível nacional<sup>108</sup>. As maiores reduções nesta taxa de mortalidade foram experimentadas por mulheres com idade entre 1 e 4 anos (48%). Os homens com idade entre 30-34 anos viram o maior aumento na taxa de mortalidade (22%)<sup>109</sup>.

## DOENÇAS MAIS PREVALENTES

Oito doenças representam mais de **70% das mortes** e DALYs (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade) na Guiné-Bissau: **paludismo**, **infecção pelo VIH**, **enfermidades neonatais**, **infecções respiratórias** baixas, **doenças diarreicas**, **deficiências nutricionais**, **traumatismos** e **doenças cardiovasculares**<sup>110</sup>.

104 World Bank (2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

105 República da Guiné-Bissau, Ministério da Saúde Pública, Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde, Direção de Serviço da Saúde Comunitária e Promoção da Medicina Tradicional (2015). *Integrated Community Case Management: Plano Estratégico 2016-2020*.

106 World Bank (2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

107 Como evidenciado no Fórum Nacional de Saúde Materno Infantil "Avanços e desafios na redução da mortalidade materno infantil na Guiné-Bissau". INASA - Bissau, 12 – 13 Julho 2016.

108 INE (2009). *Tema mortalidade - III RGPH/2009* w.w.w.stat-guinebissau.com

109 GBD PROFILE: GUINEA-BISSAU.

110 World Bank (2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

O paludismo mantém-se como a principal causa de morte (16%) e DALYs (20%)<sup>111</sup>. Está também entre as doenças mais prevalentes na população juntamente com a TB (incluindo uma prevalência elevada – 9% de TB multirresistente<sup>112</sup>), a infeção pelo VIH (o peso do VIH na Guiné-Bissau é dos mais elevados da África Ocidental afetando mais mulheres do que homens - mulheres adultas com VIH representam 59% da população infetada com mais de 15 anos<sup>113</sup>), as doenças diarreicas (existe ainda uma fraca cobertura e aprovisionamento em água potável e saneamento de base), as infeções respiratórias agudas e a má nutrição (Quadro 17).

**Quadro 17. Principais problemas de Saúde por grupos-alvo (ordem aleatória)**

Grupos vulneráveis:	Causas de morbilidade/mortalidade
Crianças <5 anos	Paludismo Infeções respiratórias agudas Diarreias Desnutrição Anemia
Grávidas e Recém-nascido (RN)	Paludismo Complicações ligadas à gravidez e ao parto (pré-eclampsia e eclampsia, hemorragias, anemias, ruturas uterinas, complicações de aborto, fístulas, etc.) Desnutrição Problemas dos RN (nados mortos, prematuridade, baixo peso à nascença, etc.) VIH
Adolescentes	Paludismo Infeções sexualmente transmissíveis (IST) VIH/SIDA (impacto potencial)
Adultos	Paludismo Tuberculose (aumento ligado ao VIH) IST VIH/SIDA

Em termos de número de anos de vida perdidos (AVP) devido à morte prematura, mais uma vez sobressaem a malária, as doenças diarreicas e as infeções respiratórias inferiores em 2010<sup>114</sup>.

Das 25 causas mais importantes de peso da doença, medidas pelos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs), a sífilis mostrou a maior diminuição, caindo 45% de 1990 para 2010<sup>115</sup>.

Em geral as doenças não-transmissíveis e lesões estão em ascensão, enquanto as causas transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais de DALYs estão em declínio<sup>116</sup>.

As DTN não têm merecido o destaque necessário (dengue, chikungunya, raiva, oncocercose, bilharziose, tracoma) embora sejam particularmente relevantes pela elevada prevalência de vetores. A Guiné-Bissau está empenhada em **eliminar** até 2020 a **filariose linfática, a oncocercose, e o tracoma**, em sustentar a eliminação já conseguida da lepra, em reduzir o fardo de doenças atribuível às geohelmintíases, em controlar a raiva e em corrigir o sofrimento associado à noma. Realçamos ainda duas outras doenças com **potencial para eliminação**, a **poliomielite e o sarampo**.

111 World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

112 Rabna P, Ramos J, Ponce G, et al (2015). *Direct Detection by the Xpert MTB/RIF Assay and Characterization of Multi and Poly Drug-Resistant Tuberculosis in Guinea-Bissau, West Africa*. *PLoS One*;10(5):e0127536. doi: 10.1371/journal.pone.0127536.

113 World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

114GBD PROFILE: GUINEA-BISSAU

115 GBD PROFILE: GUINEA-BISSAU

116 GBD PROFILE: GUINEA-BISSAU

São ainda de salientar as doenças com potencial epidémico, em particular a cólera que é causadora de surtos recorrentes.

As doenças não transmissíveis (DNT) têm ainda um peso desconhecido na população guineense. As patologias sociais, como os acidentes de viação e várias formas de violência, começam a ter alguma relevância, ainda mal documentada. É nestes dois últimos grupos que sobressaem a doenças que mais pesam nas evacuações<sup>117118</sup>, nomeadamente doenças do foro ortopédico, da cardiologia, da oftalmologia, da ginecologia e da neurologia - doenças que se prestam como evidência da incapacidade do sistema nacional de saúde responder a estes desafios. Verifica-se que as cinco principais causas de anos vividos com incapacidade na Guiné-Bissau são anemia ferropénica, dor lombar, depressão major, doença pulmonar obstrutiva crônica e dor cervical<sup>119</sup>.

## DETERMINANTES DO ESTADO DE SAÚDE

De entre os determinantes, são abordados a pobreza, a educação, os estilos de vida, usos e costumes e respostas do sistema de saúde.

### Pobreza

A pobreza é a grande determinante desta realidade sanitária. Esta reflete-se no stress, na reduzida higiene doméstica, na violência doméstica, na rutura do tecido social tradicional, na insegurança alimentar, na desnutrição, no abuso de álcool e droga no caso dos jovens, e no inadequado acesso a cuidados de saúde, tudo contribuindo para fortes desigualdades em saúde.

### Educação

A educação exerce uma influência positiva sobre a saúde. Três quartos (76%) destes efeitos positivos da educação combinados são adquiridos desde o fim do ensino primário<sup>120</sup>. Os benefícios da escolarização associados ao registo dos nascimentos no Registo Civil são também mais importantes quando a mãe tem um nível de instrução equivalente ao fim do ciclo primário<sup>121</sup>.

---

117 Guerreiro CS, Ferrinho P, Hartz Z (2015). A evacuação de doentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa para Portugal – estudo de avaliabilidade. *An Inst Hig Med Trop*; 14: 101-108.

118 N`Dumba. AM, Na Nadje A, Koumare AK (2009). *Etude de la Mise en Place D'un Réseau de Centres de Soins Spécialisés de Haut Niveau en Vue De Reduire les Vacuations Sanitaires Hors de l'Espace UEMOA.*

119 GBD PROFILE: GUINEA-BISSAU

120 À educação primária completa estão associados: 56% dos benefícios educativos no que respeita o aumento de consultas pré-natais, 94% dos benefícios educativos na assistência de um profissional no momento do parto, ou ainda 100% dos benefícios totais da educação relativamente à toma de vitamina A após o parto. Com um nível de seis anos de estudos completos da mãe, observa-se também que 98% dos efeitos benéficos da educação são já adquiridos no que toca à utilização de MILFA para prevenir o paludismo na criança de menos de cinco anos. Finalmente, maior o benefício é adquirido desde logo no final do Ensino Primário para o que diz respeito à vacinação e à consulta num estabelecimento de saúde em caso de febre na criança com menos de cinco anos de idade .

São obtidos resultados semelhantes em relação ao comportamento cívico, e à luta contra o VIH/SIDA.

121 República da Guiné-Bissau, Ministério da Educação Nacional (2015). *Relatório da Situação do Sistema Educativo Para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases. Relatório de Agosto de 2015.*

## Estilos de vida

A associação dos estilos de vida dos guineenses com a saúde estão mal estudados, mas alguns textos, como o PNDS II, realçam comportamentos individuais, com influência negativa no estado de saúde:

- Comportamento urbano – embora a ruralidade esteja associada a piores indicadores de saúde, a urbanização está ligada à emergência de comportamentos como o sedentarismo, a ausência de atividades físicas e um regime alimentar menos saudável que são determinantes importantes das doenças não transmissíveis;
- Droga – comportamentos antissociais dos jovens nas vias públicas, comportamentos esses que muitos atribuem ao uso de estupefacientes;
- Alcoolismo – sobretudo nos jovens, com incitamento a comportamentos como a violência e o sexo desprotegido, expondo-se, inconscientemente, ao risco de infeção pelo VIH e a outras IST;
- 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 fator que gera morbidade, mortalidade e resistência aos medicamentos, principalmente aos antibióticos e anti-palúdicos.

## Usos e costumes

A descrição de estilos de vida negativos para a saúde não implica que os usos e costumes dos guineenses sejam, na sua totalidade, nocivos à mesma. Existem aspetos que contribuem muito positivamente para a promoção da saúde e que merecem ser potencializado, nomeadamente:

- A amamentação é geralmente prolongada até cerca dos dois anos de idade e, frequentemente em exclusividade até aos seis meses de vida,<sup>122123</sup>, 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 psicoafetivo tanto da criança como da própria mãe;
- A abstinência sexual das mulheres durante o período da amamentação favorece o espaçamento dos nascimentos;
- Sistemas, incluindo a abota, de solidariedade familiar e comunitária disponibiliza a atenção necessária aos indivíduos quando se encontram em situação de

---

122 Guiné-Bissau (2010). 4º Inquérito por amostragem de indicadores múltiplos. [www.stat-guinebissau.com/publicacao/relatorio-preliminar-mics4-idsr1.pdf](http://www.stat-guinebissau.com/publicacao/relatorio-preliminar-mics4-idsr1.pdf).

123 Tamy MGBA (2013). *Aleitamento Materno em Crianças Menores de Um Ano de Idade na Região Sanitária de Oio, Guiné*. Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.

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.

Entre os usos e costumes que acabam por influenciar negativamente o estado de saúde, incluem-se cerimónias fúnebres prolongadas que podem contribuir para a propagação de infeções de potencial epidémico como o Ébola. É também de realçar o baixo estatuto social da mulher que a impede, em ambiente familiar, de tomar as decisões necessárias para a sua saúde e da sua família.

## Características do sistema de saúde

Em relação ao sistema de saúde temos de realçar como importantes determinantes da realidade sanitária do País:

- Deficiente governação do sistema de saúde com graves deficiências em funções como as de supervisão, inspeção e regulação;
- Fraca coordenação entre nível central e RS;
- Fraca coordenação intersetorial limitando o potencial para saúde em todas as políticas, por exemplo;
  - Precárias condições de vias e meios de comunicação (estradas e transportes, telefones e telemóveis, internet, meios de comunicação social);
  - Acesso ainda limitado a água potável e saneamento básico;
  - Pouca preocupação com a promoção de ambientes saudáveis;
- Fraca capacidade de gestão a todos os níveis (planificação, implementação, supervisão, monitorização e avaliação, controlo e/ou inspeção sanitária);
- Insuficiência de financiamento para o setor da saúde e fraqueza do sistema de proteção social;
  - Excessiva dependência de pagamentos diretos pelas famílias;
  - Excessiva dependência dos apoios do exterior para o funcionamento de rotina;
- Mapa sanitário definido no PNDS I, desatualizado, que não tem acompanhado a evolução de ocupação do território nacional pelas populações;
- Forte organização programática, centrada em programas nacionais verticais;
- Iniciativas que embora necessárias não têm sustentabilidade – como exemplos mencionamos a telemedicina instalada no HNSM, mas que não é operacionalizada, o Centro de hemodialise em projeto de construção há mais de 10 anos, que foi recentemente inaugurado, mas ainda fechado por falta de recursos.
- Desmotivação e penúria de RH (qualitativa, quantitativa e distributiva);
- Degradação e insuficiência de infraestruturas;
- Insuficiência de meios de diagnóstico e de outros equipamentos médicos;
- Ausência de um quadro institucional de resposta rápida e coordenada às situações de emergência;
- Desigualdades regionais, económicas e de género no acesso aos cuidados de saúde;
- Deficiente cobertura dos serviços de CPS;
- Disfuncionamento total do sistema de referência e contra-referência;
- Fraca qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes utilizadores dos serviços;
- Incapacidade de organização de serviços direcionados aos adolescentes, jovens, velhos e deficientes (físicos e mentais);

- Fraca capacidade de previsão e reação em situações de emergência (epidemias e outras catástrofes);
- Ausência de um mecanismo legal e institucional de integração e coordenação do setor privado e de medicina tradicional;
- Alto nível de procura da primeira consulta pré-natal (CPN 1) mas utilização irregular das CPN repetidas;
- Baixa proporção de partos assistidos;
- Baixa prevalência contraceptiva nas MIF;
- Abandono ao tratamento antituberculoso, antirretroviral e de outras doenças crónicas.

São de realçar as opiniões dos Diretores das RS sobre os serviços que dirigem que realçam aspetos importantes que merecem reforço ou correção. Realçamos:

- As DRS têm infraestruturas físicas: algumas em bom estado e adequados, como (por ex. Bafatá, Gabú, Cacheu, Farim, Tombali e Biombo); outras insuficientes no estado de degradação avançado (Oio), outras em situação pouco clara (Quinara dentro do aquartelamento) e ainda sem sede própria (Bijagós);
- Todas as DRS têm equipas com as responsabilidades bem definidas mas algumas pessoas com dupla função;
- Maioria dos membros da ERS têm formação nas áreas de responsabilidades, exceto os diretores da RS; em termos de formação/capacitação, existe um vazio em gestão sanitária;
- Constata-se que nem todas as DRS têm clareza sobre os termos de referência que definem os postos de responsabilidades o que dificulta enormemente a gestão;
- No âmbito da autonomia das RS constata-se que não é efetiva (ex.: transferências, colocações dos RHS são feitas ao nível central, sem que as RS sejam ouvidas);
- Quase a totalidade reclama a falta de implementação das carreiras profissionais e institucionalização de pagamentos de cargos de direção.
- Em termos de implementação dos programas existem dificuldades financeiras, recursos limitados e alguma descoordenação;
- Ausência de um plano de manutenção dos equipamentos, materiais, meios de transportes e vias de comunicação e de um plano de abastecimento de oxigénio e de sangue;
- Todas as RS têm cadeias de frio funcionais, (poucas com problemas de funcionamento);
- Com apoio da OMS, todas as RS têm telefones fixos (linha verde) que interligam as ES entre si, mas nem sempre com a DRS;
- Iguamente, todas as DRS têm internet financiada pela OMS, embora a manutenção do seu funcionamento não seja bem-sucedida;
- As receitas próprias são insuficientes, mas todas as AS e DRS têm as respetivas contas bancárias, controladas e auditadas, incluindo externamente pela EMI;
- Abastecimento com medicamentos é regular mas insuficiente para alguns programas (ex.: paludismo);
- Todas as ERS têm um quadro de pessoal. Constata-se insuficiência de RHS em quantidade e qualidade e má distribuição;
- Apesar da existência de um ponto focal do INASA em cada região, constata-se insuficiência na recolha de dados, compilação, análise, interpretação e sobretudo na tomada de decisão;
- A presença dos parceiros é notável assim como de outras ES privadas, religiosas e tradicionais, mas com insuficiência de coordenação da DRS/MINSAP (Quadro 18).

**Quadro 18. Análise FOFA da situação nas Regiões Sanitárias**

Interno	
FORÇAS	FRAQUEZAS
<p>Todas as RS têm ERS completa com 7 elementos; Quase todos os elementos da ERS têm formação na respetiva área de responsabilidade; A maioria dos elementos da ERS têm responsabilidades acumuladas; Quase a totalidade das RS têm infraestruturas físicas para a DRS; Existe ampla participação de parceiros na aquisição e distribuição de medicamentos; Todos os CS têm cadeia de frio funcional, com sistema de registo automático (LOGTAG), funcionando com painéis solares; Internet paga pela OMS em todas as DRS e alguns hospitais; Todas as ES têm telefone linha verde (paga pela OMS); A maioria das RS têm ASC formados, inclusive em Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI) e com material completo; Receitas internas próprias da DRS resultante de reembolsos das ES - 5% das receitas dos CS tipo C; 10% das receitas próprias dos CS Tipo A e B; 15% das receitas próprias dos HR; Todas as AS com conta bancária própria cogerida e auditadas pela ERS e EMI; DRS e AS com o mínimo de equipamento e material para o funcionamento; Existência de sistema de mutualismo nas RS de Cacheu e Oio; Nas Regiões existem para além das ES publicas outras de carácter religiosas, ONG com fins não lucrativo e tradicionais</p>	<p>A maioria dos Diretores das RS não têm formação necessária para as responsabilidades que ocupam; Insuficiência de residências que permitam a motivação e retenção dos quadros nas AS; Algumas infraestruturas estão em estado avançado de degradação e outras razoáveis precisando de reparações e ou ampliação; Receitas internas insuficientes para o funcionamento, o que origina a falta de equipamentos, materiais clínicos e de escritório; Regiões insulares e de difícil acesso geográfico sem meios de transporte adequados; Vias de comunicação insuficientes (rádio, internet – existe mas não funciona); Insuficiência de técnicos em quantidade e qualidade; Indefinição dos termos de referência para os diferentes postos de trabalho; Técnicos de saúde com pouco acesso a formação contínua; Falta de RH especializado (Gineco-Obstetrícia; Pediatria; Cirurgia geral; Traumatologia) de parceiros ou formados para gestão de RHS; Falta de um plano de abastecimento regular de medicamentos (roturas frequentes), sobretudo insuficiência de antipalúdicos; Não participação das ERS na quantificação e distribuição de medicamentos; Falta de um plano de abastecimento regular de oxigénio e de sangue; Falta de um plano de manutenção de para equipamentos e logística; Elevada mortalidade materna nos HR (em especial em Bafatá); Algumas RS sem ASC no terreno por falta de formação e financiamento; Inexistência de mutualidades e sistema de abota na maioria das RS (note-se experiência fracassada nas Ilhas Bijagós); Ausência de certos parceiros nas avaliações e reuniões; ES não públicas têm deficiência de coordenação com as respetivas DRS, no que concerne a planificação, implementação, seguimento e avaliação</p>
Externo	
OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<p>Presença de parceiros com as áreas de intervenções definidas e sem sobreposições; Participação dos parceiros na planificação das atividades e gestão das mesmas; Presença de 1 Ponto Focal OMS, RS de Gabú e Tombali (para apoiar implementação do RSI); Presença do supervisor operacional de terreno, RS de Quinara Presença de equipa de resposta rápida nas RS de Gabú e Tombali</p>	<p>Instabilidade política administrativa associada a ausência clara de linhas de comando e controlo entre nível central e RS; Retirada dos parceiros.</p>

Fonte: entrevistas individuais e coletivas com os Diretores das RS em março de 2017.

## DESIGUALDADES EM SAÚDE

Existe uma grande variação nos indicadores de saúde na Guiné-Bissau.

### Desigualdades nos indicadores de estado de saúde e seus determinantes

A taxa de mortalidade da criança, por exemplo, varia de 42 por 1000 na Região de Biombo para 159 por 1000 em Gabú e 126 por 1000 em Bafatá. Gabú e Bafatá apresentam consistentemente baixo desempenho em quase todos os indicadores de saúde infantil. Por exemplo, elas têm menor percentagem de crianças totalmente imunizadas (Gabú = 58%, e Bafatá = 46%, comparado com a média nacional de 64%), menor percentagem de crianças que dormiram sob redes impregnadas (Gabú = 72% e Bafatá = 80%, média nacional = 88%) e maior taxa de fecundidade total (Gabú = 6,3;

Bafatá = 5,7, média nacional = 4,9) (a **desnutrição e o conhecimento materno** explicam 90% da variação regional de mortalidade da criança)<sup>124</sup>.

A taxa de **mortalidade neonatal** varia entre 11,5 no Biombo<sup>125</sup> e 49,5 em Gabú<sup>126</sup>.

No meio rural o valor obtido para a TBM é um pouco mais elevado entre os homens (9,2) do que entre as mulheres (8,5), enquanto no meio urbano as diferenças entre os sexos são quase insignificantes (cerca de 7 para ambos os sexos). Os valores obtidos permitem agrupar as regiões em dois grupos: TBM é relativamente menos elevada do que o valor nacional e engloba as regiões de Cacheu (8,1), Oio (7,8) e o SAB (6,9); restantes regiões, onde a TBM é mais alta que o valor nacional. A diferença entre a TBM da região de Biombo (11,3) e a taxa nacional é de 3,1.

A esperança de vida é superior no sexo feminino<sup>127</sup>.

Para a taxa de mortalidade infantil, esta é também mais alta para rapazes, e em zonas rurais, sendo em Quinara e Biombo abaixo da média nacional<sup>128</sup>.

O RMM é igualmente mais alto nas zonas rurais. Em Biombo, Cacheu e SAB os valores encontram-se abaixo da média nacional<sup>129</sup>.

A pobreza é um determinante importante, mas nem sempre da forma esperada. O quintil mais pobre da população tem uma taxa de mortalidade da criança muito menor (77,4 por 1000) do que o segundo ou o terceiro quintis (100,5 e 106,7, respetivamente). Este resultado contraintuitivo está provavelmente ligado ao fato de que **o quintil mais pobre tem uma taxa mais elevada de crianças que dormem sob uma rede impregnada (90%) do que o segundo ou terceiro quintis (83% e 84%)**<sup>130</sup>.

Entre as RS outros preditores, a saber, a disponibilidade de RHS e de infraestruturas de saúde, o estado de nutrição, o conhecimento materno e o uso de redes mosquiteiras, correlacionam-se muito fortemente com a variação regional da mortalidade (a desnutrição e a educação materna explicam 90% da variação regional de mortalidade da criança)<sup>131</sup>.

Estas desigualdades refletem-se também nas questões de saúde relacionadas com o género. Na cultura guineense é insuficientemente valorizada a vida de uma mulher, limitando-lhe a capacidade de escolha e de decisão sobre a sua saúde e a da sua família. Destacam-se aspetos como a excisão (mutilação genital feminina), casamento precoce e/ou poligâmico, prática de herança (Levirato, Sororato<sup>132</sup>), entre outras, que são práticas legitimadas e fazem parte do dia-a-dia das comunidades. As questões do género refletem-se também numa força de trabalho cada vez mais feminina no setor da saúde, com todas as vantagens e desvantagens associadas a este fenómeno<sup>133</sup>.

---

124 World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

125 Muita da população de Biombo vem morrer em Bissau.

126 INE World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

127 INE (2009). *Tema mortalidade - III RGPH/2009* w.w.w.stat-guinebissau.com

128 INE (2009). *Tema mortalidade - III RGPH/2009* w.w.w.stat-guinebissau.com

129 INE (2009). *Tema mortalidade - III RGPH/2009* w.w.w.stat-guinebissau.com

130 World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

131 World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

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

133 Russo G, McPake B, Fronteira I, Ferrinho P (2013). *Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities*. *Health Policy and Planning*;1–10. doi:10.1093/heapol/czt071.

## Desigualdades no acesso aos serviços por RS e poder econômico

O acesso aos serviços de saúde está significativamente associado à situação econômica: 75% dos guineenses no quintil mais rico reportam ter recebido algum tipo de assistência médica, vs. 63% no quintil mais pobre. Um padrão semelhante é observado entre as RS, nomeadamente, que o nível de pobreza é indicativo da probabilidade de os residentes acederem aos cuidados de saúde. Por exemplo, entre os que vivem na região mais pobre (com base na linha de pobreza moderada), Quinara, só 60% acederam os cuidados de saúde quando doente, a menor percentagem no País. Por outro lado, aproximadamente 80% dos que adoeceram em Oio acederam aos serviços de saúde<sup>134</sup>.

Os custos dos cuidados de saúde foram identificados como a principal razão para não os procurar quando necessário. 44% dos inquiridos foram desencorajados a procurar tratamento pelos custos desses cuidados. Em Cacheu (58%), Bissau (51%) e Gabú (51%), a percentagem dos que apresentaram os custos de cuidados de saúde como principal obstáculo à procura de cuidados foi superior à média nacional.

A distância dos prestadores dos cuidados ao domicílio dos entrevistados foram apontados por 10% dos entrevistados como a segunda razão principal para não procurar atendimento quando doente. Quanto a este obstáculo, Quinara (26%), Oio (21%) e Bolama (20%) apresentaram a maior taxa de reclamações.

## Desigualdades na qualidade dos cuidados de saúde por RS e por poder econômico

Em todas as regiões, a maior percentagem de indivíduos que relataram problemas com a qualidade da prestação de cuidados de saúde foi em Cacheu (55%), Quinara (51%) e Tombali (48%). O tipo de doença não teve qualquer influência detetável na qualidade percebida de cuidados recebidos, enquanto aqueles que visitaram os curandeiros tradicionais foram significativamente mais propensos a apresentarem problemas - mais especificamente, relataram com mais frequência que o tratamento era pouco eficaz<sup>135</sup>.

A qualidade percebida varia significativamente entre as regiões. Globalmente, Biombo e Bolama parecem ser as duas regiões que oferecem os serviços mais satisfatórios, com um tempo de espera significativamente mais curto, mais pessoal qualificado, cuidados mais acessíveis e medicamentos suficientes em stock<sup>136</sup>.

Embora essas duas regiões também sejam economicamente as melhores, a relação entre a taxa de pobreza e o serviço de qualidade não é linear. Por exemplo, Bissau não se distinguiu de Quinara, a região mais pobre, em quatro dos seis indicadores, exceto pela qualidade do pessoal e armazenamento de medicamentos. Por outro lado, Quinara e Tombali parecem ser as duas regiões com a pior qualidade de saúde em geral. Os residentes de Quinara são mais propensos a encontrar medicamentos em falta quando visitam os serviços de saúde do que noutras Rs (35%). Os moradores de Tombali e

---

134 World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

135 World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

136 World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

Bissau são os mais propensos a sofrer longos tempos de espera (20 e 18%, respectivamente), e os moradores de Cacheu são os mais propensos a enfrentar altos custos de saúde (36%)<sup>137</sup>.

Com exceção dos agregados familiares mais ricos (os 20% mais ricos), todos os demais tiveram taxas similares de insatisfação com as instalações que visitaram devido à falta de medicamentos. Não há diferença significativa na espera por tempo entre as famílias ricas e pobres<sup>138</sup>.

Curiosamente, a taxa de queixas sobre os custos dos serviços de saúde varia com os quintis econômicos das famílias em forma de U invertida. Por outras palavras, os agregados familiares mais pobres e mais ricos reclamam menos dos altos custos do que o quintil médio<sup>139</sup>.

---

<sup>137</sup> World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

<sup>138</sup> World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

<sup>139</sup> World Bank(2016). *Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic*. Washington.

## PARTE II – ESTRATÉGIAS PRIORITÁRIAS

Com base no diagnóstico de situação de saúde e do sistema de saúde, tendo em conta a PNS 2017, reconhecem-se grupos vulneráveis (Caixa 5), definem-se finalidades, especificam-se objetivos e valores (Caixa 6), identificam-se três pilares estratégicos do PNDS III (Caixa 7) para desenvolver a Visão que se propõe para o sistema de saúde guineense e operacionalizar a Missão do setor da saúde, garantindo o respeito por Valores de referência (Caixa 8).

### Caixa 5. Grupos vulneráveis:

- Grávidas;
- Recém-nascidos;
- Crianças;
- Adolescentes;
- Adultos doentes, desnutridos e imunocomprometidos;
- Idosos;
- Populações expostas a emergências;
- Alguns habitats específicos: quartéis, prisões, escolas;
- Populações-chave (vendedeiras, trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens, consumidores de drogas, homens em uniforme, transportadores, profissionais de saúde);
- Populações socialmente excluídas (deficientes físicos, residentes em AS de grande isolamento).

### Caixa 6. Finalidades e objetivos da estratégia de saúde

### Caixa 7. Pilares do PNDS III

Governança e mobilização de recursos	Programação prioritária	Oferta de serviços essenciais
Capacitação de lideranças. Atualização do quadro jurídico. Reforma do Mapa Sanitário. Gestão do conhecimento para apoio à tomada de decisão. Financiamento do setor. Securitização dos medicamentos e outros produtos terapêuticos. Desenvolvimento da força de trabalho. Instalação e manutenção de equipamentos. Parcerias.	Saúde reprodutiva. Sobrevivência da Criança. Alimentação e Nutrição. Vacinação. Paludismo. Tuberculose. IST/VIH/Sida/Hepatites Virais. Doenças tropicais negligenciadas. Resposta às emergências em saúde pública. Doenças não transmissíveis.	Oferta integrada de serviços nos diferentes níveis de cuidados. Criar economias de escala no complexo hospitalar de Bissau. Reforço da capacidade cirúrgica.

A PNS 2017 reafirma que a “ação para a saúde é parte integrante do desenvolvimento socioeconómico e visa melhorar a qualidade de vida”, orientada por Valores como “justiça social, equidade, acessibilidade e solicitude, identificando claramente direitos e deveres, tantos dos profissionais como dos utentes, referenciando-se a códigos deontológicos e a cartas de deveres e direitos, numa cultura de transparência e rigor”. É com estas orientações em mente que se definiram uma Visão da Saúde para a Guiné-Bissau e a Missão do sistema de saúde para concretizar essa Visão (Caixa 8).

### Caixa 8. Visão, Missão e Valores para o sistema de saúde

Visão	Um sistema de saúde cada vez mais eficiente, eficaz e financeiramente sustentável, com um crescente envolvimento de diferentes setores e responsabilização pelo governo, profissionais e cidadãos.
Missão	Contribuir de uma forma decisiva para o bem-estar físico, mental e social da população, seguindo os preceitos de acesso universal aos programas e serviços de saúde considerados prioritários pelo Governo, de forma acessível, equitativa e de qualidade para todos.
Valores	Equidade Respeito pela pessoa humana (solicitude, qualidade de serviços, confidencialidade e atendimento às suas necessidades) Integralidade (bem estar físico, mental e social) Integridade (ética profissional)

O PNDS é um documento orientador fortemente influenciado pelos ODS. Nas diferentes orientações estratégicas deste PNDS identificam-se os ODS que lhe estão relacionados.

Com base no diagnóstico da situação da saúde e do sistema de saúde, tendo em conta a PNS 2017, finalidades, objetivos e pilares estratégicos adotados, considera-se que o PNDS III deverá considerar como prováveis, ou pelo menos possíveis, os pressupostos e riscos que a seguir se identificam (Caixas 9 e 10).

### Caixa 9. Pressupostos considerados na elaboração do PNDS III

Pressupostos
Situação socio-política permitirá a consecução das atividades planejadas.
Compromisso continuado com um Serviço Nacional de Saúde universal.
Consolidação da abordagem de saúde em todas as políticas.
Consolidação da percentagem do OGE atribuída ao setor.
Criação de condições para um fundo comum para a saúde apoiado pelos parceiros.
Transferências para os outros ministérios de competências que não são específicas da saúde mantendo o controlo do conteúdo temático (por exemplo curricular) de acordo com as necessidades do sistema de saúde.
Estabilidade nas lideranças institucionais, a todos os níveis, permitindo a institucionalização da coordenação do setor, a consolidação da boa governação e de equipas de gestão devidamente capacitadas.
Clarificação e regulamentação das funções atribuídas aos diferentes níveis de governação, gestão e administração do sistema de saúde.
Criação de condições para reforço da autonomia das lideranças regionais.
Desenvolver um modelo de parcerias do Serviço Nacional de Saúde com outros atores.
Transposição expedita das diretivas da CEDEAO no <i>corpo jùris</i> nacional.
Expansão ou reclassificação das ES para garantir melhor distribuição geográfica e melhor acessibilidade.
Com melhor reconhecimento, biossegurança, incentivos à produção, formação e uma gestão mais eficiente e efetiva, incluindo o respeito pelas carreiras específicas da saúde, os trabalhadores da saúde aumentarão o volume e qualidade dos serviços prestados.
Progressiva diminuição do nº de trabalhadores menos diferenciados.
Adoção expedita dos documentos produzidos (leis, decretos-leis, regulamentos, normas, etc.).

### Caixa 10. Riscos considerados no PNDS III

Riscos	Mitigação dos riscos
Interrupção do apoio das agências internacionais resultante de mudanças de suas políticas ou devido a instabilidade política e/ou económica.	Ajustar a execução do PNDS a cenários de menor disponibilidade de recursos; manter diálogo político com os parceiros a nível setorial, de modo a advogar a atribuição adicional de recursos; promover o uso eficiente dos recursos alocados; desenvolver estratégia de financiamento que identifique outras fontes de financiamento.
Estado não aumenta compromisso financeiro com a saúde.	
	Fortalecer sistemas de gestão financeira e promover a transparência e a prestação de contas, para atrair os recursos financeiros para o setor saúde.
Persistência da perceção de risco fiduciário.	Compromisso do Governo de combater a corrupção; fortalecer os procedimentos de auditoria e monitoria interna; utilizar dispositivos disciplinares para obter melhor implementação das normas.
Persistência de fundos fora do orçamento.	Limites para alargar o financiamento fora do orçamento; definir instrumentos legais aplicáveis aos parceiros externos que utilizam estes mecanismos com o propósito de obter maior transparência sobre o uso de recursos no setor, com obrigação de partilha das informações; promover o diálogo com os parceiros para explorar os procedimentos alternativos destinados a incorporar a planificação e os relatórios no sistema de governo, mesmo que os fundos permaneçam fora do orçamento.
Auditoria limitada por parte do Tribunal de Contas.	Serviços de auditoria externa para complementar os esforços do governo.
Persistência de fragilidades nos processos de planificação, orçamentação, execução e elaboração dos relatórios.	Definir ações de reforço de capacidades aos níveis, nacional, regional e institucional; definir ciclo de planificação anual.
Persistência de falta de pessoal capacitado e de fundos públicos para incentivos e aumento da massa salarial.	Investimento em RHS como uma das prioridades do PNDS.
Medidas de retenção e atração de pessoal pouco sustentáveis.	
Ocorrência de emergências resultantes de calamidades ou epidemias, o que leva a um desvio de aplicação dos fundos anteriormente previstos.	Planos de emergência atualizados e passíveis de serem operacionalizados em parceria com outros ministérios e outros parceiros.
Aumento das pressões sobre o orçamento com expansão da rede sanitária e aumento da produção e procura de serviços.	Cenários alternativos de financiamento tendo em consideração alternativas de expansão da rede sanitária e da produtividade.
Não observância dos pressupostos.	Pressupostos abordados na elaboração deste PNDS III.

## GOVERNAÇÃO E MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS

A governação envolve um leque de funções para melhorar a saúde de uma população, nomeadamente garantindo o acesso aos serviços e a segurança dos doentes e profissionais de saúde e protegendo os direitos dos cidadãos. A boa governação define e respeita prioridades e objetivos, exigindo um desempenho íntegro, no interesse

público. Identifica claramente linhas de autoridade, o escopo das responsabilidades e desenvolve instrumentos para apoio à tomada de decisão.

O “Relatório Sobre Progresso na Implementação do Programa de Ação de Istambul na Guiné-Bissau” (de dezembro de 2015) reconhece que “O futuro imediato da Guiné-Bissau dependerá da sua governação. A Boa Governação é um tema que tem suscitado debates no País ocupando desta forma um espaço central no discurso para o desenvolvimento, sendo considerado um meio decisivo a ser aliado nas estratégias de desenvolvimento.

As instituições internacionais possuem sua visão sobre a boa governação. Para o Banco Mundial tem como princípios a participação, Estado de Direito, transparência, capacidade de resposta, equidade, responsabilização, eficácia e eficiência. Para o PNUD suscita valores relacionados à participação, transparência, responsabilização, equidade, eficácia e Estado de Direito. Para o DFID, baseia-se em três grandes conceitos, a capacidade estatal, responsabilização e capacidade de resposta. Os elementos que fazem parte da boa governação devem ser promovidos em todos os níveis locais, nacionais e internacionais, pois são essenciais para o crescimento económico sustentável, inclusivo e equitativo, erradicação da pobreza e da fome”<sup>140</sup>.

A boa governação reflete a visão do governo no Plano Estratégico e Operacional 2015-2025 “Terra Ranka”.

Para reforço da governação e mobilização de recursos a PNS 2017 reconhece a importância da capacitação de lideranças, da atualização do quadro jurídico, da reforma do mapa sanitário, da gestão do conhecimento para apoio à tomada de decisão, de reforço do financiamento do setor, da securização dos medicamentos e outros produtos terapêuticos, do desenvolvimento da força de trabalho, da instalação e manutenção de equipamentos e de uma rede de parcerias.

A PNS 2017 define ainda que da multiplicidade de fatores que condicionam a saúde e sua interligação com o desenvolvimento decorre que as ações que contribuem para a melhoria do estado de saúde da população não estão todas na alçada do MINSAP, razão pela qual a saúde resulta, em grande parte, de ações desenvolvidas também por outros Ministérios e instituições do Estado assim como de iniciativas de organizações da sociedade civil (OSC)<sup>141</sup> e outras privadas. Cabe ao MINSAP desenvolver com esses Ministérios e essas instituições as interligações orgânicas e funcionais para que a cooperação intersetorial para a saúde se torne efetiva. Daí que se torne indispensável determinar com precisão as áreas onde mecanismos apropriados de cooperação intersetorial para a saúde devem ser estabelecidos e institucionalizados e as áreas onde eles devem ser reforçados e/ou desenvolvidos (como taxas ou impostos sobre o consumo de bebidas e alimentos açucarados, de tabaco e do álcool e restrições à sua publicidade e noutros programas que abordam temas como a mortalidade materna e a sobrevivência da criança). Esta cooperação intersetorial é transversal a todos os temas e estratégias identificados neste PNDS.

---

<sup>140</sup> República da Guiné-Bissau (2015). Relatório Sobre Progresso na Implementação do Programa de Ação de Istambul na Guiné-Bissau. Bissau, dezembro.

<sup>141</sup> As OSC são organizações de direito privado e com fins de interesse público.

## CAPACITAÇÃO DE LIDERANÇAS.

Lideranças capazes são essenciais para manter uma perspectiva alinhada com a visão, orientada para a missão e fortalecida pelos valores de referência. Os líderes do setor da saúde na Guiné-Bissau devem guiar-se pelos ODS, comprometendo-se contribuir para:

- ODS 5 – promover a igualdade do género e empoderar as mulheres e meninas;
- ODS 9 – **construir infraestruturas resilientes e fomentar a inovação;**
- ODS 10 – reduzir as desigualdades dentro do País e entre Países (no caso da Guiné-Bissau, com um enfoque particular nos Estados membros da CEDEAO);
- ODS 16 – promover uma sociedade pacífica e inclusiva, o acesso à justiça para todos e instituições capazes, responsáveis e inclusivas.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A capacitação de lideranças passa por:

- Esforços para a melhoria e desenvolvimento constante do processo de **planificação, gestão e avaliação de saúde**, tanto no que respeita à planificação e gestão das infraestruturas de saúde e resíduos hospitalares, como no que concerne a planificação e gestão de recursos (humanos, materiais e financeiros), de programas e de atividades.
- Reforço das autonomias institucionais e regionais, através de:
  - Mecanismos da administração indireta das instituições de saúde (Agência Reguladora de Medicamentos e Produtos de Saúde, CECOME, INASA, algumas das estruturas de referência nacional);
  - Administração autónoma das organizações socioprofissionais (das Ordens profissionais);
  - **Reforço da autonomia das Regiões Sanitárias;**
- Reativação da estratégia de SIF;
- Mapeamento e capacitação de todos os dirigentes de acordo com as especificidades do seu cargo (ver desenvolvimento de RH).

## Orientações estratégicas

A capacitação de lideranças passa por: i) instalação, reativação e/ou capacitação de estruturas de governação; ii) desenvolvimento de instrumentos de governação; e iii) formação de atualização ou aquisição de competências de governação e/ou direção.

### Instalação e/ou capacitação de estruturas

A instalação e/ou capacitação de estruturas deveria priorizar:

- Rever a nova estrutura orgânica do MINSAP, desenvolvida pelo MinFuP (aguarda apreciação pelo Conselho de Ministros) de forma a refletir as orientações estratégicas e prioridades programáticas deste PNDS e sua validação.
- Redinamizar o Serviço de Gestão e Planificação Estratégica, na dependência direta da DGASS, como plataforma técnica da implementação do PNDS III, da sua divulgação, de monitorização da sua implementação e de coordenação do espólio documental que lhe estará associado (figura 4). **Este gabinete passa a integrar a Célula de Gestão Financeira do PNDS e as ATI de reforço do sistema de saúde. Assumirá a responsabilidade de secretariar o Comité de Coordenação do Setor da Saúde (CCSS). Apoiará metodologicamente as RS a elaborar os seus Planos Regionais de Desenvolvimento**

Sanitário, a operacionalização da SIF e assumirá a coordenação do diálogo político entre parceiros e o Governo.



Figura 4. Espólio de documentos orientadores da estratégia de saúde do PNDS III e da sua implementação

- Reativar o CCSS nos níveis central e regional (de acordo com o Despacho 07/GMSP/2015 de 16 de março), como estruturas de coordenação do setor, encorajando a evolução do CCSS nacional no sentido de se estabelecer, no horizonte deste PNDS, como o Conselho Nacional de Saúde, com uma abrangência intersetorial, como previsto já no PNDS I. Será item obrigatório da sua agenda de trabalho a apreciação das atas das reuniões do Conselho Diretivo do MINSAP.
- Instalar um Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários, na dependência direta da DGPPS, que deve ser dirigido por um assessor equiparado a adjunto da Direção de Prevenção e Promoção da Saúde e incorporar especialistas, incluindo especialistas em informação, educação e comunicação para a saúde (IEC) e saúde ambiental.
- Reforçar (em termos e recursos humanos e, materiais) a Direção de Serviço de Parcerias como proposto mais adiante.
- Reforçar a capacidade técnica da IGAS, criando condições para o funcionamento das suas três delegações provinciais. As atividades da IGAS devem dar prioridade ao engajamento com os utentes, recebendo e respondendo às suas reclamações (diretamente ou por reenvio obrigatório das estruturas de saúde, privadas ou públicas, que as recebem) e à auditoria e inspeção dos prestadores de serviços (consultórios médicos, clínicas privadas, estabelecimentos de venda de medicamentos, CS e hospitais) indicando as alterações para criar serviços seguros para os doentes, mas recorrendo a multas e outros procedimentos disciplinares, quando necessário.
- Criar e/ou regulamentar e apoiar o funcionamento de estruturas de regulação do setor, nomeadamente: as Ordens profissionais, como órgãos da administração autónoma do Estado, com progressiva delegação de poderes para a regulação do exercício profissional, uma vez criadas as condições de garantia de funcionamento regular e eficiente; e a Agência Reguladora de Medicamentos e Produtos de Saúde, como órgão de administração indireta do Estado.
- Dar maior autonomia operacional aos diretores regionais de saúde, equiparando-os a Diretores Gerais com responsabilidades operacionais (em contraponto aos Diretores

Gerais Nacionais com responsabilidades metodológicas e reformulando as ERS com postos de trabalho e termos de referência compatíveis com a autonomia operacional acrescida (Anexo 9).

- As posições de dirigente devem ser reconhecidas com a atribuição da remuneração pelo cargo atribuído, considerando a possibilidade de subsídios de gestão.
- Introduzir um sistema de incentivos para os diretores gerais e regionais (13º e 14º mês de remuneração) associados a uma avaliação semestral do cumprimento dos objetivos definidos no cumprimento da carta de missão.

## Desenvolvimento de instrumentos:

O desenvolvimento de instrumentos de gestão estratégica envolve:

- Finalizar a especificação dos termos de referências dos postos dirigentes, esboçadas no projeto de estrutura orgânica desenvolvido pelo MinFuP.
- Institucionalizar o processo de nomeação e destituição dos postos dirigentes (centrais e regionais), incluindo a entrega de uma carta de missão como parte dos despachos de nomeação dos diretores gerais e regionais, identificando os seus deveres e obrigações durante o mandato.
- Elaborar, adotar e implementar um documento orientador do reforço das autonomias regionais.
- Elaborar, adotar e implementar um documento orientador da gestão das estruturas regionais.
- Elaborar, adotar e implementar o manual do ciclo de planificação anual (Quadro 19).
- Rever, adotar e implementar um manual de SIF.
- Elaborar ou rever, adotar e implementar manuais técnicos em colaboração com os serviços e programas.
- Adaptar e adotar as Cartas de Direitos e Deveres dos Utentes e dos Doentes Internados;
- Elaborar, adotar e implementar legislação relevante (ver Atualização do Quadro Jurídico).
- Criar o arquivo físico e virtual da documentação referente à PNS e ao PNDS e respetivos documentos de apoio (programas e projetos).
- Elaborar, adotar e implementar Planos anuais Regionais de Saúde centrados na oferta integrada de serviços a nível regional (ver mais adiante).
- Atualizar e divulgar periodicamente o Mapa dos postos Dirigentes de saúde, garantindo a adequação das suas competências para o cargo ocupado (Anexo 14).
- Desenvolver o Mapa Sanitário como instrumento de gestão estratégica e operacional (ver mais adiante).

**Quadro 19. O ciclo de planificação anual no quadro do PNDS**

Mês	Atividades	Responsável
Julho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação às regiões e entidades centrais sobre disponibilidades do OGE para o ano seguinte (na ausência de informação assumir que é idêntico ao ano anterior)</li> <li>• Elaboração primeiro esboço de planos anuais pelas RS e CRN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGASS, Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica</li> <li>• RS, CRN</li> </ul>
Setembro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação integrada do 1º semestre</li> <li>• Concertação entre CRN, RS e Programas e Serviços Centrais sobre a programação do ano seguinte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGASS, DGPPS, DGECS, Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica, Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários, Gabinete de Parcerias, RS</li> </ul>
Outubro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação de documentos para a Mesa Redonda Anual : Relatórios da Avaliação do ano anterior e do 1º semestre Proposta de Plano de Ação para o próximo ano e orçamento Relatório de ajuda externa, incluindo assistência técnica no ano anterior</li> <li>• Preparação dos Planos Anuais dos Programas e Serviços Centrais</li> <li>• Finalização Planos Anuais das RS e CRN</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGASS, DGPPS, DGECS, Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica, Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários,</li> </ul>

		Gabinete de Parcerias, RS
Novembro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finalização Planos Anuais dos Programas e Serviços Centrais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DGASS, DGPPS, DGECS, Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica</li> </ul>
Dezembro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integração de todos os Planos num Plano Estratégico Anual, resumindo e compilando as informações essenciais dos planos regionais e centrais (documento a ser apresentado à Mesa Redonda Anual)</li> <li>Aprovação do Plano Estratégico Anual (versão preliminar)</li> <li>Envio Planos (parciais) aos doadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica</li> <li>CCSS</li> <li>Ministro</li> </ul>
Janeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparação relatório preliminar de execução financeira do ano precedente (documento a ser apresentado na Mesa Redonda Anual)</li> <li>Relatório das Atividades do ano anterior pelos Centros de Referência Nacional (CRN), RS e Programas e Serviços Centrais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Célula de Gestão Financeira do PNDS, Direção de Administração e Finanças (DAF), Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica</li> <li>RS, CRN, Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários</li> </ul>
Fevereiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprovação do relatório de execução financeira pelo CCSS</li> <li>Aprovação do relatório de desempenho no ano anterior</li> <li>Aprovação do Plano Estratégico Anual (versão final)</li> <li>Mesa Redonda Anual</li> <li>Comunicação sobre disponibilidades financeiras para execução dos Planos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CCSS</li> <li>Ministro, DGPPS, DGASS, DGECS Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica. Gabinete de Parcerias, Parceiros</li> <li>DGASS</li> </ul>

Este ciclo anual deve ser complementado por um ciclo quinquenal de monitorização, correção, avaliação e renovação do PNDS, para que haja adaptação contínua às alterações no contexto em que decorre a implementação do PNDS III, e continuidade com o PNDS IV após o termo do PNDS III.

## Formação de atualização ou aquisição de competências de governação e/ou direção:

As ofertas formativas aos dirigentes deverão ser coordenadas e integradas na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e incluir pelo menos:

- Oferta regular de cursos de Direção Clínica como formação obrigatória para assumir a direção clínica de hospitais ou CS tipo A.
- Oferta regular de cursos de Chefia de Enfermagem como formação obrigatória para assumir a direção de serviços de enfermagem hospitalares ou CS tipo A.
- Oferta de um Curso de Saúde Pública para dirigentes com responsabilidades de serviços de prevenção e promoção da saúde, reforçando esta formação para médicos e enfermeiros com formações profissionais específicas para a sua especialização em saúde pública (em colaboração com as respetivas Ordens profissionais).
- Ofertas *ad hoc* de acordo com as necessidades dos dirigentes identificados no Mapa de Dirigentes (Anexo 14).

É necessária a mobilização de recursos para assegurar estas formações.

## Produtos esperados

Os produtos esperados incluem, entre outros:

- Leis, decretos-leis e regulamentos vários.
- Manual de SIF.
- Manual de Planeamento.

- Manuais Técnicos dos Programas Prioritários (ver mais adiante).
- Documento orientador do reforço das autonomias regionais.
- Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário centrados na oferta integrada de serviços a nível regional.
- Mapa de Dirigentes atualizado semestralmente.
- Planos de Ação Anuais.
- Relatórios Anuais das Atividades.

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

## ATUALIZAÇÃO DO QUADRO JURÍDICO.

O quadro jurídico é essencial para enquadrar todo o setor de uma forma abrangente, na CEDEAO, com os outros setores do País e para regular e harmonizar as atividades de todos os intervenientes no setor, protegendo os cidadãos (ODS 10), garantindo a equidade (ODS 5 e 10) e instituições capazes (ODS 16).

## Orientações da Política Nacional de Saúde

O setor da saúde operacionaliza as suas atividades num contexto em que o quadro jurídico enquadrador, ou não existe, ou não está atualizado, ou carece de aprovação. Daí que o MINSAP deva ser reforçado com um Gabinete Jurídico, com quadros especializados em direito da saúde, para a curto/médio prazo equipar o País e o setor com os instrumentos legais de que carece. A PNS 2017 exige a adoção de legislação (Lei de Bases da Saúde) que defina claramente e regule as atribuições específicas do Serviço Nacional de Saúde em matéria de prestação de cuidados de saúde e estabeleça as condições, atribuições, competências e os mecanismos de como o MINSAP exercerá as suas funções.

## Orientações estratégicas

A atualização do quadro jurídico passa por: i) reativação e redefinição dos termos de referência do Gabinete Jurídico do setor de saúde, que reportará ao Secretário-geral do MINSAP; ii) elaboração de instrumentos jurídicos a serem validados pelo CCSS para

adoção expedita (pelo Ministro da Saúde, ou Conselho de Ministros, ou Assembleia da República) dos documentos jurídicos propostos; iii) Formar / atualizar / adquirir competências em direito de saúde/sanitário; iv) ATI quando necessário.

## Produtos esperados

Os produtos esperados estão listados no Quadro 20. Destes realça-se a Lei de Bases da Saúde, a ser aprovada e adotada até dezembro de 2018, como quadro legal estruturante do sistema de saúde em alinhamento com a nova PNS 2017.

Planos de Ação Anuais do Gabinete.

Relatórios Anuais das Atividades do Gabinete.

## Monitorização

Pelo CCSS, que deverá monitorar a elaboração, adoção e implementação dos documentos jurídicos listados no Quadro 20, e de outros que forem sendo identificados como necessários.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

**Quadro 20. Documentos jurídicos a elaborar, em elaboração ou esperando aprovação**

Documento legal	Comentário	Situação atual
Projeto de Lei de Bases da Saúde	Previsto desde o PNDS I. Especificará sistema de saúde comprometido com a garantia do acesso universal	Por elaborar
Projeto de Decreto-Lei - Regulamento Geral das Estruturas Sanitárias Dependentes do MINSAP.		Por elaborar
Quadro legal para enquadramento de parcerias entre ES de vários setores.		Por elaborar
Lei das pessoas doentes com VIH.		Atualizar
Projeto de Decreto-Lei que criará a autoridade reguladora nacional de medicamentos e produtos de saúde	Institucionalizará autoridade reguladora nacional de medicamentos e produtos de saúde.	Validado em abril de 2017 e submetido ao ministro da tutela
Projeto de decreto sobre a classificação de medicamentos de uso humano quanto a dispensa ao público	Vai criar regime jurídico da classificação de medicamentos de uso humano, quanto à dispensa ao público	Aguarda validação e aprovação
Projeto de decreto relativo à publicidade de medicamentos de uso humano	Estabelecerá o regime jurídico da publicidade dos medicamentos para uso humano	Aguarda validação e aprovação
Projeto de despacho para criação da comissão nacional de medicamentos de uso humano	Para desenvolver as atividades conducentes à autorização de introdução de medicamentos no mercado.	Aguarda validação e aprovação
Projeto de despacho regulamentar para os anexos ao regulamento n.º 06/2010/CM/UEMOA relativos aos procedimentos farmacêuticos de uso humano	Anexo I - conteúdo do dossier técnico para a homologação de um produto farmacêutico de uso humano nos estados membros; Anexo II - procedimento de concessão de uma autorização de introdução no mercado nos estados membros; Anexo III - modelo típico de uma autorização de introdução no mercado	Aguarda validação e aprovação
Projeto de despacho regulamentar para os anexos à decisão n.º 08 /2010/CM/UEMOA sobre boas práticas de fabricação de produtos farmacêuticos de uso humano	Anexo 1: fabricação dos produtos farmacêuticos estéreis; Anexo 2: fabricação dos produtos farmacêuticos biológicos; Anexo 3: fabricação dos produtos farmacêuticos à base de plantas	Aguarda validação e
Projeto de decreto que instituirá nomenclatura nacional dos medicamentos autorizados ao uso e comercialização	Documento de referência para qualquer ato em matéria de importação, posse, distribuição gratuita ou onerosa e de disponibilização de medicamento que será objeto de renovação anualmente	Aguarda validação e aprovação
Projeto de decreto do governo que fixará as taxas de modalidades de cobrança e de gestão dos direitos de registo dos medicamentos genéricos	Instituirá as modalidades de cobrança e de gestão dos direitos de registo na nomenclatura nacional dos medicamentos genéricos autorizados na República da Guiné-Bissau, bem como o estabelecimento das autorizações de importação de medicamentos assim como as regras para utilização dessas receitas	Aguarda validação e aprovação
Projeto de Diploma que cria Comité Nacional de Luta contra Contrafação e Venda Ilícita de Medicamentos	Que tem por atribuições combater a contrafação e venda ilícita de medicamentos.	Aguarda validação
Projeto de decreto referente a institucionalização de farmacovigilância		Aguarda validação
Projeto de Decreto para a criação do Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição	Previsto no Decreto n.º 62-E/92 (sobre o controlo sanitário dos géneros alimentícios),	Aguarda validação
Projeto de decreto conjunto do regime jurídico da fortificação, suplementação, adição de vitamina A, ferro e ácido fólico nos óleos comestíveis e farinha		Atualizar
Projeto decreto conjunto de revisão da legislação sobre sal iodado		Atualizar
Proposta de lei de comercialização dos substitutos do leite materno		Aguarda validação
Proposta de Decreto que aprova a Convenção-Quadro da OMS de 2003 para o Controlo do Tabaco		Aguarda aprovação
Proposta de Decreto Para Institucionalização do Fundo Nacional de Garantia Para Atividades das Associações, Uniões e Federações de Mutualistas Sociais		Aguarda aprovação
Projeto de decreto para transposição da diretiva n.º 06/2008/CM/UEMOA	Relativo à livre circulação, direito de estabelecimento e de prestação de serviço na Guiné-Bissau dos farmacêuticos provenientes dos estados membros da UEMOA;	Aguarda aprovação
Projeto de decreto para transposição da diretiva n.º 06/2005/CM/UEMOA, de 16 de dezembro	Relativo à livre circulação, direito de estabelecimento e de prestação de serviço na Guiné-Bissau dos médicos provenientes dos estados membros da UEMOA	Aguarda aprovação
Projeto de decreto para transposição da diretiva n.º 06/2008/CM/UEMOA,	Relativa à livre circulação, direito de estabelecimento e de prestação de serviço na Guiné-Bissau dos cirurgiões dentistas provenientes dos estados membros da UEMOA	Aguarda aprovação
Decreto Lei dos Estatutos das Ordens e da Associação de Parteiras		Aguarda aprovação no Conselho de Ministros
Proposta de decreto de 2011 para a regulamentação de serviço de vela e isolamento.		Atualizar
Projeto de decreto de licenciamento e fiscalização de unidades privadas de saúde	Incluindo CM, Clínicas, Hospitais, estabelecimentos de venda de medicamentos, postos de enfermagem e centros de diagnóstico e terapêutica	Elaborar
Revisão da lei orgânica e a definição do Regime Jurídico da Atividade de Inspeção		Atualizar
Proposta de decreto do governo para institucionalização do fundo nacional de garantia para atividades das associações, uniões e federações de mutualistas sociais;		Aguarda aprovação
Projeto de despacho de institucionalização do registo, coordenação, seguimento e controlo das atividades das associações/uniões/federações mutualistas para fins de saúde		Aguarda aprovação
Transposição de diretiva da CEDEAO para promoção da parceria público-privada com o apoio da UEMOA		Aguarda aprovação

## REFORMA DO MAPA SANITÁRIO

O reforço dos processos de planificação sanitária passa também pelo aumento da informação sobre a rede sanitária do País e da subsequente planificação da sua expansão/reconversão e estruturação. É um instrumento essencial para reduzir as desigualdades de acesso entre RS e AS (ODS 10) e alcançar uma rede de instituições capazes, responsáveis e inclusivas (ODS 16).

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A organização do sistema deverá ter em conta os movimentos populacionais observados nas últimas duas décadas, a dimensão de urbanização do País que se observou desde então e a ampliação da rede rodoviária. A expansão e diferenciação da força de trabalho do setor permite também idealizar um reforço das atribuições das ES e repensar os circuitos de referência e contra referência. Identifica-se assim a necessidade de rever o mapa sanitário do País de uma forma profunda e de, em algumas RS, parecer necessária uma autoridade sanitária intermédia, entre a RS e a AS, a nível do Setor.

Este é um tema também identificado como prioritário no Terra Ranka.

## Orientações estratégicas

O Mapa Sanitário (MS) constituir-se-á como a carta geográfica da política territorial sanitária e descreverá a rede sanitária por unidade territorial, seja esta uma AS, um Setor Autónomo, uma RS ou o País.

O MS será composto dos seguintes elementos:

- Uma carta geográfica digitalizada com a localização (coordenadas) de todas as ES do sistema de saúde (públicas e privadas, incluindo ES previstas, em construção ou encerradas) assim como a distribuição da população no território nacional, e a identificação de portos, aeroportos e vias de comunicação rodoviária ou marítima que dão acesso às ES;
- Fichas individuais utilizadas para recolha de dados sobre cada uma das ES recorrendo aos instrumentos SARA (Inquéritos de Disponibilidade e Prontidão de Serviços) da OMS;
- Documentação em fotografia digital das ES visitadas e avaliadas;
- Base de dados com a informação contida nas fichas de recolha. Esta base de dados será utilizada para a obtenção de indicadores bem como para alimentar os diferentes elementos do MS: carta geográfica, tabelas estatísticas, quadros comparativos, e texto interpretativo, que se constituirão no Relatório de Discussão do MS;
- Relatório de discussão do MS. Este Relatório é redigido com a interpretação dos mapas, a análise das fichas introduzidas na base de dados, e outras informações não sistematizadas nos anteriores elementos. O Relatório deverá comentar a questão do acesso das populações às ES tendo em conta as vias de acesso, recomendar a

localização de novas ES e sugerir os trajetos mais eficientes para a referência e contra-referência entre ES.

O MS deverá ser assumido pelo dirigentes como um instrumento para planejar a oferta de serviços, incluindo a implementação das estratégias móveis e avançadas, a resposta a surtos de doença ou a emergências de saúde pública, entre outras.

O MS deverá ser regulamentado através de um Decreto-Lei “Regulamento Geral das Estruturas Sanitárias Dependentes do MINSAP”, especificando e normatizando uma rede assistencial de natureza preventivo-curativa, organizada e hierarquizada, de modo a implementar-se gradualmente o princípio em que os níveis de complexidade crescente venham a substituir níveis de atendimento mais simples, funcionando de uma forma integrada através da especificação de uma rede de referência e contra-referência para diferentes necessidades (emergências, obstétricas, pediáticas, etc.), bem como o tipo de serviços mínimos que devem oferecer, considerando a disponibilidade e localização dos serviços (CONUB e CONUC).

O MS deverá ser articulado com os mecanismos de gestão de conhecimento coordenados pelo INASA.

## Produtos esperados

Relatório de discussão do MS.

Mapa Sanitário digital de todas as ES, públicas e privadas, ativas e não ativas e previstas.

Plano de desenvolvimento da rede sanitária.

Projeto de Decreto-Lei - Regulamento Geral das Estruturas Sanitárias Dependentes do MINSAP.

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

## GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA APOIO À TOMADA DE DECISÃO

A Gestão do Conhecimento é o conjunto integrado de ações que visam identificar, capturar, gerir e compartilhar todo o ativo de informações de uma organização (figura 5). É a base do diagnóstico rigoroso, da resposta adequada e da inovação (ODS 9) nos sistemas de saúde.

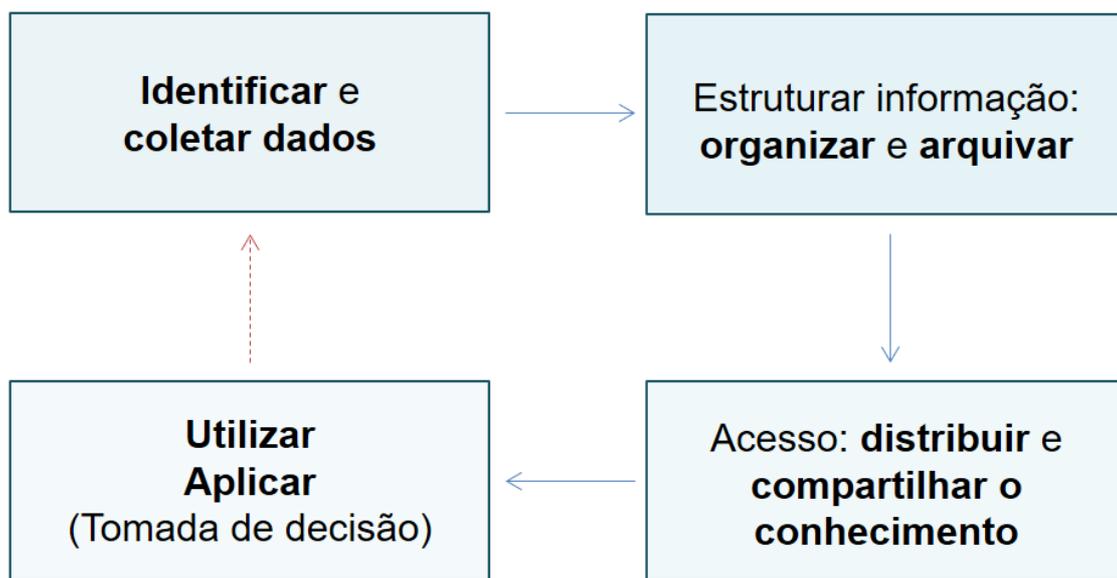


Figura 5. Ciclo de gestão do conhecimento

Estas informações podem estar sob a forma de base de dados, formulários, documentos impressos e outros meios, articulando pessoas, conteúdos e comunicação a fim de organizar a perícia necessária para a tomada de decisão. Ela baseia-se numa aprendizagem compartilhada e envolve não apenas a produção de informação, mas também a sua comunicação de informações com base em ou derivada da análise dos dados.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 releva a importância da Gestão do Conhecimento para “a solução de problemas da sustentabilidade e relevância dos sistemas de saúde” que requerem “uma melhor compreensão da relação complexa entre determinantes da saúde, novas tecnologias da saúde e a economia, compreensão essa que depende de um investimento racional na investigação em e para a saúde” e em sistemas de informação eficazes. Identifica o INASA como a agência de coordenação da Gestão do

Conhecimento, devidamente articulado com a política científica do País, contribuindo assim para uma governação baseada na evidência.

## Orientações estratégicas para a gestão do conhecimento

A gestão do conhecimento deve ser reconhecida como uma função transversal a todas as atividades do MINSAP, com o contributo de todos os profissionais e da responsabilidade de todos os dirigentes.

A gestão do conhecimento ao nível estratégico é coordenada pelo INASA, que assume a responsabilidade de desenhar o sistema de gestão de conhecimento, definir os procedimentos que lhe estão associados e garantir a mobilização do conhecimento para apoio às decisões tanto clínica, como político-administrativa ou de saúde pública.

A arquitetura de colheita, armazenamento, análise e agregação de dados (da rotina dos serviços ou programas, de vigilância epidemiológica, ou episódica) a todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde deve seguir a estrutura do pacote informático DHIS 2 (*District Health Information System* – Sistema de Informação para o Distrito de Saúde) articulada com a plataforma de informação *one health*, esta última partilhada com os serviços de veterinária para as doenças zoonóticas (arboviroses, brucelose, carbúnculo, doença de Lyme, leptospirose, raiva e TB) e articulando-se cada vez mais, através de projetos de vigilância como o REDISSE, com mecanismos transfronteiriços e intersetoriais. Esta arquitetura deve também acomodar os esforços de melhorar o registo de eventos civis, como nascimentos e mortes, reforçando a implementação do Plano Nacional de Registo Civil (Decreto 01/2011 de 2 de fevereiro, e apropriado pelo MINSAP num acordo de parceria com o Ministério da Justiça com o objetivos de registar nascimentos e mortes nas ES). Observaram-se grandes avanços sob as orientações do Plano Estratégico do Sistema de Informação para a Saúde (PENSIS) 2011-2014, tornando-se urgente a finalização, adoção e implementação do novo PENSIS (2018-2022), com um horizonte temporal alinhado com o do PNDS III e que identifique os recursos (pacote mínimo de indicadores essenciais, humanos, financeiros e de tecnologia de informação e comunicação - TIC) necessários para a sua consecução.

Para os RH, é importante capacitá-los em todas as fases do ciclo de gestão de conhecimento, garantindo formação nos cursos de saúde, tanto de nível médio como superior, e garantindo formação contínua adequada e regular.

Um importante estrangulamento na capacidade de obter dados tem a ver com a limitada capacidade laboratorial. O INASA deve assim elaborar, promover a aprovação e implementar um Plano Estratégico da Rede de Laboratórios de Saúde, precedendo esta atividade a avaliação dos atuais laboratórios a decorrer no País. Este Plano deve identificar os esforços necessários para tornar o País independente de laboratórios de referência no estrangeiro no que se refere às arboviroses, às zoonoses, às doenças contempladas nos programas prioritários e aos vetores entomológicos.

A colheita de dados de investigação deve ser orientada por uma agenda de investigação formalmente aprovada pelo Ministro da Saúde Pública. A atual agenda esteve em vigência entre 2013 e 2017 e deve ser revista para o horizonte temporal do PNDS III 2018-2022. O principal agente de implementação desta agenda é o PSB, articulando-se com outros investigadores e/ou agências (por exemplo, INEP ou o INE) quando necessário ou relevante.

A Gestão do Conhecimento do MINSAP deverá dar orientações para a produção, organização e disseminação da informação e conhecimento gerados pelo sistema nacional de saúde a todos os níveis. A informação é um eixo comum a todas as metodologias aplicadas nos serviços e programas de saúde. A sua organização em sítios na internet, em boletins de natureza diversa, em *policy briefs*, etc., deve ser pensada de forma a corresponder às necessidades dos profissionais de saúde, dos parceiros do MINSAP e do cidadão, assim como às exigências que resultam da integração na CEDEAO. As estratégias de comunicação devem ser igualmente aferidas a cada um dos grupos alvo. Nesse sentido, o INASA deve finalizar, promover a aprovação e implementar um Plano Estratégico de Comunicação e Informação sobre Saúde, alinhado com o horizonte temporal do PNDS III.

A comunicação só se torna efetiva quando é utilizada para a tomada de decisão quer pelo cidadão, quer pelos profissionais de saúde, quer pelos dirigentes desse sistema a todos os níveis. Na sequência do Despacho 20/2017 de 12 de abril, que cria o Comité de Seguimento e Implementação dos Resultados de Pesquisa é urgente a sua operacionalização para que o conhecimento produzido sobre a saúde e o sistema de saúde da Guiné-Bissau ganhe visibilidade e relevância, influenciando as decisões tomadas e sendo a base da avaliação independente do mesmo.

Todo o processo de gestão do conhecimento deve ser orientado por princípios éticos e de confidencialidade. O INASA deve, portanto, apoiar o funcionamento efetivo do seu Comité Nacional de Ética em Saúde, em articulação com o Comité Nacional de Bioética, respeitando e reforçando as normas de confidencialidade dos dados de saúde.

## Produtos esperados

Agenda de Investigação Prioritária em e para a Saúde 2018-2022.

Plano Estratégico do Sistema de Informação para a Saúde (PENSIS) 2018-2022.

Plano Estratégico da Rede de Laboratórios de Saúde 2018-2022.

Plano Estratégico de Comunicação e Informação sobre Saúde 2018-2022.

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Para avaliação destas orientações estratégicas sugerem-se os seguintes critérios formulados em questões:

- As orientações estratégicas foram devidamente operacionalizadas?
- Os Planos Estratégicos propostos foram aprovados?
- Os Planos Estratégicos foram amplamente divulgados e são conhecidos?
- Os Planos Estratégicos estão a ser implementados e atuam como instrumentos catalisadores para políticas, orientações e ações mais precisas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde?
- Os Planos Estratégicos são assumidos como plataformas para garantir padrões mais coerentes na gestão dos dados e da informação sanitária e para apoiar a comunicação e tomada de decisão?
- Os Planos Estratégicos definem procedimentos de seguimento e avaliação? E estes são implementados?
- A informação aumentou a qualidade das decisões tomadas dentro do Setor?

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

## FINANCIAMENTO DO SETOR

A estratégia de financiamento do setor da saúde é essencial para garantir a equidade (ODS 10), promover uma sociedade inclusiva (ODS 16), proteger os utentes do sistema de saúde de riscos financeiros (ODS 3.8) e prevenir o empobrecimento (ODS 1) e deve ter por finalidades:

1. Aumentar de uma forma estável e sustentável os recursos financeiros disponíveis para o setor;
2. Melhorar a eficiência e equidade na alocação e utilização de recursos;
3. Melhorar o sistema nacional de orçamentação, gestão financeira e auditoria;
4. Reduzir as despesas catastróficas com a saúde por parte das famílias.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 identifica que, no atual contexto, é importante e necessário:

- Identificar as diferentes fontes de financiamento do sector de saúde por forma a aumentar de uma forma estável e sustentável os recursos financeiros disponíveis para o sector.
- Manter presente o compromisso de Abuja de alocar pelo menos 15% do OGE ao sector da saúde.
- Reforçar e integrar os processos de planeamento e orçamentação no MINSAP na elaboração do OGE.
- Reforçar a gestão financeira do MINSAP.
- Criar condições técnicas e de confiança que permitam aos parceiros comprometerem-se com o financiamento direto de um fundo comum dos parceiros, alinhado com as prioridades do PNDS III.
- Formalizar mecanismos de financiamento solidário dos gastos dos cidadãos com a saúde, nomeadamente as mutualidades sociais para fins de saúde, entre outros, como parte de uma estratégia de procurar mecanismos alternativos de financiamento sustentável.
- O INSS deve ser um importante parceiro nas discussões sobre as opções a considerar do financiamento sustentável do sector, incluindo a exequibilidade de desenvolvimento de um seguro social.
- Esclarecer e regulamentar as situações de gratuidade e o papel da recuperação de custos e das taxas moderadoras no financiamento do sistema de saúde, das suas instituições e dos seus profissionais.
- Mecanismos inovadores de financiamento do sector deverão ser procurados e implementados, como impostos ou taxas sobre o consumo do tabaco e do álcool.
- As contribuições dos parceiros devem incluir sempre uma clarificação dos mecanismos de retirada do País (ou do sector) que reforcem a sustentabilidade das intervenções.

Perante a dimensão da pobreza, a estratégia de saúde deve também contribuir para evitar ou diminuir a frequência de pobreza catastrófica precipitada pelos custos de tratar a doença.

## Orientações estratégicas

O crescimento económico é geralmente uma fonte de maior investimento na saúde. No entanto, tendo em consideração a fragilidade da economia guineense e do fraco envolvimento da população no sector formal da economia, a receita do Estado derivada de impostos sobre rendimentos é limitada, daí que seja necessário identificar mecanismos diversos de angariação das receitas.

Estas decisões devem ser baseadas num diagnóstico claro do sistema de financiamento da Guiné-Bissau, incluindo estudos do custo de financiamento de cada tipo de ES. Portanto, o Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica, em colaboração com o INASA e parceiros, deve encomendar um estudo sobre o financiamento do sector e, com base nesse documento, organizar uma Conferência Nacional de Consenso sobre o Financiamento do Setor, com o envolvimento dos Ministérios relevantes, a participação ativa dos parceiros e setor privado (lucrativo ou não) de forma a validar um Plano de

Financiamento do Setor a médio prazo (2030) reforçando a visão de um sistema de saúde universal.

As receitas do setor devem ser cada vez mais derivadas do OGE. O Ministro da Saúde deve assumir no Conselho de Ministros o papel de advogado de um compromisso crescente do OGE com o acordo de Abuja como meta a médio prazo. Deve ser estudada a possibilidade dos contributos do OGE estarem ligados a impostos indiretos (sobre álcool, tabaco, passagens aéreas, estadias em hotéis, etc.) cujas receitas ficam cativadas para a saúde.

Com o apoio do Gabinete de Parcerias e do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica a assistência ao desenvolvimento deve ser melhor coordenada entre os parceiros e harmonizada com os sistemas nacionais de financiamento, e indexada ao aumento das despesas públicas com a saúde, alinhando-se com as orientações do UHC2030<sup>142</sup>.

Dado o tamanho da economia informal, e para minimizar os pagamentos diretos por particulares, são necessárias inovações que direcionem a despesa privada para fundos solidários pré-pagos, por exemplo, através da expansão do seguro social de saúde para trabalhadores do setor informal e respetivas famílias. Deve ainda ser considerada a experiência de há cerca de 30 anos da Guiné-Bissau com mecanismos de base comunitária para financiamento solidário das despesas com a saúde<sup>143</sup>, considerando a extensão/replacação progressiva do único que sobreviveu até hoje em Varela<sup>144</sup>. Esta possibilidade deveria ser considerada em articulação com o INSS e com parceiros disponíveis para experimentar com formas inovadoras de financiamento.

A utilização dos fundos solidários do INSS devem ser auditados e repensada a sua utilização de forma a reforçar o sistema de saúde nacional, em particular o Serviço Nacional de Saúde.

O MINSAP precisa de ser muito mais estratégico na sua interação com o setor privado (lucrativo ou não), baseado na promoção da parceria público-privada, mobilizando-os como parceiros em domínios como a prestação de serviços (através de serviços convencionados), a formação de pessoal de saúde (principalmente a nível superior), a

---

142 Anteriormente IHP+, termo transicionado em Abril de 2017, para um mandato mais alargado da Parceria Internacional de Saúde para UHC2030 (International Health Partnership for UHC2030) que passa a ser chamado de UHC2030.

143 Chabot J, Savage F. A community health project in Africa. St. Albans (UK), Teaching Aids at Low Cost (TALC), 1984; Chabot J et al. National community health insurance at village level: the case from Guinea Bissau. *Health Policy and Planning*, 1991, 6,1: 46-54; 35 World Bank. Health sector memorandum. 21 May 1987; Eklund P, Stavem K. Prepaid financing of primary health care in Guinea-Bissau, an assessment of 18 village health posts. Washington DC, Africa Technical Department of the World Bank, 1990 (WPS 488); Tanner K. Impact of structural adjustment and policy choices for promoting the welfare of children and women in Guinea. Bissau, UNICEF, 1990; Knippeneberg R et al. Joint report on progress assessment of BI in Guinea Bissau. UNICEF and WHO, February 1991 (unpublished draft); Arhin-Tenkorang D. Health Insurance for the Informal Sector in Africa: Design Features, Risk Protection, and Resource Mobilization. Commission on Macroeconomics and Health Working Paper Series Paper No. WG3 : 1, September 2001.

144 Dias LM (2006). Diagnóstico sobre as mutualidades de saúde na Guiné – Bissau. Consultado a 11 de março de 2017 em [https://www.google.com/search?q=Dias+LM+\(2006\).+Diagn%C3%B3stico+sobre+as+mutualidades+de+sa%C3%BAde+na+Guin%C3%A9+Bissau.&aq=chrome..69i57.6695j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Dias+LM+(2006).+Diagn%C3%B3stico+sobre+as+mutualidades+de+sa%C3%BAde+na+Guin%C3%A9+Bissau.&aq=chrome..69i57.6695j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8).

procura e aquisição de fármacos e de outros produtos terapêuticos e a gestão de redes de abastecimento, sem perder o controlo sobre a qualidade das atividades partilhadas.

Os pagamentos diretos não devem ser considerados como uma opção para mobilizar mais dinheiro para a saúde. Devem ser clarificadas junto das populações as situações de gratuidade de prestação de serviços do Serviço Nacional de Saúde (Despacho 24/GMSP/2013 de 17 de dezembro), criando mecanismos fáceis de notificação de situações de cobranças indevidas à IGAS, que deve garantir a investigação dos casos notificados e implementar medidas disciplinares, se apropriado.

A DGASS deve:

- Planear e coordenar a gestão dos recursos financeiros afectos ao Serviço Nacional de Saúde, estudar e propôr modelos de financiamento do sistema de saúde, definindo as normas e as orientações sobre modalidades para a obtenção dos recursos financeiros necessários, a sua distribuição e a sua aplicação, bem como os sistemas de preços e de contratualização das prestações de saúde;
- Realizar uma Conferência Nacional de Consenso sobre o Financiamento do Setor de Saúde;
- Acompanhar, avaliar e controlar o desempenho económico-financeiro dos serviços e estabelecimentos do MINSAP, em articulação com as DRS, bem como desenvolver e implementar acordos e mecanismos de colaboração com outras entidades responsáveis pelo pagamento de prestações de cuidados de saúde, designadamente o INSS e as entidades seguradoras;
- Garantir a disseminação e aplicação dos mecanismos de gestão financeira do MINSAP, como especificados no Manual de Gestão Administrativa e Financeira do PNDS, reforçando os mecanismos de controlo da receita arrecadada e da sua utilização (Decreto nº 1/2017 de 25 de janeiro), submetendo a processos de auditoria transparente a forma como são utilizados os financiamentos derivados dos parceiros aos diferentes programas nacionais, e criar mecanismos para auditorias independentes do OGE do setor da saúde;
- Promover a adoção das orientações da CEDEAO para a gestão financeira do setor, expandindo a adoção do *software* TOMATE, como plataforma única de gestão financeira de todos os insumos financeiros do setor à nível central e regional.
- Elaborar / adaptar o Manual dos procedimentos financeiros para as RS;
- Assegurar que a orçamentação do setor, a todos os níveis, deve estar ligada ao ciclo anual de planificação.

A DAF é uma Direção estratégica para mobilizar a confiança dos parceiros. É essencial acautelar a sua inserção no organigrama do MINSAP de forma a corresponder à expectativa de uma gestão financeira articulada com os financiamentos dos parceiros sob a supervisão direta da DGASS. Daí que seja necessário garantir um perfil de competências mínimas para o dirigente da DAF (pelo menos um nível de bacharelato em contabilidade e administração) assim como a sua manutenção como Direção de Serviço dentro da DGASS.

O pessoal administrativo e financeiro das administrações regionais de saúde deve ter qualidade e nível para responder com eficiência às exigências das funções, pelo que se recomenda como condições mínimas de formação pelo menos o nível de bacharelato em contabilidade e administração.

## Produtos esperados

Relatório de Diagnóstico do Financiamento do Setor da Saúde.

Relatório do estudo do custo de financiamento de cada tipo de ES.

Plano de Financiamento do Setor a médio prazo (2030).

Manual de Gestão Administrativa e Financeira do PNDS (atualizado).

Manual de Gestão Administrativa e Financeira do PNDS nas Regiões Sanitárias.

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

## SECURIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS E OUTROS PRODUTOS TERAPÊUTICOS.

Os medicamentos e outros produtos terapêuticos desempenham um papel importante na proteção, manutenção e restauração da saúde e na credibilidade das ES perante a população. O acesso aos medicamentos e outros produtos terapêuticos é um aspeto fundamental de qualquer estratégia de saúde. Pelos seus benefícios, deve ser garantido o acesso universal a medicamentos essenciais quando necessários. Pelos seus custos o mercado deve ser regulado pelo Estado. Os riscos da contrafação e dos efeitos adversos, obrigam a mecanismos de controlo de qualidade e de farmacovigilância. Pela complexidade, exige profissionais devidamente diferenciados e colocados nas ES, públicas e privadas onde são necessários.

O ODS 3.8 refere o acesso a medicamentos e vacinas essenciais, seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 orienta para que se assegure o uso racional de medicamentos e o acesso dos cidadãos aos medicamentos essenciais e para o desenvolvimento de uma indústria de medicamentos e de produtos de saúde. Identifica ainda a necessidade de estabelecer uma Agência Reguladora de Medicamentos e Produtos de Saúde.

A Política Farmacêutica Nacional (PFN) (em versão preliminar de 2009) elegeu como finalidade melhorar a acessibilidade da população aos medicamentos e outros produtos de saúde essenciais, procurando assegurar a melhor assistência possível ao mais baixo custo, suportável pelo sistema e pelos utentes.

Terra Ranka refere como prioritários a correção dos mecanismos de aquisição de medicamentos.

## Orientações programáticas

Para cumprir com as orientações da PNS 2017 será revista, validada e implementada a PFN e elaborado, adotado e implementado um PEN Nacional de Medicamentos e Outros Produtos de Saúde Essenciais 2018 a 2022.

PEN de Medicamentos e Outros Produtos de Saúde Essenciais				
Finalidade: contribui para todas as 6 finalidades do PNDS				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Identificar estratégias para reduzir os custos de aquisição de Medicamentos, Equipamentos e Produtos de saúde em benefício do doente; Assegurar a boa distribuição geográfica de estabelecimentos farmacêuticos (estruturas com possibilidade de dispensar medicamentos); Comemorar o dia do doador de sangue;	% da população a mais de 5km de um estabelecimento farmacêutico		
Qualidade dos serviços	Adotar legislação para garantir comercialização de medicamentos e outros produtos de saúde seguros e de qualidade; Promover protocolos terapêuticos padronizados; Divulgar formulários e lista de medicamentos essenciais entre profissionais de saúde; Operacionalizar o serviço de farmacovigilância; Enquadrar estas intervenções num quadro jurídico e regulatório para disciplinar o setor farmacêutico, instalando uma Agência Reguladora de Medicamentos e Produtos de Saúde; Garantir a realização do controlo de qualidade dos medicamentos e outros produtos de saúde; Criar um sistema de combate à comercialização de medicamentos contrafeitos;	% de beneficiários que são tratados de acordo com os protocolos dos programas prioritários		
Equidade		Comparar os indicadores por RS e por sexo quando relevante		
A situação dos RHS	Criar condições para implementar localmente a formação inicial de farmacêuticos (superior), com apoio de parceiros internacionais quando necessário; Diligenciar a formação contínua de farmacêuticos e técnicos de farmácia;	A definir no PNDRHS III		

PEN de Medicamentos e Outros Produtos de Saúde Essenciais				
Finalidade: contribui para todas as 6 finalidades do PNDS				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
	Diligenciar a formação especializada de farmacêuticos; Atualizar currículo de formação inicial para técnicos de farmácia na ENSP; Formar e reciclar os prescritores, formadores, dispensadores de medicamentos e gestores da cadeia de abastecimento – incluindo pelo menos a prescrição, a gestão, logística e a farmacovigilância; Regulamentar a prescrição e dispensa de medicamentos por enfermeiros e parteiras; Regulamentar a dispensa de medicamentos por ASC; Ter em consideração as necessidades em RH dos Programas Nacionais na elaboração do PNRHS;			
Melhorar a eficiência	Rever e atualizar documentos orientadores de cadeias de abastecimento; Promover a instalação de grossistas e reservar-lhes o direito à importação e distribuição a grosso; Promover a importação de genéricos; Velar pela boa gestão da CECOME; Reforçar o sistema de distribuição e de gestão dos medicamentos e outros produtos de saúde (garantindo a cadeia de frio quando relevante); Adotar e aplicar as disposições legais que permitam fixar e controlar os preços dos medicamentos e outros produtos de saúde nos setores públicos e privado; Adotar e aplicar legislação sobre os ensaios clínicos e a farmacovigilância; Atualizar, de três em três anos, o Formulário Nacional de Medicamentos e a Lista Nacional de Medicamentos Essenciais; Elaborar leis e medidas para a regularização do registo de medicamentos e respectiva adoção (leis que definam quais os medicamentos autorizados para o uso e comercialização no País); Realização de pesquisa operacional sobre a utilização do medicamento pelos profissionais e cidadãos;	% de documentos legais com intervalo entre elaboração e despacho de aprovação inferior a 6 meses  % de retalhistas que cumprem com as margens dos preços fixadas pela DSFLM  Número de programas prioritários que reportam rutura de stocks dos seus medicamentos essenciais		
Fortalecer as parcerias	Coordenar a nível nacional e das RS as ações dos parceiros que apoiam o setor farmacêutico; Estabelecer protocolos de cooperação no domínio de formação;	Número de programas de formação estabelecidos com apoio de parcerias/cooperação		
Transparência e prestação de contas	Colocar na carta de missão de nomeação dos dirigentes nacionais, regionais e institucionais, as obrigações em relação à estratégia farmacêutica; Operacionalizar a inspeção farmacêutica; Combater o mercado ilícito de medicamentos;	Números de estabelecimentos farmacêuticos inspecionados por ano		
Alinhar os programas com o fortalecimento do sistema de saúde	Dinamizar a articulação e a complementaridade entre os setores público e privado; Criar mecanismos de regulamentação da entrada de donativos em medicamentos e produtos farmacêuticos, através da CECOME; Criar e dotar o INASA de condições para efetuar o Controlo de Qualidade de Medicamentos.	% de donativos que entram pela CECOME		

## Produtos esperados

Análise da situação do setor farmacêutico e de produtos de saúde com identificação dos valores atuais dos indicadores selecionados em 2017.

Política Farmacêutica Nacional de 2017.

PEN Nacional de Medicamentos e Outros Produtos de Saúde Essenciais II 2018-2022.

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

## DESENVOLVIMENTO DA FORÇA DE TRABALHO

O desenvolvimento da força de trabalho do setor deve contribuir para acelerar os progressos no sentido da cobertura universal da saúde (ODS 3.8), assegurando um acesso equitativo aos trabalhadores da saúde de forma a contribuir para a consecução de todas as seis finalidades do PNDS III. De entre os ODS, realçamos outros três como relevantes para este tema:

- ODS 4 – assegurar a educação inclusiva, equitativa e de qualidade, bem como promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida;
- ODS 5 – contribuir para a igualdade dos géneros e empoderar as mulheres e meninas;
- ODS 8 – promover o crescimento económico sustentado, inclusivo e sustentável, emprego pleno e produtivo e trabalho decente para todos.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 é muito rica em recomendações para o desenvolvimento da força de trabalho em saúde, centradas na elaboração, adoção e implementação do PNDRHS 2018-2022, que constituem a base das orientações estratégicas que se seguem.

## Orientações estratégicas para elaboração do PNDRHS

O PNDRHS 2018-2022 deve ser elaborado, como um anexo do PNDS III, para dar resposta às seguintes orientações estratégicas:

- Realizar uma avaliação externa e independente da implementação do segundo PNDRHS que será a base do novo PNDRHS, tendo em conta a avaliação da Escola Nacional de Saúde e das outras unidades de formação de profissionais de saúde no País.

- Refletir uma base sólida de evidências científicas sobre a força de trabalho da Guiné-Bissau. Com a colaboração do PSB/INASA, devem ser conduzidos estudos sobre a força de trabalho: a distribuição geográfica; a colocação por nível de cuidados, as suas competências, práticas e produtividade; a morbidade e mortalidade; outras causas de absentismos; a mobilidade; e a perspectiva de aposentação. Alguma desta informação será obtida através do inquérito sobre indicadores de prestação de cuidados, a realizar pelo Banco Mundial ainda em 2017.
- Dimensionar a força de trabalho necessária no sistema de saúde e no Serviço Nacional de Saúde para alcançar e sustentar rácios população/profissional de saúde até 2022, definida de acordo com a capacidade financeira do País, tendo em conta níveis de produtividade desejáveis, especificada em termos de equipas necessárias para cada nível de cuidados (dos CS tipo C a todos os Centros de Referência Nacional) (Quadro 21) e de forma a reduzir as desigualdades entre RS e entre AS e assegurar a distribuição equitativa de profissionais de saúde..

**Quadro 21. Mapa de dotação mínima de pessoal por estrutura sanitária (nível regional)**

	Hospital Regional	CS "A"	CS "B" urbano	CS "B" rural	CS "C" urbano	CS "C" rural	Equipa Regional	Centro M. l.	Casa das mães
Médicos gerais ou de família	6	3	3	1	1	0	1	3	0
Médicos com competência em cirurgia	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Médicos de Saúde Pública	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Médicos com competência em anestesia	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Técnicos de anestesia	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Técnicos de cirurgia	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Enfermeiro de saúde pública	0	0	0	0	0	0	3	0	0
Enfermeiro Geral/licenciado	22	15	12	3	4	2	0	3	0
Enfermeiro instrumentista	4	2	0	0	0	0	0	0	0
Parteira geral ou enfermeira obstétrica	6	3	5	1	3	1	0	3	1
Tecn. anatomopatologista	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Tecn. Laboratório	6	2	1	1	2	1	0	3	0
Tecn. Radiologia	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Tecn. Oftalmologia	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Tecn. Estomatologia	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Farmacêutico	1	0	0	0	0	0	1	0	0
Tecn. Farmácia	1	2	1	1	1	1		2	0
Técnicos de manutenção	2	1	0	0	0	0	0	0	0
Administrador (bacharel ou licenciado)	1	1	0	0	0	0	1	0	0
Administrador médio	1	0	1	1	1	1	1	0	0
Técnico Social *	1	1	1	0	0	0	1	0	0
Técnico de estatística sanitária	1	1	0	0	0	0	2	0	0
Nutricionista *	1		0	0	0	0	0	0	0
Técnico de Nutrição	2	1	0	0	0	0	0	1	1
TOTAL	60	27	23	8	12	6	7	12	2

Estes números são indicativos e não normativos. Devem ser adaptados a cada ES no seu contexto. Devem ainda ser validados na elaboração do PNRHS III e adaptados tendo em conta o impacto na massa salarial. Algumas das categorias não existem em quantidade suficiente, pelo que devem ser preenchidas à medida que saírem do sistema de formação de RHS.

De salientar que tanto no PNDS I, como no PNDS II não são referidos os CS Materno Infantil (CMI) e as Casas das Mães (CM). São estruturas geralmente colocadas no recinto duma ES, geralmente num HR ou CS A. As CM, uma iniciativa da Cáritas que teve início em Gabu em 199 e em Bafata em 2002. De momento está a funcionar em Gabu, Bafatá e Bijagós, e em construção em Buba e Catió. Tem como objetivo principal reduzir a mortalidade materna na população alvo do projeto. Os Enfermeiros e Parteiros dos CMI seriam afetados a tempo Inteiro nos CMI e CM; T Sociais e Nutricionistas ficariam no HR e atenderiam os CMI e as CM.

Os HR ou CS com CRENI ou CRENAG devem ter 2 enfermeiros do curso geral, com competências em nutrição, alocados a tempo inteiro aos Centro, sem outras responsabilidades a nível das ES (ver Anexo 6).

- Recrutamento eficaz e a implementação de políticas e práticas de retenção e utilização racional de trabalhadores da saúde, através da atualização de normas para uma melhor gestão, de modo a minimizar soluções *ad hoc* e aleatórias (ter em consideração as recomendações do workshop de 2016<sup>145</sup>).
- Em articulação com o INS, classificarem-se as profissões específicas da saúde como parte do sistema estatístico nacional. A sua especificidade deve ser reconhecida e as suas carreiras revistas, tendo em consideração recomendações da CEDEAO para a região.
- Integração regional na CEDEAO leva à necessidade de que o PNDRHS acolha as diretivas e recomendações da CEDEAO aos Estados Membros no que concerne a força de trabalho em saúde, nomeadamente a sua formação, regulação e mobilidade.
- Mobilizar recursos financeiros para assegurar a especialização de médicos e de enfermeiros localmente. Para ambas as profissões deve ser dada prioridade às especializações em obstetrícia e ginecologia, pediatria, e saúde pública.
- Com ATI, rever-se o aumento ou não da produção de profissionais de saúde, tendo em conta requisitos de combinação de competências, por forma a melhorar a qualidade da prestação de serviços
- Para reduzir a mortalidade vulnerável à intervenção cirúrgica (incluindo as mortes maternas), constituir equipas cirúrgicas para os polos dessa valência a serem desenvolvidos no País. Estas equipas devem integrar cirurgiões gerais (ou técnicos de cirurgia), médicos anestesistas (ou técnicos de anestesia), enfermeiros instrumentistas e anatomopatologistas.
- **Rever o curriculum de formação de enfermeiros gerais para enfermeiros superior em alinhamento com a política da CEDEAO** e transitar progressivamente a formação de enfermeiros para o nível superior, mantendo-se por agora ênfase no nível médio, respeitando a capacidade do Estado comportar o acréscimo em massa salarial que esta transição implica, enfatizando assim cursos de promoção de nível médio para superior.
- Implementar a política de cargos e carreiras de técnicos de diagnóstico e terapêutica tendo em consideração que são essenciais para garantir o funcionamento eficaz de meios complementares de diagnóstico laboratorial e imagiológico e de centros de referência como o Centro de Reabilitação Motora “Dr. Ernesto Moreira”.
- Ao nível da comunidade, o sistema de saúde tem-se apoiado em ASC sem nunca ter definido orientações claras sobre o seu futuro no sistema de saúde. Com apoio dos parceiros e o envolvimento das suas comunidades, esta situação deve ser esclarecida, pelo MINSAP e MinFuP, através duma Política Nacional para os ASC, de forma a garantir-lhes uma integração socioprofissional digna, justa e sustentável. Esta política fica dependente da definição do modelo de serviços de saúde pretendido, modelo esse abordado no Pilar III do PNDS e que deve ficar esclarecido na Lei de Bases da Saúde (de preferência a elaborar ainda em 2017)
- O MINSAP, as Ordens Profissionais e o MEES, em estreita colaboração com as organizações socioprofissionais, devem criar um sistema de controle de qualidade das formações oferecidas, estudar a pertinência da descentralização dos polos de formação e trabalhar na diferenciação dos quadros docentes nacionais.

---

145 R Ministério da Função Pública e Trabalho. Direcção Geral da Função Pública (2016). *Revisão dos processos de efetivação e contratação do Ministério da Saúde Pública. (Resumo da atividade). Relatório, março 2016. Bissau,*

- O desenvolvimento do ensino médico integrado na Universidade, da Escola Nacional de Saúde devidamente integrada no INASA, e de campos de estágio condignos devem também merecer a máxima prioridade em termos de procedimentos de acreditação e melhoria da qualidade do ensino ministrado.
- A Escola Nacional de Saúde deve explicitamente assumir um papel de serviço público sob orientação direta do MINSAP e indireta do MEES. Como tal o seu nome deve passar a integrar a palavra “Pública” passando a denominar-se “ENSP”.
- **Criar um núcleo de formação continuo dentro da direcção dos recursos humanos responsável pela coordenação de todas as formações de desenvolvimento profissional contínuo** financiadas pelo Estado ou pelos parceiros, que seja sujeito da avaliações independentes do ensino ministrado, garantindo a qualidade pedagógica e a coerência com as orientações dos setores função pública, da saúde e da educação e oficializando os atos formativos com diplomas/certificados reconhecidos pelos Ministérios relevantes.
- A ENSP deve ainda manter a função de escola técnica do MINSAP, formando os técnicos de nível médio para o sistema nacional de saúde de acordo com orientações da Direção de Serviços de Recursos Humanos do MINSAP em articulação com o MinFuP
- A ENSP não deve oferecer formações de nível superior.
- O Plano deve avançar com recomendações para criar, expandir e fortalecer a rede de Bibliotecas Virtuais em Saúde, de Bibliotecas Azuis e as condições para formação à distância.
- No contexto atual, serão apoiadas as Ordens Profissionais existentes, encorajando esforços conjuntos de regulação das profissões da saúde.
- O MINSAP e as Ordens Profissionais, em estreita colaboração com as organizações socioprofissionais, devem velar pelo comportamento deontológico dos seus profissionais, criar mecanismos administrativos e jurídicos de controle e punição de casos de corrupção, erros médicos (imperícia), negligências, e de ausências de trabalho não justificadas que põem em risco a vida dos doentes. As Ordens devem elaborar, aprovar e implementar os seus Códigos Deontológicos e Disciplinares.
- A IGAS do MINSAP e as Ordens Profissionais em estreita colaboração com as organizações socioprofissionais, devem criar e/ou aplicar melhor a regulamentação que procure minimizar o impacto negativo da comercialização descontrolada da prestação de serviços de saúde.
- O MINSAP, as Ordens Profissionais, o MEES, e o MinFuP, em estreita colaboração com as organizações socioprofissionais, devem desenvolver esforços para profissionalizar a gestão do Serviço Nacional de Saúde e a gestão da força de trabalho em saúde, dando prioridade aos atuais dirigentes (Anexo 15).
- O MINSAP e as Ordens Profissionais, em estreita colaboração com as organizações socioprofissionais devem propor a adoção oficial de um dia comemorativo para cada uma das principais profissões de saúde (médicos, enfermeiros, etc. ).
- Condições de prática profissional devem favorecer a qualidade do desempenho técnico, facilitar um trato humanitário e solícito, garantir a biossegurança, valorizar a dignidade profissional, recompensar pela colocação adversa e garantir o percurso profissional de acordo com a legislação em vigor, criando condições de retenção do pessoal e minimizando a fuga para as cidades ou para o estrangeiro.

- Propor e assegurar incentivos profissionais e financeiros para estimular o desempenho de todas as categorias de pessoal e para mobilizar vontades, individuais e institucionais, para apoiar a consecução dos objetivos e metas propostas pelo PNDS III (incentivos dependentes do desempenho).
- Estabelecer políticas de incentivos para retenção de quadros qualificados em áreas remotas.
- Criar um Observatório Nacional de RHS, articulado com o Observatório Nacional de Saúde e o observatório regional de RHS da OMS em Brazzaville. Neste contexto, e em colaboração com o INASA e o MinFuP, criar ou reforçar o sistema de informação sobre RH para uma melhor recolha, armazenamento, análise e utilização dos dados sobre profissionais de saúde. Desenvolver indicadores para monitorar e avaliar o desempenho dos profissionais de saúde dentro dos serviços nacionais de saúde. Este observatório deve ser considerado no PENSIS de uma forma integrada com o DHIS 2 e os sistemas de informação do MinFuP para os RH.
- Desenvolver a capacidade de pesquisa na área de RH e difundir os resultados, para identificar os requisitos, tendências e eficácia das intervenções.
- Ter em consideração as possibilidades das TIC para apoiar o desempenho dos profissionais de saúde.
- No organigrama do MINSAP e das DRS é indispensável que a Direção de Serviços de Recursos Humanos tenha uma inserção institucional estratégica e faça parte dos órgãos de decisão para influenciar diretamente nas tomadas de decisões e nas orientações para elaboração das políticas. Caso contrário haverá tendência a funcionar apenas ao nível administrativo ou operacional e nunca a nível estratégico.

## Produtos esperados

Relatório de avaliação do segundo Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde.

Terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2018-2022.

Política Nacional para os ASC.

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

## **INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS.**

### **Orientações da Política Nacional de Saúde**

A PNS 2017 reconhece que a melhoria do apetrechamento em equipamento das ES e sua manutenção é essencial para melhor desempenho das suas funções (ODS 16), favorecendo a qualidade do desempenho técnico e garantindo a biossegurança dos profissionais e utentes.

### **Orientações estratégicas**

A situação dos equipamentos do setor da saúde, específicos (equipamentos de diagnóstico e terapêutica) ou não (TIC, geradores, cadeia de frio, painéis solares, viaturas, bombas para abastecimento de água) precisa de atenção tanto a nível nacional como nas RS e AS. Mas uma visita a qualquer ES revela equipamentos por instalar, equipamentos sem utilização por falta de competências e equipamentos em desuso por falta de manutenção. Não se conhece o risco que equipamentos como os de radiologia, por exemplo, representam para pessoal e utentes.

O serviço nacional encarregue de assegurar a instalação, manutenção e reparação dos diversos equipamentos não dispõe de uma política ou plano estratégico e carece de RH em qualidade e quantidade. Sendo assim, é imperativo conduzir um diagnóstico detalhado da situação, e com base no resultado desenvolver um Plano de Instalação, Manutenção e Recuperação dos Equipamentos da Saúde.

Como orientações para este Plano, deixam-se as seguintes:

- Assegurar o funcionamento do serviço para instalação, manutenção e reparação de equipamentos e desenvolver um serviço descentralizado, com um polo central e 3 outros nas Províncias (Buba, Oio e Bafatá), com instalações e oficinas próprias;
- Na vigência deste PNDS, a prioridade deve estar centrada em desenvolver capacidade local para formar técnicos de manutenção de equipamentos médicos com apoio de parceiros, a nível de bacharelato (com a duração de 3 anos) (até um total de 22 técnicos, seis por província e quatro para o nível central), promovendo ao mesmo tempo a especialização (em equipamentos de imagiologia, de gases medicinais e biomédicos) dos 3 engenheiros de electromedicina em exercício (2 em Bissau e 1 em Mansoa). Estas propostas deverão ser validadas no PNDRHS III;
- Garantir 2 a 3 veículos para manter a mobilidade dos técnicos em resposta a pedidos da periferia;

- Reforçar os serviços de manutenção e reparação de viaturas, motorizadas e geradores.

## Produtos esperados

Relatório do Diagnóstico da Capacidade de Instalação, Manutenção e Recuperação dos Equipamentos da Saúde 2018.

Plano de Instalação, Manutenção e Recuperação dos Equipamentos da Saúde 2018-2022.

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

## PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO

O relacionamento com os parceiros precisa de atenção, tanto deles como do Governo, nomeadamente para desenvolver oportunidades para reforçar a responsabilização mútua, aumentar a previsibilidade da cooperação para o desenvolvimento e garantir a sua sustentabilidade, diminuir a dependência do estrangeiro para evacuação de doentes, apoiar os sistemas de gestão de financiamento públicos e desenvolver os sistemas nacionais de aquisições e abastecimento, contribuindo para o ODS 17 – fortalecer os meios de implementar e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 reafirma que a cooperação com os parceiros nacionais e internacionais para o desenvolvimento sanitário tem sido de um valor incalculável. Sem essa frutífera cooperação não teria sido possível atingir os níveis de indicadores de saúde atualmente registados. Nos próximos anos, o apoio dos parceiros nacionais e internacionais continuará a ser fundamental para o País.

Nestas condições, cabe ao MINSAP, em colaboração com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, continuar a promover, dinamizar e estimular a participação dos parceiros internacionais no processo de desenvolvimento sanitário nacional e a expansão da cooperação já existente, redefinindo os parâmetros que devem orientar essas parcerias.

Devem, no entanto, ser criadas condições que permitam aos parceiros comprometerem-se com mecanismos de financiamento adequados ao reforço do sistema de saúde, harmonizados com as políticas e prioridades do País e alinhadas com a Declaração de Paris de Efetividade da Ajuda. As contribuições dos parceiros devem incluir sempre uma clarificação dos mecanismos de retirada do País (ou do setor) que reforcem a sustentabilidade das intervenções.

## Orientações estratégicas para reforço das parcerias para o desenvolvimento

O reforço das parcerias para o desenvolvimento deveria centrar-se em cinco eixos:

- **Integração comunitária:** a Guiné-Bissau integra a CEDEAO e a Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa (CPLP). Está assim bem posicionada para encorajar a cooperação entre esta duas Comunidades no setor da saúde; esta cooperação poderá ser apoiada pela Conferência Lusofrancófona da Saúde (COLUFRAS). Em cada Comunidade deve participar de uma forma ativa nas iniciativas relacionadas com a saúde. Realçam-se as atividades de vigilância sanitária, de reforço das capacidades dos Institutos Nacionais de Saúde, de cooperação entre os órgãos de regulação profissional e de reforço das capacidades formação de profissionais de saúde. A OOAS (na CEDEAO) e o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) (da CPLP) são instrumentos para a efetivação desta cooperação. A Guiné-Bissau deve fortalecer a cooperação com CEDEAO e CPLP no setor de saúde.
- **Coordenação:** reforçar o Serviço de Parcerias do MINSAP com instrumentos para a coordenação efetiva das atividades dos parceiros que intervêm no sector da saúde por meio do CCSS;
- **Transparência e comprometimento:** Desenvolver e assinar com os parceiros um protocolo de entendimento de responsabilização mútua sobre a atuação no domínio da saúde, alinhado com o PNDS III e com os princípios da UHC2030, incluindo um registo dos parceiros e OSC intervenientes no setor, uma clarificação das áreas de atuação; definir as condições para que os parceiros se comprometam com o financiamento direto do OGE para a saúde ou com a criação de um fundo comum alinhado com as rubricas do OGE para a saúde através de um plano de ação único; clarificar mecanismos de retirada do País (ou do setor) sem comprometer a sustentabilidade das intervenções; harmonizar as aquisições com os procedimentos nacionais; envolver as organizações da sociedade civil e o setor privado na implementação das políticas públicas de saúde; exigir a inscrição dos profissionais de saúde estrangeiros nas respetivas Ordens Profissionais da Guiné-Bissau (médicos e enfermeiros), se a sua atuação no País implicar cuidados assistenciais;

- **Desconcentração:** incluir as DRS na planificação, coordenação e supervisão das atividades dos parceiros que intervêm no setor nas suas áreas de influência. Em cada RS promover um fórum anual entre parceiros regionais e as várias RS em que atuam.
- **Apropriação nacional:** Substituir paulatinamente as evacuações para o estrangeiro por medidas de reforço do sistema de saúde, por exemplo através de telemedicina.

## Produtos esperados

Estatutos, regulamentos e termos de referência do Gabinete de Parcerias.

Protocolo de entendimento e transparência entre o MINSAP e os parceiros.

Registo de Parceiros e OSC atualizado semestralmente.

Planos de Ação Anuais do Gabinete de Parcerias.

Relatórios Anuais das Atividades do Gabinete de Parcerias.

Plano de substituição das evacuações por ações de reforço do sistema de saúde guineense 2018-2022.

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

## PROGRAMAS PRIORITÁRIOS

No atual contexto do País, a finalidade da PNS 2017 tem que ser primeiramente a melhoria do estado de saúde da população. Nas condições atuais, a redução das mortalidades geral, da criança, em particular neonatal, e materna, devem estar no foco principal da ação do MINSAP e dos parceiros.

Outras prioridades incluem o combate à desnutrição proteico-calórica e por micronutrientes, a prevenção da obesidade, a luta contra a epidemia do VIH/SIDA e contra as endemias altamente letais e debilitantes (como o paludismo, a TB, as

parasitoses intestinais, as doenças diarreicas e as doenças preveníveis pela vacinação) e também contra as doenças ou acidentes altamente mortíferos e/ou geradores de incapacidade, como a cegueira (causada pelo tracoma, glaucoma, cataratas e avitaminose A), as doenças mentais, as doenças ocupacionais, a insuficiência renal, os acidentes vasculares cerebrais e acidentes de viação, a anemia, a diabetes mellitus e os cancros mais prevalentes (mama e colo do útero e próstata e pulmão no homem).

Deve manter-se ou reforçar-se o combate às doenças em fases diversas de eliminação ou erradicação: poliomielite, lepra, sarampo, oncocercose, filariose linfática e tracoma.

No ciclo de vida deve enfatizar-se o planeamento familiar, a gravidez, o período neonatal e os adolescentes e jovens, sem negligenciar uma abordagem compreensiva de todas as fases da vida em família e em comunidade.

Estas prioridades serão abordadas através de 10 programas prioritários. Os programas prioritários serão abordados seguindo o quadro de referência na figura 6.

Este quadro de referência identifica claramente a importância de o programa contribuir para o reforço do sistema de saúde e do sistema de saúde contribuir para a eficiência do programa. Daí que seja imperativo a elaboração, adoção e implementação de um despacho que normalize a interação entre sistema de saúde e programas (anexo 15). Esta abordagem tenta corrigir a disfuncionalidade do sistema de saúde da Guiné-Bissau atribuível à falta de sinergia e de coordenação das intervenções entre diferentes programas e dos programas com o sistema de saúde guineense.



Figura 6. Quadro de referência para os programas de saúde<sup>146</sup>

Este quadro de referência permite identificar elementos comuns que devem ser abordados conjuntamente por todos os programas, promovendo colaborações entre eles quando adequado, sempre com o INASA (nas questões relacionadas com laboratórios de apoio, sistemas de informação e investigação), com a CECOME (para

146 Adaptado de [http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GAVI/2015\\_Report/Gavi\\_Cross-Country-2015-FCE\\_Brief.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/Projects/GAVI/2015_Report/Gavi_Cross-Country-2015-FCE_Brief.pdf)

aquisição, aprovisionamento e outra logística de medicamentos e outros produtos terapêuticos), com a ENSP (para formação contínua) e com um Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários, a ser criado no MINSAP e frequentemente com outros setores. O Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários deve também articular-se prioritariamente com a DGECS para garantir a oferta integrada das intervenções dos Programas Prioritários através da rede de serviços do Serviço Nacional de Saúde.

## SAÚDE REPRODUTIVA.

O País não conseguiu cumprir com o ODM 5 de aumentar a cobertura com contraceptivos, reduzir a taxa de natalidade entre adolescentes e melhorar os CPN e os partos assistidos para reduzir a mortalidade materna. Este desafio mantém-se para este quinquénio na forma dos ODS 5 (alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e meninas, incluindo o acesso universal à saúde sexual e direitos reprodutivos) e do ODS 3:

- 3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos;
- 3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 aponta a mortalidade materna na Guiné-Bissau, 900/100 000 nados vivos (de acordo com os resultados do MICS 5), como sendo uma das mais elevadas do mundo e que as mulheres guineenses sofrem, são hospitalizadas e morrem pelas causas apontadas para os adultos em geral e ainda por causas ligadas à sexualidade, reprodução, gravidez e parto (hemorragias, eclâmpsia, infeções, aborto, gravidez precoce) e por cancros da mama e do colo do útero. Esta situação está claramente associada ao baixo estatuto social da mulher na sociedade guineense, que limita a sua capacidade de decidir autonomamente sobre a sua saúde e a saúde das suas crianças.

Como reconhecido no Terra Ranka, os adolescentes e jovens são grupos populacionais que merecem particular atenção relativamente à saúde sexual e reprodutiva, devido à sua suscetibilidade às IST e à gravidez precoce e não desejada, que com frequência termina no aborto inseguro. Na circunstância da gravidez chegar a termo, termina muitas vezes em prematuridade dos RN e partos distócicos, podendo evoluir para fístulas vesicovaginais e uterovaginais.

## Orientações programáticas

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) está alinhado com a Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA) da iniciativa da Comissão da União Africana (UA). A Campanha foi lançada em 2009 durante a 4ª

Sessão ordinária da Conferência da União Africana dos Ministros da Saúde realizada em Adis Ababa, cujo tema é “África Preocupa-se: Nenhuma mulher deverá Morrer Dando a Vida”. A CARMMA surgiu das áreas prioritárias do Quadro de Política da UA para a Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva em África (2005) e do Plano de Acção de Maputo (2006).

O objetivo principal da CARMMA e do PNSR é de acelerar a disponibilidade e o uso de serviços de saúde de qualidade universalmente acessíveis incluindo aqueles relacionados com a saúde reprodutiva, que são críticos para a redução da mortalidade materna. O foco não é desenvolver mais estratégias e planos mas sim assegurar a coordenação e implementação efetiva dos planos e estratégias já existentes no País em diversos projetos implementados por vários parceiros de implementação, através de um PEN de Saúde Reprodutiva 2018-2022.

PEN de Saúde Reprodutiva				
Finalidade: Aceleração da redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta em 2022
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Fortalecer o envolvimento comunitário (Líderes, ASC, Ativistas e outros) na promoção para: assegurar a realização da 1ª CPN antes das 16 semanas de gestação, e para o cumprimento do calendário de pelo menos 6 CPN por gravidez; assegurar o aconselhamento e mobilização para o parto institucional (incluindo a construção e utilização das casas das mães); promover a consulta pós-parto, e outras ações que visem a redução da morbi-mortalidade e promoção da saúde materna e neonatal; promover o rastreio dos cânceros da mama e colo do útero; Implementação de uma abordagem baseada na prestação de PF a nível comunitário, através dos ASC, brigadas móveis e OSC; Assegurar o envolvimento da Comunidade e ASC no processo de referência das grávidas, parturientes e RN, da comunidade para as ES; Assegurar a sensibilização para a saúde sexual e reprodutiva, saúde materna, prevenção de gravidezes indesejadas e abortos inseguros; Fornecer meios de transporte (reativar comités de gestão das motoambulâncias, sobretudo na zona sul) e rádios de comunicação;	Número e % de CS A e HR com Casa das Mães;		
		Taxa de cobertura da primeira CPN		
		Taxa de cobertura de pelo menos 6 CPN		
		Taxa de cobertura partos institucionais		
Qualidade dos serviços	Garantir medidas preventivas e curativas na prestação de cuidados pré-natais: Garantir tratamento intermitente para o paludismo (TIP) durante a gravidez e tratamento de casos de acordo com as normas nacionais; assegurar a prevenção e tratamento da sífilis na grávida e RN; e assegurar a implementação do plano de eliminação da transmissão vertical do VIH da mãe para o filho (PTMF); Administrar suplementos de ferro e ácido fólico durante pelo menos 180 dias durante a gravidez; Alargar o número das ES que prestam COEmB e COEmC com pessoal competente e kits de equipamento e material necessário, incluindo o partograma; Introduzir e alargar o uso do Misoprostol nas ES e na Comunidade, para o manejo e prevenção da Hemorragia Pós-Parto; Melhorar a vigilância e resposta das mortes maternas;	% de utentes das CPN que recebem pelo menos três doses de TIP		
		Número de ES com serviços de PTMF		
		% de partos institucionais com partograma bem preenchido		
		% de Partos assistidos em ES com COEmB e COEmC		
		% de mortes maternas com análise dos Processos de Morte Materna no último trimestre (por RS)		
		Número de ES que fazem cirurgia de fístula de rotina	1	
		% de grávidas VIH positivo elegíveis, que iniciaram TARV		
		Taxa de prevalência contraceptiva		

PEN de Saúde Reprodutiva				
Finalidade: Aceleração da redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta em 2022
	Expandir a Estratégia de Prevenção e Tratamento das Fistulas Obstétricas, através do reforço da capacidade do setor na prevenção, rastreio, tratamento das fístulas assim como coordenar ações com setores-chave e OSC para a reintegração social; Assegurar o rastreio e tratamento de IST a todas as mulheres nas Consultas de PF e Consultas de Saúde Reprodutiva; Assegurar o rastreio e tratamento (ou encaminhamento correto) do cancro do colo de útero e de mama nas Consultas de PF/Consulta de Saúde Reprodutiva;	% de novas utentes em métodos modernos de PF de longa duração		
Equidade	Assegurar as CPN nas comunidades isoladas através da estratégia avançada;	Comparar os indicadores por RS		
A situação dos RHS	Capacitar técnicos na prestação de COEmB e COEmC; De acordo com o tipo de ES, assegurar a “equipa mínima” para a implementação do “pacote integrado de cuidados” definidos para cada nível de atenção, considerando a continuidade da atenção (gravidez, parto, pós-parto, planeamento familiar...); Capacitar prestadores de serviços no domínio de aconselhamento e oferta de métodos de PF de ação prolongada (particularmente no pós-parto e pós-aborto) e permanentes; Ter em consideração as necessidades dos Programas Nacionais na elaboração do PNDRHS;	% de ES com “equipa mínima” adequada à ES		
Melhorar a eficiência	Reforçar a coordenação programática dos diversos projetos intervenientes na saúde reprodutiva (PIMI, EU Saúde, FNUAP ...); Assegurar reuniões de coordenação com os diferentes parceiros que intervêm no domínio da Saúde Reprodutiva; Assegurar a implementação do “pacote integrado de cuidados” definidos por cada nível de cuidados, considerando a continuidade da atenção (gravidez, parto, pós-parto, planeamento familiar...); Assegurar a previsão correta das necessidades e a disponibilidade em testes para o rastreio de IST (particularmente da Sífilis) e de VIH; Elaborar um Manual de Tratamento das IST; Capacitar técnicos em gestão e controle de stocks de contraceptivos, assim como na cadeia para o seu aprovisionamento e distribuição eficiente; Realizar um estudo de mortalidade materna e de pesquisas operacionais que permitam fortalecer o Programa;			
Fortalecer as parcerias	Coordenar a nível das RS e nacional as ações dos parceiros que apoiam o PNSR;			
Transparência e prestação de contas	Colocar na carta de missão de nomeação dos dirigentes nacionais, regionais e institucionais, as obrigações em relação ao PNSR;			
Alinhar os programas com o fortalecimento do sistema de saúde	Elaborar e implementar normas de referenciação (redes de referenciação considerando a disponibilidade e localização dos COEm básicos e completos); Integrar as ações de formação contínua programáticas nas atividades da ENSP; Integrar o PF noutros serviços (pré-natal, pós-parto, pós-aborto, PTMF, VIH/SIDA, IST, rastreio de cancro de colo do útero e de mama etc.); Integrar as atividades programáticas de IEC num Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários da DGPPS partilhada entre todos os programas prioritários; Reforçar a cadeia de Gestão e Aprovisionamento em Stock	% de ES que não reportaram rutura de stock de medicamentos relevantes para COEmB & C no último mês		

PEN de Saúde Reprodutiva				
Finalidade: Aceleração da redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta em 2022
	(Comité GAS) com o apoio da CECOME do nível central às ES; Reforçar uma equipa móvel a nível central para instalação e manutenção de veículos e equipamentos de saúde, incluindo a cadeia de frio, com base num plano de reabilitação e aquisição de equipamentos depois de inventário.			

## Indicadores de impacto

Indicadores	Situação atual	Meta em 2022
Rácio de mortalidade materna		

## Produtos esperados

PEN de Saúde Reprodutiva 2018-2022.

Manual Técnico do Programa.

Relatório do estudo sobre mortalidade materna.

## Monitorização

Pelo Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários.

Inquéritos MICS de 4 em 4 anos.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do Plano Estratégico, será realizada uma avaliação onde será feita a revisão dos indicadores propostos com vista a determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação final do Plano Estratégico. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação do PNSR.

## SOBREVIVÊNCIA DA CRIANÇA

Sustentar as metas de sobrevivência da criança passa por investimentos em intervenções nutricionais (ODS 2) e no combate às doenças infecciosas (ODS 3), mas estas medidas não são suficientes – são também necessárias melhorias no abastecimento de água e saneamento (ODS 6), na agricultura (ODS 2), e na educação (ODS 4) e saúde das mulheres (ODS 3 e 5). O ODS 3.2 compromete os signatários em, até 2030, acabar com as mortes evitáveis de RN e crianças menores de 5 anos, com

todos os Países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1000 nascidos vivos

## Orientações da Política Nacional de Saúde

Na PNS 2017 reconhece-se que na Guiné-Bissau, embora se tenham registado alguns progressos, as mortalidades infantil, juvenil e neonatal são ainda muito elevadas. Muitas das crianças guineenses ainda sofrem e morrem de prematuridade, baixo peso à nascença, infeções neonatais, desnutrição crónica, deficiência de outros micronutrientes (avitaminoses, iodo, ferro), paludismo, doenças diarreicas, broncopneumonias e outras infeções respiratórias agudas, TB, sarampo, meningite, assim como doenças evitáveis pela vacinação, traumas (acidentes, queimaduras, intoxicações, entre outras), parasitoses intestinais e vesicais, febre reumática, obesidade).

## Orientações programáticas

A Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança consagrou que, cada criança tem direito à vida, sobrevivência e desenvolvimento. Essa preocupação refletiu-se na declaração de Alma-Ata e em vários outros documentos como: Convenção das Nações Unidas sobre o Direitos das Crianças (1990), Carta Africana da UA sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança (1993), Plano de Acção da Conferência Internacional da População e Desenvolvimento (1994), a Resolução AFR / RC 45/R7 do Comité Regional Africano da OMS, as Recomendações da IV Conferência Mundial sobre Mulheres (Plano Acção da Plataforma de Beijing 1995). Em 2000, os ODM, através dos objetivos 1, 4, 5 e 6 reconheceram a obrigação de acelerar as ações para melhorar a sobrevivência das crianças. O País aderiu a todas estas Convenções e declarações e conseguiu cumprir com o ODM 4 de reduzir a mortalidade da criança. Este PNDS pretende contribuir para o ODS 3 de reduzir a mortalidade em RN (para menos de 12 por cada 1000 nados vivos) e em crianças com menos de 5 anos (mortalidade infantil menos de 25 por 1000 nados vivos) até 2030. Para tal programar-se-á o PEN Para a Sobrevivência da Criança 2016-2020 num Programa Nacional Para a Sobrevivência da Criança 2018-2022.

PEN de Sobrevivência da Criança				
Finalidade: Sustentação dos ganhos na redução da mortalidade da criança;				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta em 2022
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Implementar os cuidados essenciais ao RN, na comunidade, usando os ASC; Introduzir e expandir o método mãe canguru (MMC); Acelerar a implementação da Estratégia AIDI, incluindo ao nível da comunidade; Fortalecer os cuidados pediátricos através do atendimento pediátrico de emergência em todas ES de referência;	% RN avaliados na consulta pós-natal dentro dos primeiros 2 – 3 dias de vida		
		% RN avaliados pelo ASC nas 1 <sup>as</sup> 24h e no 3 <sup>o</sup> dia de vida		
Qualidade dos serviços	Implementar as normas neonatais e pós-natais em vigor para melhoria dos cuidados prestados ao RN;	% de ES com condições para cuidados de emergência aos RN		

PEN de Sobrevivência da Criança				
Finalidade: Sustentação dos ganhos na redução da mortalidade da criança;				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta em 2022
	Introduzir o uso da Clorhexidina nos cuidados do cordão umbilical para prevenção da sépsis; Promover a implementação do calendário da consulta de criança sadia (CCS), bem como a prestação, com qualidade, das intervenções definidas nas CCS (tais como monitorização do crescimento e desenvolvimento da criança); Promover a utilização das normas de crescimento em todos os contatos com a criança - CCS, de risco (CCR) ou para tratamento de outras queixas - em ambulatório ou internamento; Reforçar o seguimento de crianças em risco, integrando-as paulatinamente nas CCS, para diminuir a perda de oportunidade e número de casos perdidos;	% ES de nível primário e de referência que implementam o AIDI (clínico e comunitário)		
		% ES de nível primário e de referência que implementam serviços pediátricos de emergência		
		% de crianças dos 0 -4 anos que cumprem o calendário de CCS		
		% de crianças dos 0 -4 anos com gráfico de peso bem preenchido		
		% crianças menores de 5 anos com diarreia tratadas com SRO e Zinco		
Equidade	Aumentar o acesso às CCS e CCR através da estratégia avançada;	Comparar os indicadores por RS, AS e por sexo		
A situação dos RHS	Reforçar nas Escolas de saúde, tanto de nível médio como superior, formação obrigatória sobre os programas prioritários; Dotar as ES de pessoal qualificado para cuidar do RN e de crianças menores de 5 anos; Ter em consideração as necessidades dos Programas Nacionais na elaboração do PNDHRHS;	% de técnicos nas AS com formação contínua atualizada para cuidar do RN		
Melhorar a eficiência	Integrar a nível dos serviços assistenciais as orientações dos PEN de Vacinação, Nutrição, Paludismo, Tuberculose e SIDA; Dotar as ES de equipamentos e medicamentos essenciais para o RN e para as crianças menores de 5 anos; Promover a realização de pesquisas operacionais que permitam fortalecer o Programa;			
Fortalecer as parcerias	Coordenar a nível das RS e nacional as ações dos parceiros que apoiam o PEN			
Transparência e prestação de contas	Colocar na carta de missão de nomeação dos dirigentes nacionais, regionais e institucionais, as obrigações em relação ao PEN;			
Alinhar os programas com o fortalecimento do sistema de saúde	Elaborar e implementar normas de referenciação (redes de referenciação considerando a disponibilidade e localização dos serviços pediátricos de referência); Integrar as ações de formação contínua programáticas nas atividades da ENSP; Integrar as atividades programáticas de IEC num Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários da DGPPS partilhada entre todos os programas prioritários; Reforçar a cadeia de Gestão e Aprovisionamento em Stock (Comité GAS) com o apoio da CECOME do nível central às ES; Reforçar uma equipa móvel a nível central para instalação e manutenção de veículos e equipamentos de saúde, incluindo a cadeia de frio, com base num plano de reabilitação e aquisição de equipamentos para o PAV depois de inventário.	% de ES que não reportaram rutura de stock de antibióticos e/ou antipalúdicos no último mês		

## Indicadores de impacto

Indicadores	Situação atual	Meta em 2022
Taxa de mortalidade neonatal		
Taxa de mortalidade pós-neonatal		
Taxa de mortalidade infantil		
Taxa de mortalidade juvenil		
Taxa de mortalidade da criança		

## Produtos esperados

PEN Para a Sobrevivência da Criança 2016-2022 estendido a 2022.

Manuais Técnicos do Programa (9 volumes de AIDI).

## Monitorização

Pelo Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários.

Inquéritos MICS de 4 em 4 anos.

Inquéritos SMART de 2 em 2 anos.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PEN, será realizada uma avaliação onde será feita a revisão dos indicadores propostos com vista a determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação final do PEN. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação do PEN.

## ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Em 2012, os 194 Estados membros da Assembleia Mundial da Saúde aprovaram primeiras metas globais para melhorar a situação nutricional no mundo. De entre as 6 áreas para intervenção prioritária realçam-se a desnutrição crónica, a desnutrição aguda grave e a amamentação exclusiva.

Sustentar a segurança alimentar e manter um estado nutricional adequado passa por investimentos em intervenções nutricionais (ODS 2) e no combate às doenças infecciosas (ODS 3), mas estas medidas não são suficientes – são também necessárias melhorias no abastecimento de água e saneamento (ODS 6), na agricultura (ODS 2), e na educação (ODS 4) e empoderamento das mulheres (ODS 5).

A desnutrição está associada ao aumento da mortalidade e limita o desenvolvimento de capacidades cognitivas, e prejudica o desempenho escolar, com perdas irreversíveis de capital humano e na produtividade da economia.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 reconhece a importância do baixo peso à nascença, da desnutrição crónica e da deficiência de outros micronutrientes (avitaminoses, iodo, ferro) no grupo da criança e nas grávidas, e reconhece que o apoio nutricional é importante na redução da mortalidade e morbidade nesses grupos populacionais.

## Orientações programáticas

Embora a prevalência da desnutrição crónica tenha diminuído de 41% em 2006 para 28% em 2014, mais de um quarto das crianças da Guiné-Bissau continua a sofrer de problemas de crescimento, com grandes diferenças regionais. Esta preocupação reflete-se na grande produção documental sobre o assunto (Política 2014, Plano Estratégico 2016-2020, Protocolo de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda e Manuais), nos estudos feitos (MICS, inquérito SISSAN e inquérito SMART), no investimento num enquadramento jurídico de algumas das intervenções consideradas prioritárias<sup>147</sup> e uma participação ativa nos Fóruns Regionais de Nutrição. Esta orientações estratégicas informarão a elaboração do PEN de Alimentação e Nutrição 2018-2022, baseadas também na análise do custo das intervenções de elevado impacto conduzida pelo Banco Mundial em 2016<sup>148</sup>.

PEN de Alimentação e Nutrição				
Finalidade: Aceleração da redução da desnutrição crónica				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta em 2022
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Desenvolver, atualizar e disseminar materiais de IEC sobre alimentação saudável; Acelerar a implementação da Estratégia AIDI ao nível da comunidade; Assegurar o controlo adequado do crescimento das crianças nas comunidades com apoio dos ASC; Garantir suplementos de vitamina A para crianças dos 6-59 meses de idade, administradas durante campanhas duas vezes por ano e/ou administradas pelos ASC semestralmente; Garantir apoio nutricional em ambiente escolar; Garantir acesso regular aos CRN para os casos necessitados;	% de amamentação exclusiva < seis meses;		
		% de escolas com apoio nutricional		
Qualidade dos serviços	Garantir suplementos de ferro e ácido fólico durante pelo menos 180 dias durante a gravidez <sup>149</sup> ; Administrar TIP durante a gravidez; Assegurar o tratamento de desnutrição aguda nas crianças; Reforçar implementação de protocolo de tratamento da desnutrição aguda nas crianças (incluindo a promoção de amamentação exclusiva até aos 6 meses de idade e o início precoce da amamentação na 1ª hora após o nascimento) garantindo vacinação contra o sarampo nas crianças sem registo; Elaborar, validar, adotar e implementar protocolo de tratamento da desnutrição aguda em crianças com > 5 anos, adolescentes e adultos (em especial das grávidas, PVVIH e tuberculosos); Administrar zinco (10mg/dia – para < 12 meses; 20 mg/dia para ≥ 1 ano) – em casos de diarreia; Desparasitar crianças entre 1 e 5 anos de idade com mebendazol 500 mg de 6 em 6 meses;	% de utentes das CPN que recebem suplementos de ferro e ácido fólico durante pelo menos 180 dias durante a gravidez;		
		% de utentes das CPN que recebem pelo menos duas doses de TIP;		
		% <5 anos com gráfico de peso bem preenchido;		
		% de amamentação na primeira hora de vida;		
		Taxa de mortalidade institucional por desnutrição aguda grave;		
		Taxa de cobertura da suplementação com Vitamina A em < 5 anos		

147 Projecto de alteração do decreto-lei n.º 1/2004 da utilização de sal iodado; Projecto de decreto do regime jurídico da fortificação, suplementação, adição de vitamina "a", ferro e ácido fólico aos óleos comestíveis e farinha; Proposta de lei de comercialização dos substitutos do leite materno.

148 Kakietek j et al (2016). Incrementar a Nutrição na Guiné-Bissau: quanto vai custar? Banco Mundial, Bissau, outubro.

149 Articular com PNSR, mantendo os suplementos durante os primeiros 3 meses pós-parto para mulheres com anemia durante a gravidez.

PEN de Alimentação e Nutrição				
Finalidade: Aceleração da redução da desnutrição crónica				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta em 2022
	Assegurar o controlo adequado do crescimento nas ES através da CCS e CCR; Assegurar referenciação para CRN de acordo com o grau de desnutrição;			
Equidade	Implementar programas de suplementação com micronutrientes para grupos-alvo específicos (nomeadamente para crianças depois de alta de CRN);	Comparar os indicadores por RS e por sexo % de criança elegíveis que receberam suplementos alimentares nos últimos 4 meses;		
A situação dos RHS	Ter em consideração as necessidades dos CRN na elaboração do PNDRHS;			
Melhorar a eficiência	Articular este PEN com outros que contemplem intervenções nutricionais (emergências de saúde pública, DNT, saúde reprodutiva, TB, sobrevivência da criança e SIDA); Promover a realização de pesquisas de prevalência e operacionais que permitam fortalecer o Programa;			
Fortalecer as parcerias	Promover a integração deste PEN em outros setores-chave como agricultura, educação, ação social e programas de desenvolvimento; Adaptação ao contexto nacional e implementação da Estratégia Global de Alimentação, Atividade Física e Saúde da OMS; Fortalecer as ações de nutrição durante as emergências, através da melhoria da planificação da resposta de nutrição, capacitação das equipas de contingência e alocação dos recursos necessários para a resposta; Colaborar no desenvolvimento e implementação das iniciativas de fortificação de alimentos, incluindo a iodização do sal e fortificação do arroz e farinha (de trigo e milho) com ferro e ácido fólico; Coordenar a nível das RS e nacional as ações dos parceiros que apoiam o PNAN; Colaborar com os Países da CEDEAO em iniciativas conjuntas para corrigir as situações de desnutrição na Região, colaborando anualmente, entre outras atividades, no Fórum Anual de Nutrição da CEDEAO;			
Transparência e prestação de contas	Colocar na carta de missão de nomeação dos dirigentes nacionais, regionais e institucionais, as obrigações em relação ao PNAN;			
Alinhar os programas com o fortalecimento do sistema de saúde	Integrar as atividades programáticas de IEC num Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários da DGPPS partilhada entre todos os programas prioritários; Integrar as ações de formação contínua programáticas nas atividades da ENSP; Reforçar a cadeia de Gestão e Aprovisionamento em Stock (Comité GAS) com o apoio da CECOME do nível central às ES;	% de ES/CRN que não reportaram rutura de stock de produtos necessários para reabilitação nutricional no último mês		

## Indicadores de impacto

Indicadores	Situação atual	Meta em 2022
Prevalência de desnutrição crónica em < 5 anos		

## Produtos esperados

PEN de Alimentação e de Nutrição 2018-2022.

Manuais Técnicos do Programa (Protocolo Nacional de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda 2013).

## Monitorização

Pelo Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários.

Inquéritos MICS de 4 em 4 anos.

Inquéritos SMART de 2 em 2 anos.

Inquéritos SISSAN semestralmente.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PEN, será realizada uma avaliação onde será feita a revisão dos indicadores propostos com vista a determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação final do PEN. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação do PEN.

## VACINAÇÃO

A vacinação é uma importante intervenção para reduzir a mortalidade da criança, contribuindo assim para o ODS 3.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 identifica como prioritárias as doenças preveníveis por vacinação, apoiando o combate às doenças em fases diversas de eliminação ou erradicação como a poliomielite e o sarampo.

## Orientações programáticas

O PSB tem produzido evidências científicas que mostram o impacto significativo da vacinação na redução da mortalidade da criança. As suas evidências apontam para oportunidades importantes para alterar a estratégia de vacinação para maximizar o seu impacto. Estas evidências deveriam ser apreciadas no âmbito dos mecanismos de gestão do conhecimento do setor da saúde na Guiné-Bissau e serem utilizadas para adequar o Programa Alargado de Vacinação (PAV).

O Plano plurianual do PAV 2013-2017, apoiado pela Aliança GAVI/UNICEF/OMS, está a terminar. Está em avaliação com uma análise da cobertura vacinal e revisão dos resultados obtidos no último quinquénio.

Será então elaborado e adotado o PEN de Vacinação 2018-2022. Neste novo quinquénio propõe-se que o OGE passe a financiar em 100% as vacinas de rotina. Tem-se como metas alcançar coberturas vacinais nas crianças de 95% para a BCG, rotavírus, febre-amarela, pentavalente, poliomielite, sarampo e pneumococos. Propõe-se que o sarampo seja combinado com a vacina contra a rubéola aos 9 meses e que a vacina oral contra a poliomielite (neste momento bivalente, pólio 1 e 3) seja progressivamente substituída pela vacina injetável<sup>150</sup>. Prevê-se ainda a introdução da vacina contra o vírus papiloma humano (para meninas de 12 anos de idade) até 2021 e contra os meningococos A (aos 12 meses)<sup>151</sup> a partir de 2019. Nas grávidas a intenção é de alcançar coberturas superiores a 80% com pelo menos duas doses de toxoide tetânica.

Existe também uma componente para reforço do sistema de saúde, incidindo sobre governação do sistema (apoando o funcionamento do CCSS), reforço das intervenções nas AS prioritárias e aumento da capacidade da cadeia de frio e gestão das vacinas. As taxas de execução são geralmente abaixo de 40%.

PEN de Vacinação				
Finalidades: Aceleração da redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral; Sustentação dos ganhos na redução da mortalidade em menores de cinco anos.				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Intensificar a implicação da comunidade e das OSC nas atividades do PAV, incluindo a proteção dos painéis solares; Apoiar promoção da vacinação pelos líderes de opinião incluindo os chefes religiosos e tradicionais; Intensificar o marketing social da vacinação; Dar atenção particular à introdução de novas vacinas nas atividades de IEC; Considerar a introdução de dias especiais de vacinação; Realizar campanhas de vacinação em massa quando necessário (para o sarampo de 3 em 3 anos); Assegurar a procura ativa de crianças que abandonaram e não completaram o calendário de vacinação;	% de crianças de 12 a 23 meses com 3ª dose de vacina pentavalente antes do 1º aniversário;		
		% de crianças de 12 a 23 meses que tomaram a vacina contra o sarampo antes do seu 1º aniversário.		
Qualidade dos serviços	Instalar um Comité Técnico de Vacinação; Elaborar um Manual de Vacinação que defina procedimentos operacionais padronizados. Dar prioridade à vacinação em todas as oportunidades, a todos os níveis de cuidados de saúde, mesmo que isso implique um aumento de desperdício de doses; Incentivar a vacinação com BCG durante os 3 primeiros dias de vida do RN, recorrendo ao apoio dos ASC para identificar a população alvo.	% de crianças de 12 a 23 meses que cumpriram todas vacinas recomendadas de acordo com o calendário		
Equidade	Definir RS e AS com comunidades desfavorecidas com base no estudo de cobertura vacinal de 2017. Estender o alcance dos serviços fixos através das equipas móveis e da estratégia avançada de acordo com calendários previsíveis, com particular ênfase nas comunidades desfavorecidas.	Comparar os indicadores por RS, por AS e por sexo		
A situação dos RHS	Iniciar nas Escolas de saúde, tanto de nível médio como superior, formação obrigatória sobre os programas prioritários; Formar e atualizar os pontos focais do PAV nas ERS e nas ES em técnicas de manutenção preventiva, gestão do programa de vacinação e gestão de cadeias de frio do PAV; Formar técnicos nas ES sobre atividades assistenciais associadas à vacinação;	Número de pontos focais do PAV regional com formação adequada.		

<sup>150</sup> Esta recomendação deveria ser revista tendo em conta os efeitos benéficos não específicos identificados pelo PSB como sendo atribuíveis à vacina ativa.

<sup>151</sup> Depois de uma campanha de vacinação em massa em 2016 (para pessoas com idade compreendida ente 1 e 29 anos), que será repetida em 2018 para crianças com 12 meses de idade.

PEN de Vacinação				
Finalidades: Aceleração da redução da mortalidade materna e neonatal, incluindo a redução das taxas de fecundidade geral; Sustentação dos ganhos na redução da mortalidade em menores de cinco anos.				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
	Formar técnicos das ES sobre a introdução a novas vacinas no calendário do PAV.. Ter em consideração as necessidades dos Programas Nacionais na elaboração do PNDRHS.			
Melhorar a eficiência	Promover a realização de pesquisas operacionais que permitam fortalecer o Programa; Promover, em colaboração com o INASA (PSB), a realização de estudos de cobertura vacinal e dos estrangulamentos à cobertura vacinal, o cumprimento do calendário e à efetividade da imunização, tendo em consideração custos e benefícios de diferentes opções.			
Fortalecer as parcerias	Coordenar a nível das RS e nacional as ações dos parceiros que apoiam o PAV; Apoiar os esforços de eliminação da poliomielite e do sarampo na região da CEDEAO (OOAS), colaborando com os Países vizinhos; Realizar as atividades a nível comunitário em parceria com as ONG para melhoria das intervenções. Integrar essas mesmas ações no pacote das intervenções de alto impacto (POPEN).			
Transparência e prestação de contas	Reforçar o sistema de vigilância, monitoria e avaliação, incluindo pesquisas operacionais a todos os níveis (central, regional e comunitário), de modo a que todas as AS tenham a capacidade de reportar com regularidade os indicadores-chave das doenças preveníveis pela vacinação.			
Alinhar os programas com o fortalecimento do sistema de saúde	Melhorar a prontidão da deteção e resposta às epidemias em articulação com o Programa Nacional de Resposta às Emergências de Saúde Pública; Integrar as atividades programáticas de IEC num Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários da DGPPS partilhada entre todos os programas prioritários; Integrar as ações de formação contínua programáticas nas atividades da ENSP; Reforçar a cadeia de Gestão e Aprovisionamento em Stock (Comité GAS) com o apoio da CECOME do nível central às ES;	% de ES que não reportaram rutura de stock de vacinas no último mês;		
	Reforçar uma equipa móvel a nível central para instalação e manutenção de veículos e equipamentos de saúde, incluindo a cadeia de frio, com base num plano de reabilitação e aquisição de equipamentos para o PAV depois de inventário. Com o apoio do INASA, reforçar o sistema de informação sanitária de rotina; Com o apoio do INASA reforçar as capacidades técnicas dos laboratórios a todos os níveis, incluindo o sistema de referência.	% de de ES com cadeia de frio funcional.		

## Indicadores de impacto

Indicadores	Situação atual	Meta em 2022
Taxa de incidência das doenças imunopreveníveis		
Taxa de mortalidade pelas doenças imunopreveníveis		

## Produtos esperados

Relatório de revisão do PEN de Vacinação 2013-2017 e do inquérito de cobertura vacinal de 2017.

Manual de Vacinação.

PEN de Vacinação 2018-2022.

Despacho de criação do Comité Técnico de Vacinação. Estatutos e Regulamento do Comité Técnico de Vacinação.

Plano de aquisição e manutenção de equipamentos para o PAV.

## Monitorização

Pelo Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários.

Inquéritos MICS de 4 em 4 anos.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PEN, será realizada uma avaliação onde será feita a revisão dos indicadores propostos com vista a determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação final do PEN. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação do PEN.

## PALUDISMO

A parceria Fazer Recuar o Paludismo (FRP) reafirmou as metas e estratégias de luta contra o paludismo no seu Plano Estratégico Global de 2005-2015, ambicionando reduzir a morbilidade O ODS 3 identifica o paludismo como uma das doenças endémicas que deve deixar de representar um problema de saúde pública.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

O paludismo é identificado na PNS 2017 como uma das grandes prioridades em todas as fases do ciclo de vida, incluindo na gravidez, levando a elevadas morbilidade (refletindo-se nas admissões hospitalares), mortalidade e incapacidade produtiva.

## Orientações programáticas

O paludismo é endémico na Guiné-Bissau com uma transmissão estável em todo o País. Apesar da diminuição do número de casos e óbitos de paludismo, a doença continua a constituir uma das principais causas de consulta e de hospitalização nas ES do País.

Com financiamento do Fundo Global, a Guiné-Bissau elaborou quatro planos estratégicos desde sua adesão à iniciativa mundial FRP em 2000. Tratam-se dos PEN 2001-2005, 2006-2010, extensão 2009-2013 e 2013-2017. A Guiné-Bissau inscreve-se no primeiro grupo de Países que alcançou os objetivos do FRP para 2010, relativamente a cobertura universal em MILDA. O PEN de Luta Contra o Paludismo 2018-2022 deve sustentar os resultados obtidos ao longo da implementação dos planos estratégicos anteriores e alcançar e/ou manter a cobertura universal de todas as intervenções como indicado no texto que se segue.

Em contextos específicos, deve considerar-se a diversificação dos métodos de controlo vetorial.

PEN de Luta contra o Paludismo				
Finalidade: Redução do peso das doenças transmissíveis endémicas, nomeadamente o Paludismo, VIH, Tuberculose e Doenças Tropicais Negligenciadas para que deixem de ser um problema de saúde pública				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Cada três anos, organizar campanhas de distribuição universal de MILDA para toda a população, incluindo as habitações especiais (hotéis, hospitais, internatos, quartéis, penitenciárias, etc.). Garantir o acesso universal à informação sobre prevenção e tratamento do paludismo através de Advocacia e Comunicação, por intermédio dos média, de profissionais de saúde, e de ASC, líderes (comunitários, políticos e religiosos) e voluntários; Repensar a diversificação da luta antivetorial, considerando a relevância de pulverizações e/ou controlo anti-larval;	% de agregados familiares com pelo menos 1 MILDA	95,7%	
		% de agregados familiares com pelo menos 1 MILDA por cada 2 pessoas	79,2%	
		% de menores de 5 anos que dormiram sob um MILDA na noite anterior	46,3%	
Qualidade dos serviços	Distribuir as MILDAs às crianças e grávidas durante as sessões de vacinações e CPN tanto nos postos fixos, como nas equipas móveis; Expandir diagnóstico microscópio do paludismo nas ES do Serviço Nacional de Saúde e dos Testes de Diagnóstico Rápidos (TDR) para a comunidade, através dos ASC para que todos os casos suspeitos de paludismo que recorrerem às ES tanto públicas, privadas, como comunitárias serão objetos de um exame biológico com TDR ou gota espessa/Esfregaço, segundo os níveis; Garantir um tratamento específico e precoce com ACT para os casos simples e quinina ou artesunato injetável para os casos graves para todos os casos suspeitos de paludismo testados positivos nas ES públicas, privadas e pelos ASC, receberão; Garantir TIP às grávidas com 3 doses ou mais de Sulfadoxina-Pirimetamina, administrado gratuitamente e sob observação direta dos técnicos de saúde, durante as CPN <sup>152</sup> ; <b>Assegurar o diagnóstico de todos os casos de paludismo nas estruturas sanitárias públicas, privadas e na comunidade;</b> Promover quimioprevenção do paludismo sazonal, com a administração de um máximo de quatro ciclos de tratamento de SP+AQ em intervalos mensais para crianças de 3-59 meses, durante todo o período de maior risco de paludismo em zonas de transmissão altamente sazonal em Bafatá, Biombo, Gabú e SAB; Realizar controlo da qualidade de produtos farmacêuticos do paludismo; Desenvolver unidade de referência nacional (assistencial e laboratorial) em medicina tropical; <b>Realizar anualmente estudos epidemiológicos e entomológicos nos sítios sentinelas;</b> <b>Realizar anualmente estudo sobre a qualidade de tratamento de casos de paludismo;</b> <b>Realizar anualmente estudo sobre o impacto da campanha de QPS</b>	% de grávidas que recebem pelo menos duas doses de TIP de entre as utentes das CPN;		
		% de grávidas que recebem pelo menos um MILDA (na CPN);		
		% de casos suspeitos de paludismo testados adequadamente de acordo com o nível de serviços;		
		% de casos de paludismo corretamente tratados;		
Equidade	Estender o alcance dos serviços fixos através das equipas móveis e da estratégia avançada de acordo com calendários previsíveis, com particular ênfase nas comunidades desfavorecidas.	Comparar os indicadores por RS e por sexo		
A situação dos RHS	Iniciar nas Escolas de saúde, tanto de nível médio como superior, formação obrigatória sobre os programas prioritários			

152 Para as grávidas seropositivas em profilaxia com o Co-trimoxazol, não será administrado o TPI.

PEN de Luta contra o Paludismo				
Finalidade: Redução do peso das doenças transmissíveis endémicas, nomeadamente o Paludismo, VIH, Tuberculose e Doenças Tropicais Negligenciadas para que deixem de ser um problema de saúde pública				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
	(prevenção, diagnóstico e tratamento precoce); Ter em consideração as necessidades dos Programas Nacionais na elaboração do PNDRHS;			
Melhorar a eficiência	Reforçar os sistemas de vigilância, monitoria e avaliação, incluindo pesquisas operacionais a todos os níveis (central, regional e comunitário), de modo a que todos as tenham a capacidade de reportar com regularidade os indicadores-chave do paludismo; Realizar estudos para seguir a sensibilidade dos vetores aos inseticidas (de dois em dois anos) e a eficácia terapêutica dos antipalúdicos (de dois em dois anos) (recorrer à AT quando necessário);			
Fortalecer as parcerias	Apoiar os esforços de eliminação do paludismo na região da CEDEAO (OOAS), colaborando com os Países vizinhos. Coordenar a nível das RS e nacional as ações dos parceiros que apoiam o PNLP; As atividades ao nível comunitário serão realizadas em parceria com as ONG para melhoria das intervenções ao nível comunitário. Essas mesmas ações serão integradas no pacote das intervenções de alto impacto (POPEN);			
Transparência e prestação de contas	Colocar no despacho de nomeação dos dirigentes nacionais, regionais e institucionais, uma carta de missão com as obrigações em relação ao PNLP; Reforçar o sistema de seguimento e avaliação da luta contra o paludismo para assegurar a monitoria do desempenho do PNLP em relação aos objetivos fixados; <b>Realizar estudo sobre os indicadores os indicadores do paludismo (MIS), cada tres anos;</b>			
Alinhar os programas com o fortalecimento do sistema de saúde	Integrar as atividades programáticas de IEC num Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários da DGPPS partilhada entre todos os programas prioritários; Integrar as ações de formação contínua programáticas nas atividades da ENSP; Reforçar a cadeia de Gestão e Aprovisionamento em Stock (Comité GAS) com o apoio da CECOME do nível central às ES; <b>Reforçar a capacidade da gestão e aprovisionamento de medicamentos e produtos de luta contra o paludismo a todos os níveis;</b> Reforçar uma equipa móvel a nível central para instalação e manutenção de veículos e equipamentos de saúde, incluindo a cadeia de frio, com base num plano de reabilitação e aquisição de equipamentos depois de inventário. Melhorar a prontidão da deteção e resposta às epidemias do paludismo em articulação com o Programa Nacional de Resposta às Emergências de Saúde Pública; <b>Assegurar a deteção precoce das epidemias do paludismo, sobretudo nas zonas de transmissão epidémica sazonal ou com vasta população de risco;</b> Com o apoio do INASA, reforçar o sistema de informação sanitária de rotina; Com o apoio do INASA reforçar as capacidades técnicas dos laboratórios a todos os níveis, incluindo o sistema de referência.	% de ES que não reportaram rutura de stock de ACTs num mês;		

## Indicadores de impacto

Indicadores	Situação atual	Meta em 2022
Casos de paludismo por 1000 habitantes com menos de 5 anos de idade		
Casos de paludismo por 1000 habitantes com 5 anos ou mais de idade		
% de óbitos por paludismo nos internamentos por paludismo		

## Produtos esperados

Começar a elaborar o PNLP 2020 – 2022 para adoção e implementação a partir de 2020.

## Monitorização

Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários.

Inquéritos MICS de 4 em 4 anos.

## Avaliação

O impacto da distribuição universal de MILDA será realizado pelo INASA entre 6 a 12 meses após a realização de cada campanha.

Avaliação a meio termo: após ano e meio de implementação do PEN, será realizada uma avaliação por consultores externos, onde será feita a revisão dos indicadores propostos com vista a determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos três anos planificados, será realizada uma avaliação final do PEN por consultores externos. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação de luta contra o paludismo.

## TUBERCULOSE

O ODS 3 identifica a TB como uma das doenças endémicas que deve deixar de representar um problema de saúde pública.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

O PNS 2017 identifica como prioritária o combate à TB em todas as fases do ciclo de vida.

## Orientações programáticas

Em 1986 a TB foi integrada no Programa Nacional de Lepra (em existência desde 1980) dando origem ao Programa Nacional de Luta contra a Lepra e Tuberculose<sup>153</sup>. A partir de 1987 foi adotada uma estratégia baseada na introdução gradual de esquemas de tratamento de curta duração a nível de todo o País. A estratégia DOTS começou a ser implementada a partir de 1997. Em 2004 o País elaborou o primeiro PEN e começou a beneficiar das subvenções do Fundo Mundial, tendo a primeira coberto o período que foi de 2005 a 2009, a segunda de 2010 a 2015, e a terceira, ainda em vigor, vai de 2015 a 2019. Estas subvenções permitiram consolidar a estratégia DOTS e reforçar a capacidade do Programa, que inclui a formação do pessoal e a deteção da TB, com a adoção de novos métodos de diagnóstico da TB, tais como a microscopia fluorescente e as técnicas de GeneXpert, reforçando, assim, a capacidade do laboratório nacional de referência para a TB. Em 2013 foi elaborado e adotado um Manual de Gestão do Programa.

A epidemia do VIH/SIDA está a ter um impacto bastante negativo no controlo da TB na Guiné-Bissau. É estimado que cerca de 40 % de doentes de TB na Guiné-Bissau estão coinfectados por VIH (nº preciso não é conhecido mas nos casos de TB multirresistente a coinfeção aproxima-se dos 100%).

Os CS devem referir os pacientes com problemas clínicos que não possam ser solucionados no seu local para as estruturas regionais e estas últimas para as nacionais. Fazem parte deste núcleo o Hospital de Referência Nacional para a TB (Hospital de Pneumologia “Raoul Follereau”), Laboratório Nacional de Saúde Pública do INASA (e a rede de 17 laboratórios periféricos) e as enfermarias de tisiologia em Cumura e regionais (nos HR de Buba, Bubaque e Gabu). O Hospital Raoul Follereau e o de Cumura contribuem com a notificação de 60% de todos os casos de TB.

PEN de Luta Contra a Tuberculose				
Finalidade: Redução do peso das doenças transmissíveis endémicas, nomeadamente o Paludismo, VIH, Tuberculose e Doenças Tropicais Negligenciadas para que deixem de ser um problema de saúde pública				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Intensificar implicação da comunidade, nomeadamente dos ativistas (PVVIH, ASC, médicos tradicionais e membros da família), na sensibilização de populações de alto risco (< 15 e > 55 anos, pescadores, migrantes, militares, profissionais de saúde, PVVIH, prisioneiros, contatos de casos bacilopositivos) Especificificar e intensificar a implementação do rastreio nas populações de mais alto risco (PVVIH, prisioneiros, profissionais de saúde, contatos de casos bacilopositivos) Promoção da TOD de base comunitária pelos ASC em todas as 11 RS;	% da população com conhecimento dos sintomas de tuberculose	28% (2013)	75%
Qualidade dos serviços	Promover ativamente a vacinação com a BCG nos 3 primeiros dias de vida; Garantir a implementação de critérios rigorosos de admissão hospitalar de doentes com TB;	Taxa de notificação	120/100.000 (2016)	178/100.000

<sup>153</sup> Mais recentemente o Programa passou a incidir somente sobre a tuberculose, sendo a lepra abordada como parte da DTN.

PEN de Luta Contra a Tuberculose				
Finalidade: Redução do peso das doenças transmissíveis endêmicas, nomeadamente o Paludismo, VIH, Tuberculose e Doenças Tropicais Negligenciadas para que deixem de ser um problema de saúde pública				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
	<p>Promover a TOD de base institucional;</p> <p>Prevenir a TB com isoniazida em crianças com &lt; 5 anos e em PVVIH;</p> <p>Promover a procura ativa de tuberculosos que abandonaram e não completaram o calendário de 20 meses de tratamento, em particular nas crianças &lt; 5 anos;</p> <p>Garantir apoio nutricional aos doentes com TB durante 6 (TB sensível) a 20 meses (TB multirresistente) de tratamento;</p> <p>Procurar ativamente casos de coinfeção com o VIH em todos os tuberculosos. Garantir TARV e cotrimoxazole (ou alternativa) aos coinfetados.</p> <p>Procura ativa de coinfeção com o TB em todas as PVVIH. Garantir tratamento anti-TB aos coinfetados;</p> <p>Monitorizar laboratorialmente os casos de TB em tratamento de acordo com o calendário em Manual;</p> <p>Disponibilizar os Hospitais Raoul Follereau e Cumura com meios de diagnóstico diferenciados como condições de biossegurança nos laboratórios (nível III), o geneXpert, a imagiologia digital, a broncoscopia e a lavagem broncoalveolar (associados à afetação de RH com as competências necessárias);</p> <p>Disponibilizar os HR com meios de diagnóstico melhorados como o geneXpert e melhores meios de imagiologia convencional (associados à afetação de RH com as competências necessárias);</p> <p>Atualizar regularmente o Manual Técnico do PNLT;</p>	Taxa de perdido de vista	10,6% (2016)	5%
		Taxa de sucesso terapêutico	79,81% (2016)	90%
		% de coinfetados com VIH em TARV	48,8% (2016)	95%
		% de coinfetados com VIH em cotrimoxazole	51,4% (2016)	95%
		Proporção de crianças menores de 5 anos (contactos de casos BK+) submetidas ao tratamento preventivo com Isoniazida (TPI)	ND	50%
		Numero de pacientes TB-MR confirmados bacteriologicamente ou por GenXpert.	37 (2016)	56
		Proporção de pacientes TB-MR confirmados bacteriologicamente ou por GenXpert submetidos ao tratamento de 2ª linha	36/37 (97,3%) (2016)	100%
Equidade	Estender o alcance dos serviços fixos através das equipas móveis e da estratégia avançada de acordo com calendários previsíveis, com particular ênfase nas comunidades desfavorecidas;	Comparar os indicadores por RS, por coinfeção ou não com VIH, idade e por sexo		
A situação dos RHS	<p>Iniciar nas Escolas de saúde, tanto de nível médio como superior, formação obrigatória sobre os programas prioritários;</p> <p>Reforçar as capacidades dos profissionais de saúde no manejo dos casos de TB pediátrica e de TB multirresistente;</p> <p>Reforçar as capacidades dos profissionais de saúde em matéria de vigilância ativa da TB;</p> <p>Reforçar as capacidades dos profissionais de saúde responsáveis por doentes com TB em aconselhamento, rastreio e tratamento do VIH, garantindo os medicamentos e outros produtos de saúde necessários para tal;</p> <p>Reforçar a biossegurança do pessoal de saúde (uso de máscaras, ventilação natural) no manejo de casos de TB;</p>			
Melhorar a eficiência	<p>Reforçar capacidade laboratorial para o diagnóstico rápido da TB, e da TB multirresistente, garantindo o stock dos consumíveis necessários;</p> <p>Disponibilizar, onde necessário, os testes rápidos para diagnóstico do VIH em doentes com TB;</p> <p>Melhorar o transporte das amostras laboratoriais (motos, combustíveis e motoristas);</p> <p>Promover a realização de pesquisas operacionais que permitam fortalecer o Programa;</p>		30%	0%
Fortalecer as parcerias	Coordenar a nível das RS e nacional as ações dos parceiros que apoiam o PNLT;			
Transparência e prestação de contas	Colocar na carta de missão de nomeação dos dirigentes nacionais, regionais e institucionais, as obrigações em relação ao PNLT;			
Alinhar os programas com	Integrar as atividades programáticas de IEC num Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários da DGPPS partilhada entre todos os programas prioritários;	% de ES com rutura de stocks de antituberculóticos	30%	0%

PEN de Luta Contra a Tuberculose				
Finalidade: Redução do peso das doenças transmissíveis endêmicas, nomeadamente o Paludismo, VIH, Tuberculose e Doenças Tropicais Negligenciadas para que deixem de ser um problema de saúde pública				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
fortalecimento do sistema de saúde	Integrar as ações de formação contínua programáticas nas atividades da ENSP. Com o apoio do INASA, reforçar o sistema de informação sanitária de rotina; Com o apoio do INASA reforçar as capacidades técnicas dos laboratórios a todos os níveis, incluindo o sistema de referência; Reforçar a cadeia de Gestão e Aprovisionamento em Stock (Comité GAS) com o apoio da CECOME do nível central às ES; Reforçar uma equipa móvel a nível central para instalação e manutenção de veículos e equipamentos de saúde, incluindo a cadeia de frio, com base num plano de reabilitação e aquisição de equipamentos depois de inventário.	no último mês		

## Indicadores de impacto

Indicadores	Situação em 2015	Meta em 2025
Taxa de incidência	242 por 100 000 habitantes	121 por 100 000 habitantes
Taxa de mortalidade	34 por 100 000 habitantes	8 por 100 000 habitantes

## Produtos esperados

PEN estendido ao horizonte temporal do PNDS III, 2022.

Manual Técnico do PENLT atualizado.

## Monitorização

Pelo Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários.

Inquéritos MICS de 4 em 4 anos.

## Avaliação

Avaliação a meio termo (setembro de 2017): após ano e meio de implementação do PEN, será realizada uma avaliação por consultores externos, onde será feita a revisão dos indicadores propostos com vista a determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos três anos planificados, será realizada uma avaliação final do PEN por consultores externos. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação de luta contra a TB.

## IST/VIH/SIDA/HEPATITES VIRAIS

O ODS 3 identifica o VIH/SIDA como uma das doenças endêmicas que deve deixar de representar um problema de saúde pública.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A partir da adolescência, a PNS 2017 identifica como prioritário o combate às IST/VIH/SIDA/Hepatites Virais.

### Orientações programáticas

O PEN da resposta ao SIDA 2015 – 2020 inscreve-se na meta de «Zero novas infeções por VIH, Zero mortes ligadas ao SIDA, Zero estigmatização» na ótica da estratégia 90 – 90 – 90 da ONUSIDA que se projeta no horizonte 2030. Este Plano articula-se com o Plano Estratégico SIDA da CEDEAO para uma sinergia e colaboração das intervenções na sub-região. Aborda o combate ao VIH/SIDA em todas as fases do ciclo de vida, promovendo a autotestagem de VIH e hepatites virais e a profilaxia pré-exposição. As profissionais de sexo, os homens que têm relações sexuais com homens, as vendedeiras ambulantes, os jovens, os transportadores interurbanos e utilizadores de drogas injetáveis são os grupos que alimentam a propagação da epidemia no País. As regiões de Bissau, Bafatá, Oio, Tombali e Quínara serão prioritariamente tidas como alvos por causa da prevalência e do número de populações alvos. Estas orientações acolhem as orientações do PEN e revêm-nas tendo em vista a sua extensão ao horizonte do PNDS III, 2022 e integração das atividades do Secretariado e do MINSAP num único programa nacional, alargando as intervenções ao combate das IST e hepatites virais.

### Orientações programáticas

PEN de de IST/VIH/SIDA/Hepatites Virais				
Finalidade: Redução do peso das doenças transmissíveis endémicas, nomeadamente o Paludismo, VIH, Tuberculose e Doenças Tropicais Negligenciadas para que deixem de ser um problema de saúde pública				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
		Nome	Situação atual	Meta
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Garantir a boa distribuição geográfica de estruturas com possibilidade de aconselhar, testar e prestar tratamento para as IST/VIH/SIDA/Hepatites virais; Intensificar implicação da comunidade, nomeadamente dos ativistas (PVVIH, ASC e membros da família), no seguimento das PVVIH e com hepatites virais sob tutela do pessoal técnico; Promover a comunicação para a mudança de comportamento; Intensificar o marketing social dos preservativos e lubrificantes; Intensificar o ATV comunitário; Implicação das ONG no enquadramento dos trabalhadores do sexo e homens que fazem sexo com homens assim como na procura dos utilizadores de drogas injetáveis para a sua sensibilização; Realizar campanhas de promoção da proteção dos direitos das PVVIH e das minorias junto dos líderes políticos e comunitários, dos atores públicos e comunitários assim como a revisão da lei 05/2007 <sup>154</sup> ; Apoiar promoção da CPN/PTMF e parto assistido pelos líderes de opinião incluindo os chefes religiosos e tradicionais; Desenvolver planos de luta contra o SIDA nas empresas.	% de pessoas com IST/VIH/hepatites virais nas quais o diagnóstico da infeção é conhecido pelo próprio		

<sup>154</sup> Lei das pessoas doentes com VIH. A revisão reforçará a responsabilização do Estado/empregador perante os prestadores infetados no trabalho e alargará a definição de situações de obrigatoriedade do rastreio.

PEN de de IST/VIH/SIDA/Hepatites Virais				
Finalidade: Redução do peso das doenças transmissíveis endêmicas, nomeadamente o Paludismo, VIH, Tuberculose e Doenças Tropicais Negligenciadas para que deixem de ser um problema de saúde pública				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
		Nome	Situação atual	Meta
Qualidade dos serviços	<p>Promover o rastreio por iniciativa do prestador em qualquer oportunidade;</p> <p>Garantir condições nas ES para PTMF;</p> <p>Segurança sanguínea com uma forte mobilização de dadores benévolos fiéis, um pessoal qualificado e testagem universal de bolsas de sangue e seus derivados;</p> <p>Reforçar capacidade de diagnóstico, profilaxia e tratamento das IST e IO em todas as AS com os algoritmos e utensílios bem integrados no sistema de saúde;</p> <p>Tratamento de SIDA, IST, hepatites virais infeções oportunistas (IO), e cuidados e apoios para os adultos e crianças e a redução dos perdidos de vista;</p> <p>Procura ativa de coinfeção com o VIH em todos os casos de TB. Garantir TARV e cotrimoxazole (ou alternativa) aos coinfetados.</p> <p>Procurar ativamente coinfeção com a TB em todas as PVVIH. Garantir tratamento anti-TB aos coinfetados;</p> <p>Aplicar estratégia de nutrição tendo por alvo as PVVIH elegíveis segundo as diretrizes PAM/OMS;</p> <p>Reforçar capacidade laboratorial para o diagnóstico do VIH, das IST, hepatites virais e das IO: (toxoplasmose cerebral, criptococose, neoplasias) e outras comorbilidades (TB, paludismo) e para monitorização do tratamento (nomeadamente a carga viral onde relevante).</p>	% de diagnóstico precoce nas crianças expostas		
		% de PVVIH que recebem o TARV		
		% de PVVIH em tratamento que estão retidos depois de 12 meses de TARV		
		% de PVVIH sob tratamento que apresentam uma supressão da carga viral		
		% de IST tratadas		
		% de hepatites virais em tratamento		
Equidade	<p>Reforçar a luta contra a estigmatização e a discriminação, incluindo garantir acesso de PVVIH vítimas de estigma e discriminação aos serviços de proteção jurídica;</p> <p>Garantir aos órfãos e crianças vulneráveis os apoios (psicossocial, acesso aos serviços de base, assistência jurídica, apoio alimentar, proteção e assistência judicial) necessários;</p> <p>Elaborar e gerir todos os planos operacionais e regionais com orientação para os resultados desejados, integrando também o género e direitos humanos;</p> <p>Estender o alcance dos serviços fixos através das equipas móveis e da estratégia avançada de acordo com calendários previsíveis, com particular ênfase nas comunidades desfavorecidas;</p>	Comparar os indicadores por RS, por idade (uma atenção particular aos jovens entre 10 e 19 anos) e por sexo		
A situação dos RHS	<p>Integrar as IST, VIH/SIDA e hepatites virais no curriculum de formação dos profissionais de saúde;</p> <p>Reforçar capacidades técnicas dos profissionais da saúde e de agentes comunitários (ASC, ativistas e confessionais) no acompanhamento das PVVIH conhecidas nas estruturas assistenciais e na comunidade;</p> <p>Capacitar os profissionais de saúde para as atividades de PTMF;</p> <p>Garantir que o pessoal exposto a acidentes de exposição ao sangue o declarem e beneficiem da prevenção pós-exposição ;</p> <p>Reforçar as capacidades dos profissionais de saúde em matéria de vigilância ativa da TB;</p> <p>Reforçar as capacidades dos profissionais de saúde responsáveis por doentes com TB em aconselhamento, rastreio e tratamento do VIH, garantindo os medicamentos e outros produtos de saúde necessários para tal.</p>			
Melhorar a eficiência	<p>Melhorar o sistema de gestão das compras e dos stocks dos medicamentos e materiais de diagnóstico para as IST, o VIH/SIDA e hepatites virais;</p> <p>Manter aprovisionamento regular e garantir utilização racional dos medicamentos ARV e dos produtos de saúde para seguimento biológico em todas as estruturas a acompanharem PVVIH;</p> <p>Identificar a necessidade de implementação de PrEP e tomar decisões sobre a sua implementação em grupos específicos.</p> <p>Estudar possibilidade de introduzir tratamento para monoinfeções de hepatites;</p> <p>Realizar inquéritos regulares de serovigilância nos sítios sentinela;</p> <p>Promover a realização de pesquisas sobre comorbilidades e resistências;</p> <p>Pesquisa sobre a situação das populações minoritárias em relação com o VIH/SIDA (população prisional).</p>			
Fortalecer as parcerias	<p>Integrar as IST/VIH/SIDA/Hepatites virais no curriculum de formação dos homens em uniforme;</p> <p>Criar um quadro de concertação entre parceiros para a harmonização/complementaridade das intervenções.</p>			

PEN de de IST/VIH/SIDA/Hepatites Virais				
Finalidade: Redução do peso das doenças transmissíveis endémicas, nomeadamente o Paludismo, VIH, Tuberculose e Doenças Tropicais Negligenciadas para que deixem de ser um problema de saúde pública				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
		Nome	Situação atual	Meta
Transparência e prestação de contas	Colocar na carta de missão de nomeação dos dirigentes nacionais, regionais e institucionais, as obrigações em relação ao PEN de IST/VIH/SIDA/Hepatites Virais; Criar um sistema de gestão eficaz e transparente de informação e comunicação das despesas e dos recursos mobilizados, adotando um conjunto mínimo de 10 indicadores globais alinhados com as recomendações da OMS e até 50 indicadores nacionais consensualizados no País.	% do OGE atribuído à saúde e comprometido com este PEN.		
Alinhar os programas com o fortalecimento do sistema de saúde	Integrar as atividades programáticas de IEC num Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários da DGPPS partilhada entre todos os programas prioritários; Integrar as atividades do Secretariado e do MINSAP num único Programa operacional; Integrar as intervenções das IST/VIH/SIDA/Hepatites Virais nas estruturas, serviços e programas relevantes do setor da saúde a todos os níveis; Integrar IST/VIH/SIDA/Hepatites Virais em matéria de PF; Com o apoio do INASA, reforçar o sistema de informação sanitária de rotina; Com o apoio do INASA reforçar as capacidades técnicas dos laboratórios a todos os níveis, incluindo o sistema de referência; Reforçar as capacidades operacionais dos bancos de sangue; Integrar as ações de formação contínua programáticas nas atividades da ENSP e da Faculdade de Medicina; Reforçar a cadeia de Gestão e Aprovisionamento em Stock (Comité GAS) com o apoio da CECOME do nível central às ES; Reforçar uma equipa móvel a nível central para instalação e manutenção de veículos e equipamentos de saúde, incluindo a cadeia de frio, com base num plano de reabilitação e aquisição de equipamentos depois de inventário.	Nº e % de PVVIH que recebem a atenção clínica integral para comorbilidades incluindo o TARV.		
		% de ES com rutura de stocks de ARV no último mês		

## Indicadores de impacto

Indicadores	Situação atual	Meta em 2022
Nº de novas infeções por VIH por 1000 habitantes suscetíveis		
Nº e % de PVVIH		
Nº de óbitos ligados ao SIDA por 100 000 habitantes		

## Produtos esperados

Extensão do atual PEN da Resposta ao SIDA 2015 – 2020 para o horizonte 2022 com alargamento do Programas às IST e hepatites virais.

Manual Técnico do Programa.

## Monitorização

Pelo Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários.

Inquéritos MICS de 4 em 4 anos.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PEN, será realizada uma avaliação por consultores externos, onde será feita a revisão dos

indicadores propostos com vista a determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação final do PEN por consultores externos. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação de luta contra as IST/VIH/SIDA/Hepatites Virais.

## DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS

O ODS 3 identifica as DTN como doenças endémicas que devem deixar de representar um problema de saúde pública.

### Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 estipula que deve manter-se ou reforçar-se o combate às doenças em fases diversas de eliminação ou erradicação como a oncocercose, a filariose linfática e o tracoma.

### Orientações programáticas

Das DTN reconhecidas na Guiné-Bissau realçam-se a oncocercose, filariose linfática (W bancrofti e M perstans), tracoma, bilharziose, geohelmintíases (A lumbricoides, A duodenale, T trichiuris, Giardia lamblia) e lepra.

O conhecimento sobre estas doenças na Guiné-Bissau está referenciado a cartografia das doenças realizadas entre 2004 e 2005 que refletem a coendemicidade na maioria das RS: em Gabú e Bafatá convivem oncocercose e filariose linfática; a filariose linfática está presente em todo o País, com exceção da Região Sanitária de Tombali.

Em 2016 foi realizado um estudo sentinela e de controlo em seis RS (Biombo, Bolama, Bijagós, Oio, Farim e SAB), com resultados positivos apenas na RS de Bijagós. O mesmo estudo em 2017, nas RS de Cacheu, Quinara e Tombali, mostrou resultados positivos nas duas últimas RS.

A bilharziose é endémica em todo o País, particularmente na parte ocidental, mais intensamente nas ilhas e em Biombo, convivendo com as geohelmintíases que têm uma distribuição semelhante.

O tracoma é altamente endémico em todo o País, com uma prevalência ligeiramente mais baixa em Gabú e intermédia no sul. Em 2015 o estudo cartográfico foi feito em três RS mostra resultados de prevalência abaixo do limiar da OMS. Em 2016 o estudo foi realizado em Cacheu mostrando também resultados de prevalência abaixo do limiar da OMS. Em 2017 foi realizado um estudo de impacto em sete RS (Biombo, Bijagós, Bafatá, Oio, Farim, Gabú e SAB): a análise dos resultados ainda está em curso.

A lepra é uma doença considerada quase eliminada.

Nada se sabe sobre doenças como dengue e chikungunya.

É de salientar que neste momento o País está livre de tripanossoma humano, segundo estudo nacional em 2016.

A raiva deverá ser considerada no contexto de uma abordagem *one health* juntamente com os serviços veterinários.

Do ponto de vista das estratégias de luta contra as DTN, realçam-se duas abordagens: i) quimioprofilaxia preventiva em massa (oncocercose, filariose linfática, tracoma, bilharziose e geohelmintíases); ii) identificação e tratamento de casos (úlceras de Buruli, lepra, raiva, dengue, chikungunya). Em ambas as situações o controlo dos vetores pode ser da maior importância.

As finalidades do combate às DTN na Guiné-Bissau dividem-se entre a eliminação (para o tracoma, oncocercose, filariose linfática e lepra), redução da prevalência para que deixem de ser um problema de saúde pública (para a bilharziose e as geohelmintíases) e reconhecimento da situação (raiva, dengue e chikungunya).

PEN de Luta Contra as Doenças Tropicais Negligenciadas				
Finalidade: Redução do peso das doenças transmissíveis endémicas, nomeadamente o Paludismo, VIH, Tuberculose e Doenças Tropicais Negligenciadas para que deixem de ser um problema de saúde pública.				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
<b>Intervenções comuns a todas as DTN</b>				
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Intensificar IEC para implicação da comunidade e dos líderes de opinião incluindo os chefes religiosos e tradicionais no combate; Capacitar os ASC com as competências necessárias para participar nas intervenções dos Programas;			
Equidade		Comparar os indicadores por RS e por sexo		
A situação dos RHS	Iniciar nas Escolas de saúde, tanto de nível médio como superior, formação obrigatória sobre os programas prioritários; Reforçar as capacidades das ERS para gestão das intervenções do Programa; Reforçar as capacidades técnicas dos profissionais de saúde e dos ASC para assumirem as intervenções do Programa;			
Melhorar a eficiência	Promover a realização de pesquisas operacionais que permitam conhecer a distribuição dos agentes, vetores e portadores das doenças e fortalecer o Programa; Reforçar a farmacovigilância dos fármacos utilizados nos tratamentos em massa;			
Fortalecer as parcerias	Coordenar a nível das RS as ações dos parceiros e dos outros programas prioritários, de forma obter convergências operacionais em benefício de todos os programas;			
Transparência e prestação de contas	Colocar na carta de missão de nomeação dos dirigentes nacionais, regionais e institucionais, as obrigações em relação ao PNCDTN;			
Alinhar os programas com o fortalecimento do sistema de saúde	Integrar as ações de formação contínua programáticas nas atividades da ENSP. Integrar as atividades programáticas de IEC num Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários da DGPPS partilhada entre todos os programas prioritários; Com o apoio do INASA, reforçar o sistema de informação sanitária de rotina; Com o apoio do INASA reforçar as capacidades técnicas dos laboratórios a todos os níveis, incluindo o sistema de referência; Reforçar a cadeia de Gestão e Aprovisionamento em Stock (Comité GAS) com o apoio da CECOME do nível central às ES de forma a garantir a disponibilidade de medicamentos e outros produtos terapêuticos necessários para a luta contra as DTN;			

PEN de Luta Contra as Doenças Tropicais Negligenciadas				
Finalidade: Redução do peso das doenças transmissíveis endémicas, nomeadamente o Paludismo, VIH, Tuberculose e Doenças Tropicais Negligenciadas para que deixem de ser um problema de saúde pública.				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
	Reforçar uma equipa móvel a nível central para instalação e manutenção de veículos e equipamentos de saúde, incluindo a cadeia de frio, com base num plano de reabilitação e aquisição de equipamentos depois de inventário;			
<b>Bilharziose</b>				
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Realizar campanhas IEC para garantir a adesão ao tratamento de massa, reconhecimento dos efeitos adversos da medicação e promoção da higiene pessoal; Melhorar o acesso das habitações ao abastecimento de água e saneamento melhorados;			
Qualidade dos serviços	Distribuir praziquantel sob controlo da comunidade a toda a população escolar nas AS endémicas (de 3 em 3 anos se prevalência <10%; 10 <50% de 2 em 2 anos se prevalência ≥50% tratamento cada anual). Igualmente a pessoas de risco – pescadores, agricultores e grávidas. Elaborar protocolos clínicos para diagnóstico e tratamento de casos;	% da população alvo intervencionada	100% das comunidades em Oio e Farim desde 2015;	75% da população alvo em 100% das comunidades alvo
Melhorar a eficiência	Monitorizar, pelo menos de dois em dois anos a microhematúria em crianças de idade escolar numa rede de aldeias sentinelas e respetivos controlos;			
Fortalecer as parcerias	Fortalecer parcerias com o setor educacional e de abastecimento de água e saneamento;			
<b>Filariose linfática</b>				
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Realizar campanhas IEC para garantir a adesão ao tratamento de massa, reconhecimento dos efeitos adversos da medicação e ao apoio às pessoas com linfodema e hidrocele;			
Qualidade dos serviços	Distribuir ivermectina e albendazole sob controlo da comunidade a toda a população nas AS endémicas (excetuando grávidas, mulheres a amamentar durante a 1ª semana pós-parto, doentes acamados e crianças < 90cm); Assegurar a cirurgia de pelo menos 25% dos casos de hidrocele diagnosticados a cada ano em áreas endémicas; Garantir o apoio da comunidade a pelo menos 75% dos casos de linfodema detetados e hidrocele; Formar pacientes e cuidadores familiares para casos de linfodema ou elefantíase e hidrocele;	% da população alvo intervencionada	100% das comunidades de Gabú e Bafatá desde 2008; cobertura da população varia entre 60 a 80%	80% da população em 100% das comunidades alvo
A situação dos RHS	Formar cirurgiões nas técnicas cirúrgicas adequadas para tratamento do hidrocele e elefantíase;			
Melhorar a eficiência	Monitorizar, pelo menos de 2 em 2 anos, a microfilarémia noturna em crianças > 6 anos numa rede de aldeias sentinelas e controlos; Depois de 3 anos fazer estudo de impacto do tratamento.			
<b>Geohelmintíases</b>				
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Realizar campanhas IEC para garantir a adesão ao tratamento de massa, reconhecimento dos efeitos adversos da medicação e promoção da higiene pessoal; Melhorar o acesso das habitações ao abastecimento de água e saneamento melhorado;			
Qualidade dos serviços	Distribuição de albendazol e/ou Mebendazol, segundo a prevalência, sob controlo da comunidade a toda a população escolar maior de 5 anos de idade nas AS endémicas Com o apoio dos Agentes de Saúde comunitária nas comunidade e Professores nas redes escolares, garantir a desparasitação anual com mebendazol de todas as crianças entre os 6 meses de idade e os 5 anos (pré-escolar) (atividades do serviço de nutrição, alimentação e sobrevivência das crianças); Para coendemicidade com filariose linfática, se a prevalência de geohelmintíase for superior a 50%, fazem-se dois ciclos de tratamento por ano, o 1º para as duas doenças (com ivermectina e albendazol) e o 2º só para as geohelmintíases (só com mebendazol) nas crianças com idade superior a 5 anos de idade; Elaboração de protocolos clínicos para diagnóstico e tratamento de casos em AS	% da população alvo intervencionada	80% das comunidades e 64% da população alvo desde 2008 para Gabú e Bafatá; estendida a Bissau, Biombo, Bijagós,	75% da população alvo em 100% das comunidades alvo

PEN de Luta Contra as Doenças Tropicais Negligenciadas				
Finalidade: Redução do peso das doenças transmissíveis endêmicas, nomeadamente o Paludismo, VIH, Tuberculose e Doenças Tropicais Negligenciadas para que deixem de ser um problema de saúde pública.				
Objetivos estratégicos	Intervenções	Indicadores		
			Situação atual	Meta
	hipoendémicas;		Farim, Oior e Bolama em 2016	
Melhorar a eficiência	Monitorizar de dois em dois anos da parasitas nas fezes em crianças de idade escolar numa rede de aldeias sentinelas e de controlo, após 5 anos de tratamento consecutivo;			
Fortalecer as parcerias	Fortalecer parcerias com o setor educacional e de abastecimento de água e saneamento;			
Lepra				
Qualidade dos serviços	Elaborar protocolos clínicos para diagnóstico e tratamento de casos; Fazer diagnóstico precoce, nas comunidades com casos conhecidos, especialmente em crianças, para determinar casos antes de se observar deformidade de grau 2; Garantir a referência e contra-referência entre o enfermeiro da AS e o Hospital de Referência em Cumura; Garantir a disponibilidade constante de medicamentos protocolados;	% de casos detetados sem deformidade		≤2% de casos detetados sem deformidade de grau 2 nas crianças
Alinhar os programas com o fortalecimento do sistema de saúde	Reforçar os serviços de reabilitação de Cumura;			
Oncocercose				
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Realizar campanhas IEC para garantir a adesão ao tratamento de massa;			
Qualidade dos serviços	Distribuir (anual ou bianualmente de acordo com a prevalência) ivermectina e albendazol sob controlo da comunidade a toda a população nas bacias dos Rios Geba e Corubal (excetuando grávidas, mulheres a amamentar durante a 1ª semana pós-parto, doentes acamados e crianças < 90cm);	% da população alvo intervencionada	100% das comunidades de Gabú e Bafatá desde 2008; cobertura da população varia entre 60 a 80%	80% da população em 100% das comunidades alvo
Melhorar a eficiência	Fazer monitorização epidemiológica anual por teste rápido OV16 numa gota de sangue e biópsia cutânea numa rede de aldeias sentinelas; Fazer monitorização entomológica anual da taxa de infecciosidade de simuliídeos capturados nas bacias hidrográficas dos rios Geba e Corubal;	taxa de infecciosidade de simuliídeos capturados		< 5 por 10 00 moscas infectadas.
Tracoma				
Acesso e utilização dos serviços de saúde	Realizar campanhas IEC de higiene pessoal - limpeza facial e promoção da higiene das mãos para reduzir a transmissão; Promover a busca ativa de casos de triquíase na comunidade com recurso aos ASC; Melhorar o acesso das habitações à água e saneamento melhorado;			
Qualidade dos serviços	Distribuir azitromicina oral e pomada oftálmica de tetraciclina em massa a toda a população nas AS endémicas, exceto crianças com menos de 6 meses e grávidas, a fim de reduzir o reservatório do agente; Promover a cirurgia gratuita para triquíase em jovens > 14 anos e adultos a fim de reduzir o risco de cegueira; Elaborar protocolos clínicos para diagnóstico e tratamento de casos em AS hipoendémicas;	% da população alvo intervencionada;		≥85%
		Taxa de prevalência de triquíase na população alvo	2 a 6%	≤1%
Fortalecer as parcerias	Fortalecer as parcerias com as escolas para promoção da higiene pessoal em ambiente escolar;			
A situação dos RHS	Formar cirurgiões nas técnicas cirúrgicas adequadas para a triquíase;			

## Indicadores de impacto

Indicadores	Situação 2004-2008	Meta em 2022
-------------	--------------------	--------------

Prevalência da bilharziose nas AS intervencionadas	1-16%	<10%
% de filariose linfática por teste rápido (FTS)	1-24%	<1%
Prevalência da geohelmintíase nas AS intervencionadas	16-78%	<20%
Prevalência da lepra nas AS intervencionadas		< 1/10000 habitantes
Oncocercose – prevalência por prega cutânea para microscopia e teste rápido		< 1% em 100% das AS
Prevalência do tracoma ativo em crianças de 1 aos 9 anos nas AS intervencionadas	10-30%	< 5%

## Produtos esperados

Relatórios dos estudos de prevalência e entomológicos.

PEN de Luta Contra as Doenças Tropicais Negligenciadas 2016-2020 estendido até 2022.

Manual Técnico do Programa.

## Monitorização

Pelo Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários, com base em supervisão semestral e anual e durante as campanhas de distribuição de massa dos medicamentos e estudos de impacto pós campanhas de tratamento.

## Avaliação

Não está prevista avaliação a meio termo. É feita de uma forma continuada ao longo da implementação do projeto.

A avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação final do PEN por consultores externos. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação de luta contra as DTN.

## EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

Este programa insere-se entre os objetivos do ODS 13 - Reforçar a resiliência e a capacidade de adaptação a riscos relacionados com o clima e as catástrofes naturais em todos os Países.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 aponta que as populações guineenses estão sujeitas a epidemias e catástrofes naturais que, embora com alguma sazonalidade, incorporam também alguns elementos de imprevisibilidade. Destas realçam-se a recorrência dos surtos de cólera e as ameaças de problemas transfronteiriços como os do Ébola e febre-amarela.

## Orientações programáticas

A coordenação técnica do preparo e resposta às Emergências de Saúde Pública é da responsabilidade do INASA.

Esta coordenação é operacionalizada através do Centro Operacional de Emergência em Saúde criada por despacho ministerial 22/GMS/2015 de 11 Agosto.

A instalação do Centro passa por: mobilização de membros permanentes e eventuais; especificação dos mecanismos de ativação do Centro Operacional; definição de emergência de saúde; criação de uma rede nacional de preparo e resposta a emergências de saúde pública, incluindo estruturas de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos e outros produtos terapêuticos; articulação com os mecanismos de gestão do conhecimento em saúde incluindo a comunicação de risco epidemiológico aos cidadãos guineenses; manutenção e gestão dum fundo de resposta rápida; e definição de procedimentos operacionais padrão para o preparo e resposta a situações de emergência.

Quando a emergência pode constituir uma ameaça de importância internacional, cabe ao INASA ativar os mecanismos de resposta apropriados, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional, articulando-se com as autoridades sanitárias dos Estados membros da CEDEAO, regionais (OOAS) e com a OMS (Despacho 22/GMSP/2017 de 22 de maio), reforçando esta colaboração através do projeto REDISSE, recentemente aprovado.

O INASA deve trabalhar com os serviços de saúde no sentido de garantir que a resposta à emergência não negligencia a manutenção de uma resposta adequada dos serviços de saúde de rotina. Deve também trabalhar com os ministérios relevantes para garantir a manutenção de serviços essenciais (água, luz, transportes, etc.) e minimizar o impacto negativo na economia do País.

Junto com um sistema para responder às epidemias, a Guiné-Bissau também deve melhorar a preparação para emergências por meio da implementação do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). A OMS define a preparação para emergências como *“um programa de atividades de desenvolvimento de longo prazo cujos objetivos são fortalecer a capacidade geral e a capacidade de um país de gerenciar eficientemente todos os tipos de emergência e fazer uma transição ordenada de assistência para recuperação e desenvolvimento sustentável.”* Assim, as capacidades do governo e comunidades tem que ser fortalecidas através de:

- Análise e mapeamento de riscos e vulnerabilidade (Vulnerability and Risk Analysis and Mapping -VRAM);
- fortalecimento da vigilância epidemiológica;
- elaboração de planos de contingência e procedimentos para a gestão de desastres e emergências;

- fortalecer o INASA, outros departamentos do ministério, como o PAV e o DGASS e de outros ministérios relevantes e treinar profissionais de saúde em estruturas sanitárias chaves em gestão de desastres e ocorrências de saúde pública;
- Estabelecer e fazer a gestão de stocks de medicamentos, suprimentos e equipamentos de socorro;
- Identificar e fornecer meios de transporte antes do desastre;
- Comunicação de risco e mobilização social para a educação pública, conscientização e participação da comunidade nas actividades de gestão de emergências;
- Recolher, analisar e disseminar informações relacionadas às emergências e ameaças que poderão acontecer em cada região do país.

## Produtos esperados

Regulamentos do Centro Operacional de Emergência em Saúde.

Planos de contingência para a gestão de desastres e emergências.

Procedimentos Operacionais Padrão de Preparo e Resposta a Emergências de Saúde.

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

## DOENÇAS OU ENFERMIDADES NÃO TRANSMISSÍVEIS

A doenças ou enfermidade não transmissíveis são identificadas nos ODS:

- 3.4 Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar;

- 3.5 Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e uso nocivo do álcool;
- 3.6 Até 2020, reduzir a metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas;
- 3.9 Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo.

Estas problemáticas têm sido abordadas de uma forma incipiente na Guiné-Bissau.

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 identifica como prioritária a luta contra as doenças ou enfermidades não transmissíveis, como as doenças mentais, as doenças ocupacionais, a insuficiência renal, a hipertensão, os acidentes vasculares cerebrais, os traumatismos (resultantes de agressões interpessoais, acidentes de viação, quedas acidentais, envenenamento, queimaduras, intoxicações, minas, acidentes de trabalho), as anemias, a diabetes mellitus e os cancros mais prevalentes (mama e colo do útero na mulher e próstata e pulmão no homem). Estas doenças são as que mais sobrecarregam o País com a necessidade de evacuação para assistência médica no estrangeiro.

Os adolescentes e jovens estão também particularmente expostos aos riscos do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas, o que pode determinar sérios problemas no seu estado de saúde e no seu futuro socioeconómico. A pouca informação que temos sobre estes fatores de risco provém do MICS.

## Orientações programáticas

A situação das doenças e enfermidades não transmissíveis é desconhecida. Temos evidências indiretas pelo peso que estas doenças têm nas evacuações para assistência médica no estrangeiro.

Sendo assim, a prioridade é a realização de um inquérito STEPwise para doenças não transmissíveis, já em 2018 (com metodologia definida pela OMS).

Com base no Relatório do estudo STEPwise, proceder-se-á à elaboração, validação, adoção e implementação do PEN de Controlo das Doenças Não Transmissíveis 2018-2022. Este PEN deve propor medidas de substituição das evacuações por intervenções para reforço do sistema de saúde nacional, de forma a minimizar as evacuações para o estrangeiro.

## Produtos esperados

Relatório de caracterização das DNT na Guiné-Bissau 2018.

PEN de Controlo das Doenças Não Transmissíveis 2018-2022.

## Monitorização

Pelo Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários.

Inquéritos MICS de 4 em 4 anos.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PEN, será realizada uma avaliação por consultores externos, onde será feita a revisão dos indicadores propostos com vista a determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação final do PEN por consultores externos. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação de luta contra as DNT.

## OFERTA DE SERVIÇOS ESSENCIAIS

A PNS 2017 especifica que “através do Serviço Nacional de Saúde e, eventualmente, em parcerias com instituições privadas, com carácter lucrativo ou não, deve colocar-se à disposição, de uma percentagem cada vez maior de guineenses, cuidados de saúde acessíveis, sensíveis às questões do género e às incapacidades, seguros e gratuitos ou a um preço comportável, subvencionados, contribuindo para o desenvolvimento de um sistema universal de saúde”.

Para tal contemplam-se 3 eixos: oferta integrada de serviços nos diferentes níveis de cuidados; criação do complexo hospitalar de Bissau; e reforço da capacidade cirúrgica.

A DGECS tem um papel importantíssimo na operacionalização destes eixos do PNDS III, de forma a garantir progresso no sentido de garantir um serviço de saúde universal na Guiné-Bissau (ODS 3.8).

## OFERTA INTEGRADA DE SERVIÇOS NOS DIFERENTES NÍVEIS DE CUIDADOS

Este campo do PNDS está essencialmente dirigido para a consecução do OE 5 (melhorar a eficiência na prestação de serviços e utilização de outros recursos) embora possa vir a dar importantes contributos para o OE1, OE2 e OE4 e para as finalidades F1, F2 e F4 (Caixa 6).

## Orientações da Política Nacional de Saúde

Como referido na PNS 2017, no âmbito da oferta de serviços de saúde, o MINSAP deve dar a máxima prioridade aos CPS, sem descurar a correta organização e funcionamento

dos restantes níveis de referência (em todas as suas componentes) e garantindo a melhoria da eficácia, eficiência e rendimento hospitalares, aproximando os serviços às populações através da sistematização da prática dos ASC, do reforço da Estratégia Avançada, das equipas móveis, do desenvolvimento de um Sistema Integrado de Emergência Médica, da telemedicina e de parcerias contratualizadas com instituições dos setores privado e social, minimizando dessa forma as evacuações para o estrangeiro.

Em matéria de organização dos CPS, o Ministério da Saúde Pública deve inspirar-se na rica experiência nacional e nas recomendações da Conferência de Alma Ata e na Declaração de Ouagadougou de 2009, promovendo a integração de atividades a nível operacional, minimizando o recurso à operacionalização vertical dos programas de saúde.

Os CPS devem ainda compreender e desenvolver intervenções de educação para a saúde (que tratem de questões de saúde prioritárias), incluindo os estilos de vida saudáveis e a promoção de boas condições nutricionais e prevenção de doenças nutricionais, com base na comunidade, nas ES e nas escolas, de modo a abranger equitativamente todos os setores da população, com atenção especial às crianças, adolescentes (em particular as do sexo feminino), grávidas e lactantes.

Novas ES, como para a hemodiálise, devem corresponder a lacunas estratégicas do sistema nacional de saúde que, ao serem desenvolvidas, vão satisfazer necessidades insatisfeitas prementes e diminuir o recurso à evacuação para o estrangeiro.

O MINSAP deve ainda assegurar a melhoria da qualidade do atendimento aos utentes nas ES do sistema nacional de saúde, cujos trabalhadores deverão primar pelo humanismo e cortesia, devendo igualmente promover a melhoria da programação e organização do trabalho (e) das condições de biossegurança.

## Orientações estratégicas para oferta integrada de serviços

A operacionalização das orientações metodológicas dos Programas Nacionais Prioritários a nível das comunidades e das diferentes estruturas de saúde carece de orientações precisas para garantir uma convergência de esforços que promova a eficiência e minimize o desgaste do pessoal de saúde, mobilizando membros da comunidade e seus líderes, as famílias, os praticantes de medicina tradicional e as OSC parceiras da saúde assim como parceiros de financiamento, articulando-os com os serviços de saúde tanto públicos como privados, garantindo a descentralização e integração dos programas de saúde ao nível operacional.

A oferta integrada de serviços (OIS) deve ir ao encontro da especificação das ES no Plano de Desenvolvimento da Rede Sanitária (ver Mapa Sanitário).

A OIS deve ainda ser planeada como parte de Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022.

A OIS, sem negligenciar a assistência a outras enfermidades (conjuntivites, escabiose, constipações, etc.) deve ser orientada pelas recomendações dos Programas Nacionais Prioritários, pelos princípios da AIDI adaptada a nível das comunidades à promoção das 16 práticas familiares essenciais, como parte da abordagem integrada da assistência em contexto comunitário, que deve sair reforçado (apoiada nos ASC – ver anexo 1).

A OIS deve ser especificada para cada tipo de ES (casas das mães, CMI, CRN, CS tipos C, B e A; HR, centros de referência nacional), assim como para os respetivos serviços de apoio ao diagnóstico e terapêutica, recorrendo às TIC quando adequado (por exemplo para telemedicina). A telemedicina assume uma importância capital para diminuir a evacuação de doentes para o estrangeiro e deve ser dada a máxima prioridade na utilização efetiva do equipamento já instalado.

A OIS deve articular a atividade dos profissionais nos hospitais com os CS que para ele referenciam doentes.

Nas comunidades de maior densidade, como em Bissau, os CS numa mesma AS devem funcionar de uma forma articulada, integrando-os em Grupos Integrados de CS com uma equipa de gestão comum. Devem igualmente ser reativados/reforçados os CS existentes para funcionarem 24 sobre 24 horas para descongestionar o HNSM. A equipa de gestão deve articular-se com os serviços hospitalares relevantes para atendimento permanente nalguns dos CS e pós-laboral no hospital apoiado pelos médicos dos CS que não prestam serviços permanentes.

A OIS implica a clarificação de procedimentos de referência e contra-referência entre diferentes níveis de cuidados, mais uma vez baseando-se no Mapa Sanitário a ser definido.

Para aumentar o acesso a OIS devem ser reforçadas as equipas de técnicos nos CS mais dependentes da implementação da estratégia avançada equipando-as com os equipamentos necessários para uma oferta de serviços regular e previsível.

Nas RS com maior incidência de comunidades isoladas, deve, junto das DRS, estabelecer-se equipas móveis permanentes com um circuito regular e previsível das suas deslocações.

## Produtos esperados

11 Planos Regionais de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022 centrados na OIS a nível regional.

OIS deve ser especificada no Regulamento Geral das Unidades Sanitárias Dependentes do MINSAP.

Manual do formador de ASC (revisto).

Manuais de protocolos terapêuticos para os CPS.

Manuais de protocolos terapêuticos para urgências hospitalares.

Manual Integrado do Supervisor do ASC (revisto).

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

## CRIAR ECONOMIAS DE ESCALA NO COMPLEXO HOSPITALAR DE BISSAU.

Mais uma vez, este campo do PNDS está essencialmente dirigido para a consecução do OE 5 (melhorar a eficiência na prestação de serviços e utilização de outros recursos) embora possa vir a dar importantes contributos para o OE1, OE2 e OE4 e para as finalidades F1, F2 e F4 (Caixa 6).

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS 2017 é muito clara quanto à necessidade de não “descurar a correta organização e funcionamento dos (...) níveis de referência (...) garantindo a melhoria da eficácia, eficiência e rendimento hospitalares”

## Orientações estratégicas para o Complexo Hospitalar de Bissau

Em Bissau têm, nos últimos anos, aparecido um conjunto de hospitais, que foram construídos e instalados sem corresponder a nenhum plano diretor para o desenvolvimento das infraestruturas hospitalares na capital.

Desenvolveu-se uma situação de duplicação de serviços entre estruturas, perante uma escassez marcante de recursos, tanto humanos, como de diagnóstico e terapêutica

(anexo 12). Perdeu-se também o contato de orientação metodológica com a DGECS do MINSAP.

A pressão para evacuações não diminuiu, novos serviços continuam fechados (como os de hemodiálise e telemedicina) e muitos equipamentos não funcionam ou não são utilizados.

O complexo hospitalar das RS de Biombo e SAB concentram todos os centros nacionais de referência hospitalar e a maior concentração de hospitais privados (clínicas com internamento). Esta situação convida a pensar numa abordagem mais integrada da oferta dos serviços hospitalares.

Para tal, deve ser nomeada uma Comissão Instaladora do Complexo Hospitalar de Bissau com a obrigação de:

- Conduzir um diagnóstico da situação, como parte do processo de elaboração do Mapa Sanitário (ver secção relevante neste PNDS), recorrendo ao instrumento SARA (Inquéritos de Disponibilidade de Serviços e Avaliação de Prontidão) da OMS;
- Elaborar, com base no diagnóstico, um relatório específico sobre a situação do setor hospitalar em Bissau;
- Debater o Relatório numa Conferência Nacional de Consenso sobre o Desenvolvimento Hospitalar em Bissau;
- Com base na Declaração desta Conferência, elaborar, aprovar, adotar, custear e implementar um Plano de Desenvolvimento de um Complexo Hospitalar Único para Bissau, de gestão comum, com recursos partilhados, minimizando a duplicação de serviços e a sobreposição de valências.

Este Plano deve prever mecanismos de unir no Complexo ES de diversos setores, criando parcerias público-público, privado-privado ou público-privado se necessário. Estas parcerias deveriam ter um enquadramento jurídico próprio, evoluindo do modelo de parceria público-privado que já existem no País como exemplificado pelas convenções entre o Estado e ES confessionais.

Este Plano deverá ser financiado pelo Governo com ajuda dos parceiros e por receitas próprias, assim como por fundos do INSS que deverão ser redirecionados do financiamento de evacuações para apoio ao reforço de serviços que reduzirão a dependência de evacuações.

## Produtos esperados

Relatório do Diagnóstico de Disponibilidade de Serviços Hospitalares e Avaliação da sua Prontidão em Bissau 2017.

Declaração de Consenso sobre o Desenvolvimento Hospitalar em Bissau 2018.

Plano de Desenvolvimento de um Complexo Hospitalar Único para Bissau 2018-2022.

Quadro legal para enquadramento de parcerias de ES de vários setores 2017.

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

## REFORÇO DA CAPACIDADE CIRÚRGICA.

Mais uma vez, este campo do PNDS está essencialmente dirigido para a consecução do dos OE1 e OE2 e para as finalidades F1, F2 e F6 (Caixa 6).

## Orientações da Política Nacional de Saúde

A PNS reconhece a importância de melhorar o acesso a equipas cirúrgicas [cirurgião (ou técnico de cirúrgica), anestesista (ou técnico de anestesia), enfermeiro instrumentista e anatomopatologista]. Reconhece também a importância de patologias responsáveis por mortalidade vulnerável à intervenção cirúrgica, nomeadamente a mortalidade materna, traumas (agressões interpessoais, acidentes de viação, quedas acidentais, envenenamento, queimaduras, intoxicações, minas, acidentes de trabalho) e cancros como próstata, mama e colo do útero.

## Orientações estratégicas para reforço da capacidade cirúrgica

O desenvolvimento dos serviços de cirurgia no País devem ser orientados por um Plano de Acesso a Serviços de Cirurgia Essenciais, a ser desenvolvido com base no Mapa Sanitário e em articulação com o desenvolvimento do Complexo Hospitalar de Bissau e o PNSR.

Com base no Mapa Sanitário, devem posicionar-se serviços de cirurgia geral em todos os HR e CS tipo A.

Os serviços de cirurgia geral devem ser apoiado por pelo menos 2 equipas cirúrgicas funcionais em todas as ES com capacidade cirúrgica.

Com base no Mapa Sanitário devem colocar-se serviços de cirurgia especializados (pelo menos de ortopedia, oftalmologia, obstetrícia & ginecologia e pediatria) em centros de referência, como parte do Complexo Hospitalar de Bissau.

Os serviços de cirurgia devem beneficiar de um pacote mínimo de serviços de apoio: cuidados intensivos, banco de sangue funcional, serviços de anatomopatologia e disponibilidade de oxigénio.

O acesso aos serviços de cirurgia deve ser reforçado através de equipas multidisciplinares em cirurgias de campanha nas ES das RS com infraestruturas adequadas, mediante um programa aprovado trimestralmente.

Para ultrapassar as deficiências na disponibilidade de sangue para fins terapêuticos, as doações de rotina devem ser complementadas por campanhas de captação de doadores, que devem estar articuladas com as deslocações das equipas de cirurgia de campanha, e trimestrais para garantia do stock no Complexo Hospitalar de Bissau.

## Produtos esperados

Plano de Acesso a Serviços de Cirurgia Essenciais 2018-2022.

Pelo menos 2 equipas cirúrgicas funcionais em todas as ES com capacidade cirúrgica.

Funcionamento de serviços de cirurgia geral em todos os HR e CS tipo A.

Funcionamento de serviços de cirurgia geral e especializados (ortopedia, obstetrícia & ginecologia e pediátrica) no Complexo Hospitalar de Bissau.

Calendário para a realização de campanhas regulares de colheita de sangue para fins terapêuticos.

## Monitorização

Mecanismos a serem especificados pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e aprovados pelo CCSS.

## Avaliação

Avaliação a meio termo: após dois anos e meio de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores, da implementação do PNDS III para determinar a necessidade de readaptar as estratégias.

Avaliação final: no fim dos cinco anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS III. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

Os avaliadores são nomeados pelo CCSS sob proposta do Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e reportam diretamente ao CCSS.

# ANEXO 1. ATIVIDADES ESPERADAS, OS EQUIPAMENTOS NECESSÁRIOS E OS INCENTIVOS DOS AGENTES DE SAÚDE COMUNITÁRIA (ASC)

Estas atividades deverão ser evistas conjuntamente pelo coordenadores dos 10 programas prioritários, para identificar adaptações que correspondam às necessidades destes programas, que devem então garantir uma contrapartida, financeira e não só, na manutenção dos ASC.

## Descrição de um dia típico do ASC

Cada ASC estabelece o seu calendário quotidiano e gere as suas atividades de acordo com o tempo, a estação e o espaço tentando aproximar-se do seguinte calendário:

Uma vez por dia:

- visita de seguimento das crianças tratadas na véspera de acordo com o calendário/doença.
- visita a domicílio (VAD) para:
  - seguimento: de RN, grávidas, novas mães para deteção e evacuação no caso de sinais de perigo; utentes a usar contraceptivos (de acordo com o contexto).
  - em cerca de 2-10 famílias para seguimento da implementação das práticas familiares essenciais (PFE), conselhos às famílias visadas, avaliação das 5 práticas chave: lavagem das mãos com sabonete, consumo de água potável, utilização de latrina funcional, mosquiteiro, consumo de sal iodado e vacinação das crianças < 1 ano.

Cada dois dias: visita, consulta curativa, conversa educativa, atividade de promoção dos PFE nas 3 aldeias satélite ou bairros dispersos.

Um vez por semana:

- demonstração culinária na aldeia base, 1 bairro ou 1 aldeia satélite.
- conversa educativa ou animação com grupos de mulheres (frequentemente no local de trabalho), parteiras, grupos de jovens (raparigas/rapazes) ou outros grupos alvo.
- seguimento de cada criança malnutrida durante 4 semanas.
- seguimento dos doentes sob antituberculosos e crianças em famílias onde vive um tuberculoso.

Cada 15 dias:

- seguimento de cada criança malnutrida durante dois meses.
- visita/conversa educativa numa escola da aldeia base ou madraça, escola muçulmana, creche ou uma vasta área com muitos bebés.

Um vez por mês:

- apoio à estratégia avançada (Caixa 2): busca das crianças e grávidas para seguimento, mobilização dos alvos, participação no rastreio nutricional (altura/peso).
- medição do perímetro braquial de todas as crianças dos 6-59 meses com fita de Shakir ou MUAC.

O horário a cumprir deve aproximar-se das seguintes recomendações:

- uma atividade não ultrapassa os 45m-1h30 (retardatários),
- um pacote de atividades não ultrapassa as 2h-3h,
- um dia de trabalho não ultrapassa as 5-9 horas no máximo.
- as urgências e exceções são geridas caso a caso.

## Pacote preventivo e promocional das atividades dos ASC

- Comunicação para a Mudança de Comportamento,
- Promoção de práticas familiares essenciais adotadas a nível nacional,
- Promoção e seguimento do crescimento e conselhos nutricionais adequados,
- Apoio à estratégia avançada (partilha de informações, evacuação, procura ativa dos perdidos de vista)
- Distribuição com Base Comunitária dos produtos não medicinais e/ou aprovados incluindo contraceptivos,
- Administração de produtos e distribuição de insumos durante as campanhas de massa (vitamina A, Vacina Polio Oral, desparasitante; Mosquiteiros impregnados de ação prolongada).

## Pacote curativo das atividades dos ASC

- Reconhecimento e evacuação em caso de sinais de perigo nos RN, crianças, mulher grávida e mulher após o parto;
- A assistência de base comunitária dos casos simples: paludismo pelos ACT após confirmação pelos TDR; Pneumonia por Amoxicilina, diarreia por SRO/Zinco, Desnutrição aguda moderada por farinhas enriquecidas, plumpy sup e outros medicamentos aprovados;
- Cuidados simples ao RN ao longo dos VAD em J1, J3 e J5,
- Planificação familiar incluindo os
- Rastreio, evacuação dos casos de desnutrição aguda severa (com o MUAC ou banda Shakir);
- Apoio à vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e não transmissíveis;
- Planificação familiar: distribuição de preservativos e administração de pílulas orais combinadas, progestativas e urgentes (pílulas do dia seguinte);
- Seguimento dos doentes sob antituberculosos e de crianças em famílias onde vive um tuberculoso;
- Manutenção correta e regular dos suportes de dados e respetivo envio ao CS.

## Equipamentos, medicamentos e insumos para as atividades dos ASC

- Kit de comunicação: imagens, desdobráveis para as famílias, materiais de demonstração
- Crachá
- Meio de locomoção adaptado
- Caderno/registo/ficha de tratamento e de colheita e transmissão dos dados
- Lápis e canetas
- Material para os casos de pneumonia, paludismo, diarreia, desnutrição, planificação familiar e Cuidados simples aos RN
- Produto para a Pretação dos Cuidados com base comunitária
- Sensibilização sobre VIH e TDR (crianças com menos de 5 anos)
- SP/AQ para a quimioprofilaxia sazonal do paludismo
- Amoxicilina (crianças com menos de 5 anos),
- SRO, Zinco,
- Paracetamol, xarope de carbocisteína,
- Contraceptivos: preservativo, colar, pílulas, espermicidas,
- Produto para tratamento da água (lixívia, comprimidos de cloro)
- Kit de controlo da qualidade do sal iodado
- Kit de controlo do cloro residual (nas aldeias em áreas com saúde em risco)
- Kit de lavagem das mãos + Sabonete
- Kit de conservação dos produtos: caixas em madeira, bolsas, + suportem
- Materiais de rastreio da Desnutrição
- Caixa farmacêutica em madeira/armário
- Produto de distribuição para campanhas de massa
- Outros materiais: luvas a granel, lanterna, impermeável, botas, calculadora, etc.

## Incentivos ao bom desempenho dos ASC

- Incentivo em espécie (produtos oriundos da área agro pastoral, prestação de serviços por trabalhos campestres, etc.),
- Indemnidades (pagas aquando das formações, campanhas, reuniões),
- Consultas gratuitas,
- Formação/reciclagens,
- Para além dos mecanismos acima enumerados, um incentivo de 30.000 FCFA deveria ser entregue mensalmente ao ASC com base num contrato de desempenho que determinaria os critérios de afetação e os resultados a atingir. Este financiamento, próximo do salário mínimo nacional, foi um compromisso do Governo de incluir uma linha orçamental para financiar os ASC. No momento atual os ASC não recebem mais de 6000 a 8000 FCFA, financiados pela UE através da UNICEF para as ONG que os supervisionam.

O seu trabalho é apreciado numa reunião de coordenação trimestral entre as ERS, as ONG, geralmente com a participação da UNICEF e da DGPPS.

Os **principais parceiros na implementação dos ASC** estão listados no Quadro seguinte

REGIÃO	ONG PARCEIRA	TIPO PROJETO	FINANCIADOR
BAFATA	PLAN	EU/Saúde	UE/UNICEF
BIOMBO	VIDA	PIMI 1	UE/UNICEF
BOLAMA	MdC	Eu/Saúde	UE/UNICEF/H4+/GF
BIJAGOS	MdC	Eu/Saúde	UE/UNICEF/H4+/GF
CACHEU	VIDA	PIMI 1	UE/UNICEF
FARIM	ADPP	PIMI 1	UE/UNICEF
GABU	AIFO	PIMI 1/H4+	UE/Suécia/Unicef/H4+
OIO	ADPP	PIMI 1	UE/UNICEF
QUINARA	AMI	H4+/EU Saude	Suécia/UNICEF/UE/GF
TOMBALI	PLAN	Eu/Saúde	UE/UNICEF/GF
SAB	VIDA	Eu/Saúde	UE/UNICEF/GF

## ANEXO 2. ATRIBUIÇÕES DOS DIFERENTES TIPOS DE CS

Os diferentes CS do País estão sob a dependência direta das RS e subdivididas em AS. Cada uma dessas AS está em setores administrativos e são responsáveis por um ou mais CS; isso significa que cada setor administrativo pode abarcar uma ou duas AS, mas não no sentido inverso (uma AS nunca cobre dois setores). Este critério é importante ao nível local por causa da coordenação intersectorial a nível das comunidades. A colocação dos CS deve ser melhor analisada na revisão do MS e quiçá na descentralização das RS (ver proposta organigrama Anexo 9). Dependendo da associação com outros serviços (CDT do Programa da Tuberculose, CTA para o VIH/SIDA, ou CRENAG para a reabilitação nutricional em ambulatório) ainda podem ser apoiados por serviços de imagiologia, de laboratório e de cozinha

### Centros de Saúde de tipo C:

- O CS C é a norma para os CS na Guiné-Bissau.
- Urbanos – são os CS tipo nas grandes cidades, para uma população de grande densidade; têm pelo menos um médico. Não têm internamento e não prestam serviços permanentes.
- "Bijagós" - CS que oferece o PMA, para uma população dispersa nas ilhas do arquipélago dos Bijagós. Geralmente sem médico. Fortemente dependente da estratégia avançada.

### Centros de saúde de tipo B:

- Rurais, que devido à distância do HR e ao isolamento, têm camas (de observação e de hospitalização) e médicos; a maior parte da antiga categoria "Hospital de Setor" está classificada como CS "B";
- Urbanos, só no SAB, com maternidade e serviço de urgência de 24 horas e médicos.

### Centros de saúde de tipo A:

Estão localizados em zonas com difícil acesso ao HR mais próximo. Para além das características mencionadas em relação aos CS "B", terão a possibilidade de certas intervenções e acesso a tecnologias que normalmente são reservadas aos HR como, por exemplo, cirurgia de urgência, transfusão sanguínea, etc. A caracterização atual destes CS pode ser vista no anexo 3 (ver também quadro 21 para proposta de dotação mínima de pessoal).

## ANEXO 3. CARATERIZAÇÃO DOS CS TIPO A

Centro de Saúde Tipo A	Camas 2015	RHS	Sangue	Capacidade cirúrgica	Comentários
Centro de Saúde Tipo A de São-Domingas em Cacheu	20	3 Médicos Cli. Geral 1 Enfermeiro Superior 9 Enfermeiros Curso Geral 1 Enfermeiro Auxiliar 3 Parteiras Curso Geral 1 Tec Farmácia 1 Tec Oftalmologia 1 Assistente Social 1 Administrador 1 Lic. Contabil Financeira 1 Lic. Serviço Social 2 Serventes	Existe banco de sangue	Existe bloco operatório	O Centro de Saúde e a Residência estão em boas condições.
Centro de Saúde Tipo A de Bubaque em Bijagós	50	2 Médicos Cli. Geral 3 Enfermeiros Superior 20 Enfermeiros Curso Geral 3 Enfermeiros Auxiliar 1 Enfermeira Esp. Gestão Saúde Parteira Curso Geral 2 Tec. Superior 1 Tec Médico 3 Tec lab 1 Tec Oftalmologia 4 Tec Farmácia 1 Aux. Estatística	Há banco de sangue, mas não funciona	Há um bloco operatório em construção	O Centro está em condições razoáveis. A residência está em más condições.
Centro de Saúde Tipo A de Bolama em Bolama	27	1 Exator (contratado) 1 Diretor de Hospital 1 Enfermeiro Auxiliar 1 Enfermeiro Especialista 13 Enfermeiro Geral 1 Motorista (contratado) 1 Parteira 3 Servente 4 Servente (4 contratado) 1 Tec. Farmácia 2 Tec. Laboratório	Não há banco de sangue	Há um bloco operatório mas não funciona	O Centro está em condições razoáveis. Tem 5 residências, três estão em boas condições e 2 estão em más condições.
Centro de Saúde Tipo A de Tite em Quinara	30	1 Médico Cli. Geral 9 Enfermeiros Curso Geral 2 Tec Lab 3 Serventes	Não existe banco de sangue	Há uma sala de cirurgia, mas não há pessoal ou equipamento	O Centro está em boas condições. A residência está em condições razoáveis.
Centro de Saúde Tipo A de Farim em Farim	32	1 Médico C. Geral 2 Administradores (1 Diretor CS T A) 1 Médico C. Geral especialista em Oftalmologia 12 Enfermeiros C. Geral (2 com especial. Cirurgia) 2 Técnicos de Labo 1 Auxiliar Farmacia 1 Assistente Social 1 Exator 1 Condutor (cantratado) 4 Serventes (contratados)	Não existe banco de sangue	Não existe sala para cirurgia	Em curso instalação de 1 banco de sangue.  Em curso algumas reparações para fazer funcionar Bloco operatório

**Nota:** Centro de Saúde Tipo A em construção em Buba Região de Quinara

## ANEXO 4 LISTA DE ESTRUTURAS SANITÁRIAS DO PAÍS

Região Sanitária	Estrutura sanitária	Funcionalidade
Bafata	C.S. Xitole	Precisa reparação
	H.R. Bafata	Razoável
	C.M.I. Bafata	Razoável
	C.S. Bambadinca	Razoável
	C.S. Cambadju	Precisa reparação
	C.S.Cuntuboel	Precisa reparação
	C.S.Fajonquito	Razoavel
	C.S.Galomar Cossé	Precisa reparação
	CS Gã-Ture	Precisa reparação
	CS Gã-Carnes	Precisa reparação
	CS Geba	Mau
	CS Tantan Cossé	Precisa reparaçãoavel
	CS Gã-Mamudo	Precisa reparação
	CS Sare Bacar	Razoável
	CS Tendinto	Precisa reparação
CS Intcombe	Mau	
Total	16	
Bijagos	C.S.Unhocomo	Mau, têm pessoal e funciona
	C.S.Bubaque	Razoável
	C.S.Caravela	Precisa reparação
	C.S.Uracane	Precisa reparação
	CS Canhabaque	Razoável
	CS Formosa	Precisa reparação
	CS Orango grande	Razoavel
	CS Uno	Precisa reparação
	Orangozinho	Precisa reparação
	C.S. Soga	Precisa reparação
C.S.Canogo	Razoavel	
Total	11	
Biombo	CMI Ondame	Mau
	C.S.Dorse	Razoável
	C.S.Quinhamel	Bom
	CMI Quinhamel	Bom
	Hospital Cumura	Bom
	CS Safim	Razoável
	CS Ilonde	Razoável
	CS Prabís	Razoável
	Posto Samaritana Ondame	Razoavel
	CS Bijimita	Razoável
Total	10	
SAB	CMI	Precisa reparação
	C.S.Ajuda	Razoável
	C.S.Antula	Razoável
	C.S.Bairro Militar	Razoável
	C.S.Bandim	Razoável
	C.S.Belém	Razoável
	C.S.Cuntum	Mau a funcionar
	C.S.Luanda	Razoável
	C.S.Plaque II	Razoável
	C.S.Quilele	Falta espaço a funcionar
	CdS de Missira	Não existe estrutura física
	CdS de Pefine	Idem
	CdS de Sintra-Nema	Idem
	CdS de Santa-Luzia	Idem
CdS de Cuntum Madina (ambulatório pediátrico – Caritas)		
Total	15	
Bolama	C.S.Bolama	Precisa reparação
	CS Gã-Tongho	Razoavel
	CS Ilha das Galinhas	Precisa reparação
	CS Gã-Marques	Razoavel
	CS Wato	Precisa reparação

Região Sanitária	Estrutura sanitária	Funcionalidade
Total	5	
Cacheu	C.S.Iilha de Geta	
	C.S. Cacheu	Razoavel
	C.S. Ingoré	Bom
	C.S. Varela	Razoavel
	C.S.Bigene	Razoavel
	C.S.Caio	Precisa reparação
	C.S.Calequisse	Precisa reparação
	C.S.Pixice	Mau
	C.S.S.Domingos	Bom
	C.S.Sedengal	Precisa reparação
	CMI Canchungo	Precisa reparação
	CS Bula	Razoavel
	H.R.Cantchungo	Razoavel
	CS Suzana	Razoavel
	CS Batucar	Precisa reparação
	CS Barro	Razoavel
	CS Bará	Precisa reparação
	CS Carrengue	Precisa reparação
	CS Pelundo	Razoavel
	CS Djolmet	Precisa reparação
	CS Jeta	Precisa reparação
	CS Có	Precisa reparação
Total	22	
Farim	C.S. Farim	Razoavel
	CS Binta	Bom
	CS Candjambari	Bom
	CS Cuntima	Bom
	CS Guidadje	Bom
	ONG Nadel	Bom
Total	6	
Gabú	HR Gabú	Razoavel
	C.S. de Beli	Bom
	C.S.Buruntuma	Bom
	C.S.Candjufa	Bom
	C.S.Pirada	Bom
	C.S.Pitche	Mau
	C.S.Sonaco	Razoável
	CMI Gabú	Razoável
	CS Banjocunda	Bom
	CS Cancisse	Bom
	CS Canjadude	Razoável
	CS Canquelifa	Bom
	CS Dandum	Razoável
	CS Dara	Razoável
	CS Fasse	Mau
	CS Mafanco	Bom
	CS Mansadjan	Mau
	CS Paunca	Razoavel
	CS Tumanna	Bom
CS Lugadjól	Mau	
H.R.Gabú	Razoavel	
Total	21	
Oio	C.S.Mansaba	Bom
	C.S.Bissorã	Bom
	C.S.Nhacra	Bom
	CMI Nhoma	Bom
	CS Irma Valeria	Bom
	CS Binar	Bom
	CS Encheia	Bom
	CS Gã-Mamudo	Bom
	CS Mores	Bom
	CS Olossato	Bom
	CS Portugole	Bom
	H.Mansoa	Bom
Total	12	
Quinará	C.S.Buba	Bom
	C.S.Tite	Precisa reparação
	CS Brandão	Bom
	CS Dar- Es-Salam	Razoavel
	CS Empada	Razoavel

Região Sanitária	Estrutura sanitária	Funcionalidade
	CS Fulacunda	Razoavel
	CS Gampara	Precisa reparação
	CS de Indjassane	Razoável
	CS Djabada Porto	Bom
	CS de Banta	Razoável
	CS Nhala	Não funciona
	CS Bissassema	Não funciona – Existe ES
	CS Ga Gregorio	Não existe Estrutura física
	CS Gã-Para	Não funciona – em reparação
Total	14	
Tombali	C.S.Komo	Precisa reparação
	C.S.Quebo	Razoavel
	CS Bedanda	Precisa reparação
	CS Cacine	Razoável
	CS Sanconha	Precisa reparação
	H.R.Catio	Razoavel
	CS Cassaca	Precisa reparação
	CS Timbo	Precisa reparação
	CS Cassumba	Razoavel
	CS Saltinho	Precisa reparação
	CS Mato Forroba	Precisa reparação
	CS Cabossangue	Precisa reparação
	CS Calaque	Precisa reparação
	CS Iemberem	Precisa reparação
	CS Cabudo	Precisa reparação
	CS Bocana	Razoável
	CS Tchugue	Precisa reparação
	CS Catchamba	Precisa reparação
	CS Catungo	Não funciona, destruído
	CS Manpata	Mau
CS Unal	Precisa reparação	
Total	21	
TOTAL GERAL	153	

## ANEXO 5. CARACTERIZAÇÃO E LISTAGEM DOS CENTROS DE TRATAMENTO AMBULATORIO DO VIH/SIDA

Região Sanitária	Sítio de VIH-SIDA	ATV	PTMF	TARV	Comentários
Bafatá	5 CTA	X	X	X	
	10 locais com	X	X		Incluindo 1 CMI
Bijagos	1 CTA	X	X	X	
	9 locais com	X	X		
Biombo	2 CTA	X	X	X	
	8 locais com	X	X		
Bissau	8 CTA	X	X	X	Incluindo HNSM, Hospital Militar Principal, Céu e Terras, Cida Alternag
	2 CTA	X		X	Incluindo C.S.Ambulatorio Pediatrico, Ministerio Interior-Sarec
	16 locais com	X	X		Incluindo Cons.médico de APGB, Posto Sanitario de Casa Emanuel, CMI
	4 locais com	X			Incluindo Cons. médico de Marinha Nacional, LNSP, H. Raoul Folloreau, AGUIBEF
Bolama	1 CTA	X	X	X	
	4 locais com	X	X		
Cacheu	5 CTA	X	X	X	
	16 locais com	X	X		Incluindo 1 CMI
Farim	2 CTA	X	X	X	
	3 locais com	X	X		
	1 local com	X			ONG Nadel
Gabú	C7 CTA	X	X	X	Incluindo 1 CMI
	12 locais com	X	X		
Oio	2 CTA	X	X	X	
	9 locais com	X	X		
Quinará	3 CTA	X	X	X	
	6 locais com	X	X		
Tombali	4 CTA	X	X	X	
	12 locais com	X	X		

### Lista dos locais de aconselhamento/rastreo/prevenção e tratamento do VIH/SIDA

Região Sanitária	Sítio de VIH-SIDA	ATV	PTMF	TARV
Bafata	C.S. Xitole	1	1	0
	H.R. Bafata	1	1	1
	CMI Bafata	1	1	0
	C.S. Bambadinca	1	1	1
	C.S. Cambadju	1	1	1
	C.S.Cuntuboel	1	1	1
	C.S.Fajonquito	1	1	0
	C.S.Galomar Cossé	1	1	1
	CS Ganture	1	1	0
	CS Gancarnes	1	1	0
	CS Geba	1	1	0
	CS Tanta Cossé	1	1	0
	CS Gã-Mamudo	1	1	0
	CS Sare Bacar	1	1	0
CS Tendinto	1	1	0	
<b>Bafata Total</b>	<b>Sítio de VIH-SIDA</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>5</b>
Bijagos	C.S.Unhocomo	1	1	0
	C.S.Bubaque	1	1	1
	C.S.Caravela	1	1	0
	C.S.Uracane	1	1	0

Região Sanitária	Sítio de VIH-SIDA	ÁTV	PTMF	TARV
	CS Canhabaque	1	1	0
	CS Formosa	1	1	0
	CS Orango grande	1	1	0
	CS Uno	1	1	0
	C.S. Soga	1	1	0
	C.S.Canogo	1	1	0
<b>Bijagos Total</b>	<b>Sítio de VIH-SIDA</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>1</b>
Biombo	CMI Ondame	1	1	0
	C.S.Dorse	1	1	0
	C.S.Quinhamel	1	1	1
	CMI Quinhamel	1	1	0
	Hospital Cumura	1	1	1
	CS Safim	1	1	0
	CS Ilonde	1	1	0
	CS Prabis	1	1	0
	Posto Samaritana Ondame	1	1	0
CS Bijimita	1	1	0	
<b>Biombo Total</b>	<b>Sítio de VIH-SIDA</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
Bissau	AGUIBEF	1	1	0
	Banco de sangue	1	0	0
	CMI	1	1	0
	C.S.Ajuda	1	1	0
	C.S.Ambulatorio Pediatrico	1	1	0
	C.S.Antula	1	1	1
	C.S.Bairro Militar	1	1	1
	C.S.Bandim	1	1	1
	C.S.Belém	1	1	0
	C.S.Cuntum	1	1	0
	C.S.Luanda	1	1	0
	C.S.Plaque II	1	1	0
	C.S.Quilele	1	1	0
	Cons. médico de Marinha Nacional	1	0	0
	Cons.médico de APGB	1	1	0
	H. Raul FIlloreau	1	0	0
	HNSM	1	1	1
	Hospital Militar Principal (HM)	1	1	1
	LNSP	1	0	0
	Ministerio Interior-Sarec	1	0	1
Posto Sanitário de Casa Emanueli	1	1	0	
ONG Ceu e Terras (C&T)	1	1	1	
ONG Cida Alternag (C&A)	1	1	1	
<b>Bissau Total</b>	<b>Sítio de VIH-SIDA</b>	<b>23</b>	<b>18</b>	<b>8</b>
Bolama	C.S.Bolama	1	1	1
	CS Gantongho	1	1	0
	CS Ilha das Galinhas	1	1	0
	CS Gã-Marques	1	1	0
	CS Wato	1	1	0
<b>Bolama Total</b>	<b>Sítio de VIH-SIDA</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>1</b>
Cacheu	C.S.Ilha de Geta	1	1	0
	C.S. Cacheu	1	1	0
	C.S. Ingoré	1	1	1
	C.S. Varela	1	1	1
	C.S.Bigene	1	1	0
	C.S.Caio	1	1	1
	C.S.Calequis	1	1	0
	C.S.Pixice	1	1	0
	C.S.S.Domingos	1	1	1
	C.S.Sedengal	1	1	0
	CMI Canchungo	1	1	0
	CS Bula	1	1	0
	H.R.Cantchungo	1	1	1

Região Sanitária	Sítio de VIH-SIDA	ÁTV	PTMF	TARV
	Posto de Saúde Djolmete	1	1	0
	CS Suzana	1	1	0
	CS Batucar	1	1	0
	CS Barro	1	1	0
	CS Bará	1	1	0
	CS Carrengue	1	1	0
	CS Pelundo	1	1	0
	CS Có	1	1	0
Cacheu Total	Sítio de VIH-SIDA	21	21	5
Farim	C.S. Farim	1	1	1
	CS Binta	1	1	0
	CS Candjambari	1	1	0
	CS Cuntima	1	1	1
	CS Guidadje	1	1	0
	ONG Nadel	1	0	0
Farim Total	Sítio de VIH-SIDA	6	5	2
Gabú	C.S. de Beli	1	1	0
	C.S.Buruntuma	1	1	1
	C.S.Candjufa	1	1	1
	C.S.Pirada	1	1	1
	C.S.Pitche	1	1	1
	C.S.Sonaco	1	1	1
	CMI Gabú	1	1	1
	CS Banjocunda	1	1	0
	CS Cancisse	1	1	0
	CS Canjadude	1	1	0
	CS Canquelifa	1	1	0
	CS Dandum	1	1	0
	CS Dara	1	1	0
	CS Fasse	1	1	0
	CS Mafanco	1	1	0
	CS Mansadjan	1	1	0
	CS Paunca	1	1	0
	CS Tumanna	1	1	0
H.R.Gabú	1	1	1	
Gabú Total	Sítio de VIH-SIDA	19	19	7
Oio	C.S.Mansaba	1	1	0
	C.S.Bissorã	1	1	1
	C.S.Nhacra	1	1	0
	CMI Nhoma	1	1	0
	CS Binar	1	1	0
	CS Encheia	1	1	0
	CS Gã-Mamudo	1	1	0
	CS Mores	1	1	0
	CS Olossato	1	1	0
	CS Portugole	1	1	0
	H.Mansoa	1	1	1
Oio Total	Sítio de VIH-SIDA	11	11	2
Quinara	C.S.Buba	1	1	1
	C.S.Tite	1	1	1
	CS Brandão	1	1	0
	CS Dar- Es-Salam	1	1	0
	CS Empada	1	1	1
	CS Fulacunda	1	1	0
	Posto sanitário de Indjassane	1	1	0
	CS Djabada Porto	1	1	0
Posto sanitário de Banta	1	1	0	
Quinará Totaa	Sítio de VIH-SIDA	9	9	3
Tombali	C.S.Komo	1	1	0
	C.S.Quebo	1	1	1
	CS Bedanda	1	1	1

Região Sanitária	Sítio de VIH-SIDA	ATV	PTMF	TARV
	CS Cacine	1	1	1
	CS Sanconha	1	1	0
	H.R.Catio	1	1	1
	CS Cassaca	1	1	0
	CS Timbo	1	1	0
	CS Cassumba	1	1	0
	CS Saltinho	1	1	0
	CS Mato Forroba	1	1	0
	CS Cabossangue	1	1	0
	CS Calaque	1	1	0
	CS Iemberem	1	1	0
	CS Cabudo	1	1	0
	CS Bocana	1	1	0
Tombali Total	Sítio de VIH-SIDA	16	16	4
GUINE-BISSAU		145	139	40

DRAFT

## ANEXO 6. CENTROS DE RECUPERAÇÃO NUTRICIONAL

As atividades de reabilitação nutricional são conduzidas de acordo com um protocolo nacional padrão<sup>155</sup>.

Critérios de seleção para implementação de um CRENI.

CRENI – centro de recuperação e educação nutricional em regime de internamento	
Infraestrutura	Técnicos saúde
Sala avaliação nutricional	Médico
Copa para preparação F75 e medicamentos a distribuir	Enfermeiros
WC com sanitários e chuveiros	Técnico de laboratório
Cozinha e refeitório para cuidadores	
Armazém de medicamentos e produtos terapêuticos	
Sala para internamento desnutrição aguda grave (DAG)	
Laboratório de análises clínicas	

Critérios de seleção para implementação de um CRENAG.

CRENAG – centro de recuperação e educação nutricional ambulatório para desnutridos graves		
Localização	Infraestrutura	Técnicos de saúde
O mais próximo da comunidade	Sala de espera abrigada do sol	Enfermeiro
Pode estar nas instalações de um CRENI	Sala de avaliação nutricional e teste do apetite	Auxiliar de enfermagem
Locais de elevada prevalência de desnutrição => maior nº de CRENAGs	Sala de observação e anamnese	
Acessíveis a pé (raio de 5 a 10Km)	Armazém seguro para produtos terapêuticos	

Lista dos CRENI

REGIÃO	ÁREA SANITÁRIA	Capacidade	Equipamento	RH	Comentarios/Obser
SAB	B. Militar	1	EST	Não tem pessoal específico	
	HNSM	20 camas	2 Toesas		
BIOMBO	Hospital Cumura	10 camas	2 Balanças Electrónicas Adulto Seca	Existe sim um ponto focal que também acumula outras funções na DRS ou na AS	Sala específico p Desnut.
	Bor				
	C S Quinhamel	20 camas			
OIO	C S Mansoa	5 camas	2 Balanças Electronica Criança Seca		Sala conjunta adultos
	C S Bissorã	6 camas			Sala especif. Desnutridos
FARIM	C S Farim	6 camas	Kits de cozinha ( 2 panelas, 1 balde, 4 tigelas pequenas de alumínio. 4 copos de plástico vermelhos)		
CACHEU	C S S. Domingos	3 camas			
	C S Ingoré	3 camas			
	CRN Bula				
BAFATÁ	Hospital Bafatá	7 camas			
	C S Bambadinca				
	C S Contuboeil				
GABÚ	Gabú	6 camas			
	Sonáco				
TOMBALI	C S Catió	11	3 ou 4 camas dos serviços de Pediatria		
QUÍNARA	C S Buba	9 camas			
	C S Tite	8 camas			
BOLAMA	C S Bolama	2 camas			
BIJAGÓS	Hospital Bubaque	4 camas			

155 Ministério da Saúde Pública e da Solidariedade Social, Direção de Serviços de Alimentação, Nutrição e Sobrevivência da Criança (2013). Protocolo Nacional de Gestão Integrada de Desnutrição Aguda. Guiné-Bissau.

## Lista dos CRENAG

REGIÃO	Área sanitária	Equipamento padrão	RH	Dias de funcionamento
SAB	B. Militar	2 Toesas	Não tem pessoal específico  Existe sim um ponto focal que também acumula outras funções na DRS ou na AS	3ª feira
	CMI Bissau	2 Balanças Electrónicas Adulto Seca		3ª feira
	Plack II			
	HNSM			
BIOMBO	Hospital Cumura	2 Balanças Electronica Criança Seca  Kits de cozinha ( 2 panelas, 1 balde, 4 tigelas gequenas de aluminium. 4 copos de plástico vermelhos).		3ª / 5ª-Feira
	C SQuinhamel			4ª feira
	CMI Ondame – Bom Samaritano			4ª feira
OIO	C S Mansoa			3ª feira
	C S Bissorã			4ª feira
	C S Gã-Mamudo			3ª feira
	C S Morés			3ª feira
	C S Nhacra			2ª feira
	C S Olossato			3ª feira
	C S Portugal			5ª feira
	C S Binar			6ª feira
	CRN Nhacra Teda			2ª, 4ª e 6 - feira
	CS Encheia			quarta-feira
FARIM	CRN Farim			3ª feira
	C S Candjambari			5ª feira
	C S Cuntima			6ª feira
	C S Binta			3ª feira
	C S Guidadje			6ª feira
CACHEU	C S Cacheu			
	C S S. Domingos			
	C S Bigene			
	C S Ingoré			
	C S Bula			
	C S Canchungo			
BAFATÁ	CRN Bafatá			
	C S Bambadinca			6ª feira
	C S Contuboel			4ª feira
	GalumaroCossé			
	Gamamudo			3ª feira
	Xitole			4ª feira
	CMI Bafatá			2ª feira
GABÚ	CRN Gabú			Todos os dias
	Beli			sexta-feira
	Candjufa			quinta-feira
	Pitche			quarta-feira
	Buruntuma			Quarta-feira
	Paúnca			quarta-feira
TOMBALI	Quebo			quarta-feira
	C S Catió			
	CRN Catió			
	Cacine			quarta-feira
	Bedanda			quinta-feira
QUÍNARA	C S Buba			
	C S Empada			
	C S Tite			
	Fulacunda			
BOLAMA	C S Bolama			
	C S Gã-Tongo			
BIJAGÓS	CRN Bubaque			
	Canhabaque			
	Formosa			

## ANEXO 7. CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS MATERNO-INFANTIS

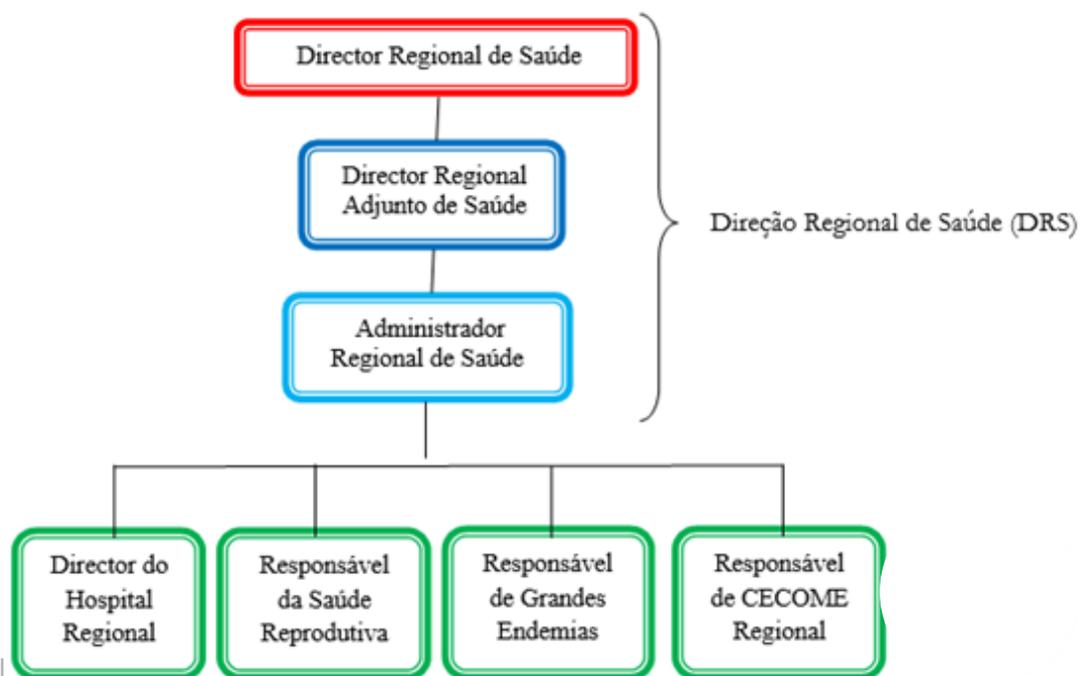
Região	Cidade/tabanca	Capacidade cirúrgica	RHS	Comentário
Bafata	Bafata	Não há capacidade cirúrgica	1 Médico C. Geral 1 Enf. Licenciado 5 Enf. Curso Geral 1 Enf. Auxliar 2 Parteira do Curso Geral 2 Servente	O CMI está em boas condições, mas não há residências
Gabú	Gabú	Não há capacidade cirúrgica	1 Médico C.Geral 1 Enf. Auxliar 9 Enf. Curso Geral 1 Parteira do Curso Geral 2 Tec. Laboratorio 1 Tec. Social 1 Exator 3 Servente 1 Guarda	O CMI está em boas condições, mas não há residências
Cacheu	Canchungo	Não há capacidade cirúrgica	1 Enf. Superior 3 Enf. Curso Geral 2 Parteira do Curso Geral	O CMI está em más condições, e não há residências
SAB	Bairro 24 de Setembro	Não há capacidade cirúrgica	1 Médico MSP Internacional 1 Médico C. Geral 2 Assistente Social 3 Enf. Curso Geral 1 Enf. Auxliar 1 Téc. Farmácia 2 Téc. Laboratório 2 Parteira Geral  4 Servente	O CMI foi construído no momento da colonização, não é suficiente dado o tamanho da população. Pelo menos um andar precisa ser construído. Está em estado de degradação e precisa de manutenção. Não há serviço para um ginecologista, eles usam o gabinete do diretor ou a sala de consulta pré-natal, mas há muita demanda por este serviço.

## ANEXO 8. FORÇA DE TRABALHO DO CSM MENTAL OSVALDO VIEIRA

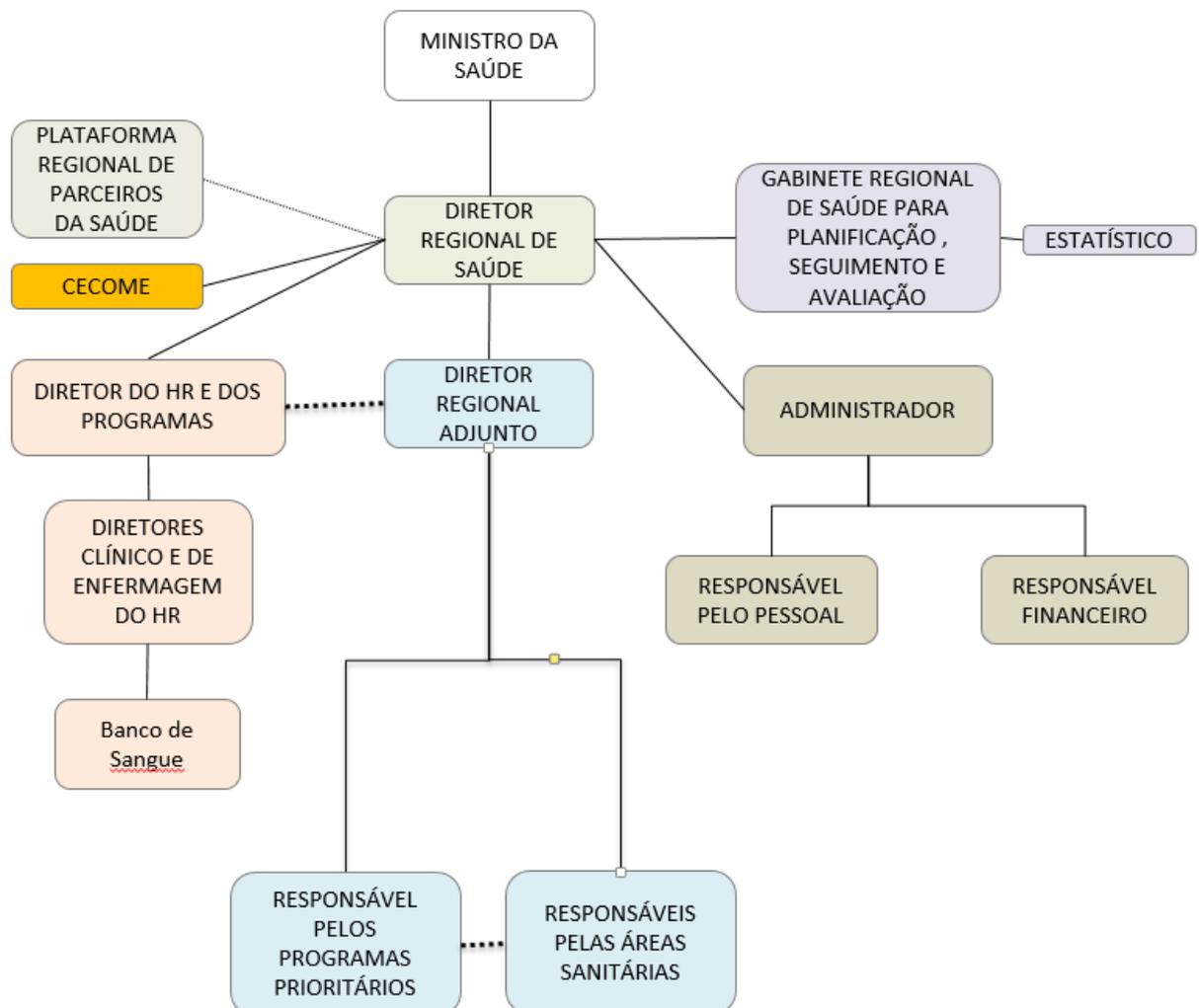
Categoria	Função	Sexo
Médico C. Geral	Diretor Geral	M
Médico C. Geral	Diretor Clínico	M
Administrador	Curso Médio de Administ.	
Psicóloga	Diretora de S. Psicologia	F
Enf. C. Geral	Diretora de S. Enfermagem	F
Tec. Laboratório	Diretora de S. Laboratório	F
Enf. Especialista	Conselheiro	M
Enf. C. Geral	Enfermeiro	M
Enf. C. Geral	Enfermeiro	M
Enf. C. Geral	Enfermeira	F
Enf. C. Geral	Enfermeira	F
Tec. De Ergoterapia	Diretor de S. Ergoterapia	M
Enf. C. Geral	Enfermeira	F
Enf. C. Geral	Enfermeira	F
Tec. De Laboratório	Analista	F
Enf. C. Geral	Enfermeira	F
Enf. C. Geral	Enfermeira	F
Enf. C. Geral	Enfermeira	F
Enf. C. Geral	Enfermeira	F
Enf. C. Geral	Enfermeira	F
Enf. C. Geral	Enfermeiro	M
Assistência Social	Assistente Social	F
Assistência Social	Assistente Social	F
Assistente Socia	Assistente Social	F
Psicóloga	Psicóloga	F
Secretária	Secretaria Geral/CSM	F
Servente	Servente	F
Jardineiro	Jardineiro	M

# ANEXO 9. EQUIPA DE GOVERNAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE NAS RS

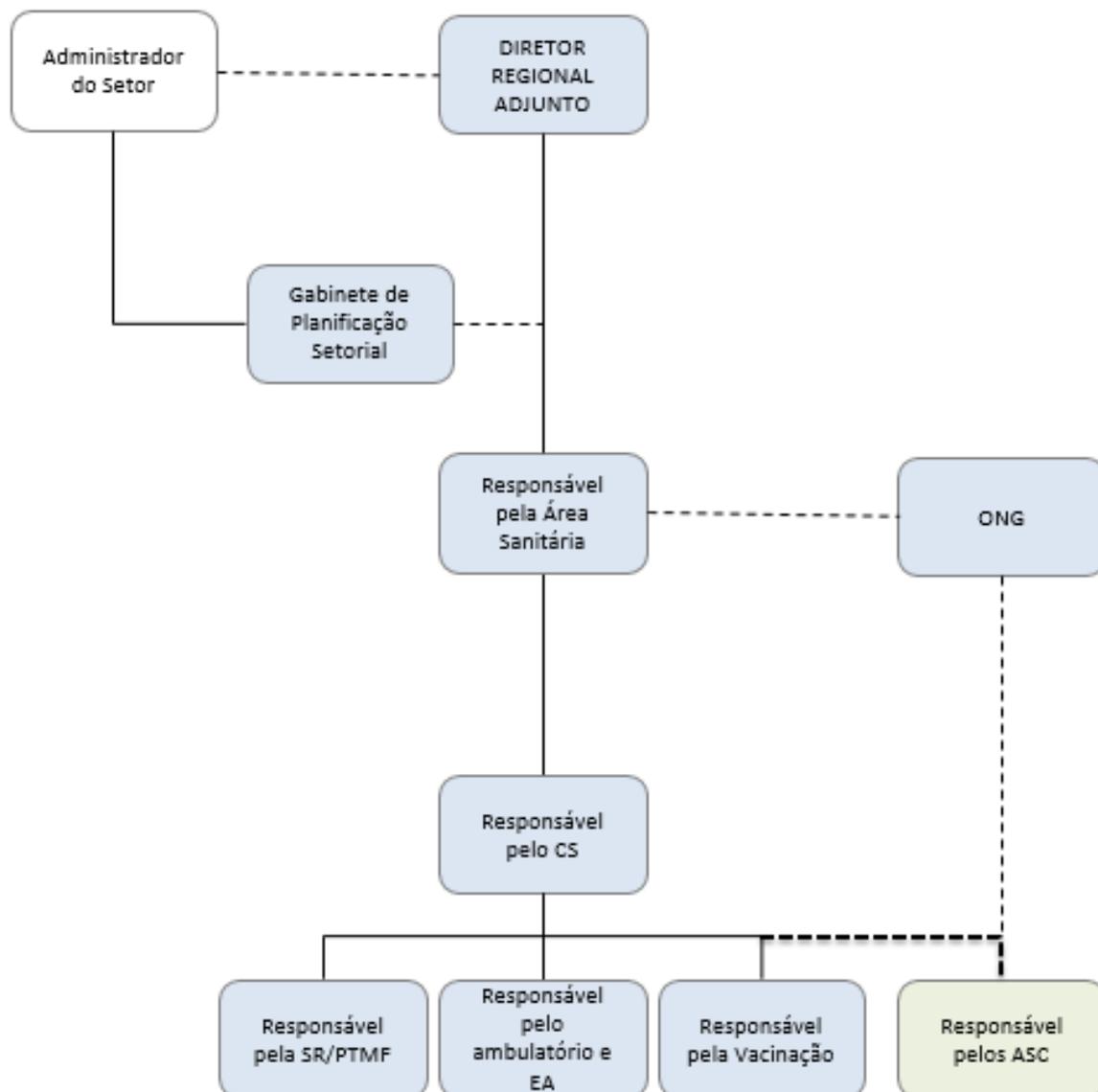
SITUAÇÃO ATUAL



## SITUAÇÃO PROPOSTA PARA O NÍVEL REGIONAL



## SITUAÇÃO PROPOSTA PARA AS ÁREAS SANITÁRIAS



## ANEXO 10. ANÁLISE DA SITUAÇÃO NOS HOSPITAIS REGIONAIS

Hospital regional	Camas 2015	RHS	Sangue	Capacidade cirúrgica	Comentários
Bafatá	115	9 Médicos Clin. Geral 1 Enfermeira Superior 31 Enfermeiras Curso Geral 1 Enfermeira Esp. Parteira 4 Enfermeira Auxiliar 3 Parteiras 1 Tec anestesia 3 Tec lab 1 Auxiliar de Laboratorio 2 Tec farmácia 1 Auxiliar de Farmacia 1 Assisistente Social 3 Exatores 1 Tec Estatístico 1 Auxiliar de Eestatística 1 Lic. Gest. Estab. San. Soc 10 Serventes 1 Motorista 2 Segurança	Não há banco de sangue, e os doadores estão dispersas. Devido a isso, há uma alta taxa de mortalidade materna na região.	Há uma sala de cirurgia, mas não há médicos que se especializam em cirurgia.	O estado de conservação do hospital é bom. O estado de conservação da residência também é bom, mas insuficiente.
Gabú	133	3 T anestesia 28 Enfermeira Geral 1 Enfermeira Licenciada 2 Farmaceutica 2 Instrumentista 1 Parteira 1 Parteira Sup 4 Tec. Labor 2 Tec. Oftamologia 1 Electricista (contratado) 4 Exator (contratado) 1 Jardineiro (contratado) 5 Médico Curso Geral (contratado) 2 Médico Esp (contratado) 1 Motorista (contratado) 1 O.Gerador (contratado) 10 Serventes (contratado)	Há um banco de sangue e funciona mas não há uma reserva. Quando um paciente aparece, procure membros da família ou amigos.	A unidade operacional não funciona porque não tem equipamento. A estrutura física está em boas condições.	O estado de conservação do Hospital é razoável, mas não há residência.
Canchungo em Cacheu	135	10 Médicos Clin. Geral 3 Enfermeira Superior 20 Enfermeiras Curso Geral 4 Enfermeira Auxiliar 2 Parteiras Curso Geral 1 Tec lab 1 Auxiliar de Laboratorio 1 Tec Radiologia 1 Tec Sol. Comunitário 1 Tec Estomatologia 1 Tec Oftamologia 2 Lic. Administ. Hosp 3 Serventes	Há um banco de sangue	Há um bloco operatório	O estado de conservação do Hospital é razoável, mas o estado de conservação das residências é ruim.
Mansoa em Oio	100	5 Médicos Clin. Geral 1 Enfermeira Curso Superior 13 Enfermeiras Curso Geral 1 Enfermeira Licenciado 2 Enfermeiras Auxiliar 1 Parteira Curso Geral 1 Tec Farmacia 2 Tec Laboratorio 1 Tec Radiologia 1 Administração 1 Assistente Social	Há um banco de sangue	Há um bloco operatório	O estado de conservação do Hospital é bom.
Catió em Tombali	64	1 Médico Clin. Geral 4 Enfermeira Curso Superior 21 Enfermeiras Curso Geral 1 Enfermeira Licenciado 1 Téc Med.de Admin 1 Tec Farmacia 2 Tec Laboratorio 1 Téc Med.de Admin 1 Tec. Medio de Contab 1 Lic. Serviço Social	Há um banco de sangue, mas não está funcionando.	Há um bloco operatório e há 2 médicos que fazem operações	O estado de conservação do Hospital é bom, mas o estado de conservação das residências é ruim.

## ANEXO 11. CARACTERIZAÇÃO DAS CASAS DE MÃES EXISTENTES NA GUINÉ-BISSAU

Região	Cidade/tabanca	Capacidade	RHS	Comentário
Bijagós	Bubaque		Médicos HR Enf HR Irmãs da Cáritas Educadores Pares (EP), sensibilização e encaminhamento ASC	
Tombali	Catió/Buba			Em reabilitação
Bafatá	Diocese de Bafatá	25 mães com ARO, durante 1 a 2 meses		Alem do tratamento médico contra a desnutrição e complicações obstétricas (CO), recebem 3-4 refeições/dia
Gabú	Diocese de Bafatá	25 mães com ARO durante 1 a 2 meses		
Quinara	CS Buba			

DRAFT

## ANEXO 12. CARACTERIZAÇÃO DAS ESTRUTURAS SANITÁRIAS DE NÍVEL TERCIÁRIO

Nome	Nº camas	Infraestruturas	Serviço Disponíveis	RH	Banco Sangue	Labo	Meio Diag	Farmacia	Oxigenio	Incenerador	Comentarios
Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM)	720, sendo 108 reservadas a Maternidade	Comunicação Computador Internet Ambulancia com Garagem Combustível Agua corrente Electricidade AEGB e Gerador Aberta 24/24 Horas Gestão de lixos sim, não observado	Consulta Externa Pediatria Maternidade de Trata/HIV/SIDA, TARV PTMF Cirurgia Cesariana Medicina Geral DNT	M.C.G.-- 44 M. Esp - 20 Enf --- 224 Part----- 30 Farm--- 02 T. Labo (medical e patolog --- ----- 36 Ass Soc. 13 M. Espec. Expatriados ----- 08	Sim Frigo funcional Sem rutura stock nos últimos 3 meses	Sim Com Kits testes rápidos	Sim RX Ecografia ECG	Sim ME disponíveis com prazo validade bom Geleira funcional	Sim	Tem inceneração - Não observado	Aparelhos novos não funcionais Não tem havido formação continua para os diferentes tipos de técnicos Diretrizes nacionais existentes não observados
Hospital Militar Sino Guineense	200 Sendo 30 reservadas a Maternidade	Comunicação Computador Ambulancia com Garagem e Combustível. Agua corrente a partir de Furo Electricidade AEGB e Gerador Aberta 24/24 H Combust.	Consulta Externa PF PTMF COUC e NN Vacinação Pediatria DT (VIH/SIST) Cirurgia	M.C.G. - 32 M.Esp. - 02 Téc Sup 11 Enf. G -- 97 (09 Licenciados ) Part ----- 01 T. Farm -03 T. Labo - 05	Sim Faz se Transfusão Sanguinea com testagem sistematizada de sangue antes de doação Frigo funcional Sem rutura stock 3 ultimos meses	Sim com Kits testes rápidos	Aparelhos de RX, Ecografia Scanner ECG	Sim Público/ Privado ME Frigo Fonte aprovisionamento de ME - Privado	Sim Unidade produção Oxigénio Balão com respectivos dispositivos Rutura 3 ultimos meses	Gestão de lixos evacuado sem protecção fora do recinto	Não existe directrizes nacionais Não tem havido visitas de supervisão
Hospital Raul Follereau	108	TM Computador - Ambulância - S Elect - EAGB	DT (Tuber, HIV) Consulta externa	M.C.G.-- 05 M.Esp--- 02 Enf. --- 20 Farm---- 08 T. Labo (medical e Pat) ----- 07	Não	Não	Não	Sim		Eempresaparticular - Blufo	Não supervisão
Hospital Pediatrico "S. José de Bor" de BOR	65	Telefone Fixo Tele Movel Computador Internet Ambulância com garagem Combustível Electrecidad e gerador + Sistema Solar	Consulta Externa Pediatria DT (Aconselhamento VIH /Sida, IST, Paludismo ), DNT, Cirurgia	M.C.G -09 (sendo 3 Tempo Parcial) M.Esp - 04 (sendo 2 Tempo Parcial) T. Sup -01 Enf G -- 20 T Labo -02	Transfusão Sanguinea Coleta local, despistagem doençainfeciosas Frigo	Com Kits testes rápidos observado Sem rutura stock	Ecografia	Farmac com ME data validade Frigo funcional Aprovisionamento CECOME, privad (IDA e Blufarma	Alimentação central Oxigénio Com todo o sistema funcional Sem rutura stock há 3 meses	Evacuados fora do serviço em recipiente não coberto	Visitas de supervisão últimos 3 meses (farmácia, pessoal e dados) Sem formação especifica Diretrizes nacionais não

		Água corrente furo aberta 24/24H			funcion Rutura stock há 3 meses			Duração + 2meses			observados,
Hospital de Cumura		Comunicação Tele Móvel Computador Internet Ambulância com garagem e combustível Electricidade gerador e Sistema Solar Água a partir furo funciona 24 horas	Consulta Externa Mal de Hansen VIH/ SIDA, IST TB Maternidade (CPN, CO e NN, Desnutrição Cirurgia Oftalmologia	M.C.G.-- 09 M. Esp. 02 Enf G-- 26 (sendo 04 licen 01 auxiliar) T. Far -- 04 T Labo -- 07 T RX ----01 T Sup --- 11	Transfusão de Sangue analisados préviamente Frigo	Labo com testes rápidos Frigo funcional	RX Ecografia ECG	Farmácia com ME Quantificados e encomenda a partir de CECOME e IDA que dura mais de 2meses	Alimentação central Oxigénio Com todo o sistema funcional Sem rutura stock há 3 meses	Luta contra infecção, observado Lixos evacuado nas covas	Supervisão há 2 meses incidindo sobre as seguintes áreas farmácia, pessoal e dados
Associação Casa Emanuel	46 camas, sendo 21 reservadas a Maternidade	Tele fixo Tele Movel Computador Ambulância na garagem combustível Electricidade a gerador e Sistema Inergia Solar sem interrupção Água corrente do furo Confidencialidade	Consulta Externa CPN CO e NN DT (VIH gravidas RN) TARV IST DNT Cirurgia anual	M. C.G --03 M. Esp - 02 01 Tempo Parcial T Sup -- 02 Enf G -- 05 Enf Aux- 06 T Farm- 02 T Labo - 02	Não	Labo com kits rapidos sem rutura	Aparelhos de RX Ecografo ECG	Farmácia com ME com rutura de stock de alguns e prazos a ser revistos	Tem Oxigénio com todos os dispositivos	Coleta e evacuação recipiente fechado e enterrado	Nunca visitas de supervisão Não Directrizes Nacionais ou se sim não observados Sem formação em algumas áreas nos últimos 2 anos
Clinica Korle- Bu	02	Electricidade reduzida EAGB Água no exterior do edifício	CPN PTMF CO e NN DT -- VIH IST	M.C.G - 04 aTempo Parcial M. Esp-- 01 (T. inteiro) E. C.G.-- 02 Part. --- 01	Não	Não	Ecografo	Sim Geleira não apropriado	Não	Coleta recipiente fechado -- Empresa particular	Preve se mudança para novas instalações dentro de 1mes Confidencialidade Nao tem directrizes nacionais Não supervisão
Centro Médico de Diagnóstico "D. Settimio Arturo Ferrazzetta "		Tele Fixo Internet Ambulancia Combustivel Electricidade a gerador sem interrupção há 7 dias do questionário Aberta 5-8h /dia Água corrente Confidencialidade	ConExt Com Pediat IST Paludismo Cirurgia	M.C.G -- 11 (sendo 09 Tempo Parcial) M. Esp -- 01 Enf CG - 09 T Farm 01 TLabo- 02 (01 Tempo Parcial)		Labo Tsetes rapidos	Aparelhos de RX Ecografo ECG	Farmácia com ME Aprovisiamento pela Direcção clinica	Oxigénio disponível nos últimos 3 meses do inquerito	Medidas de prevenção contra as infeções Incenerador funcional Terreno ar plano protegido	Supervisão há mais de 3 meses Sem directrizes nacionais e sem formação últimos 2 anos nas áreas declaradas
Centro Fundação Renato Grandy	09 camas	Tele fixo Computador Ambulância de um outro serviço	Consulta Externa Pediatria DNT nas crianças	M.CG -- 02 M.Esp. -- 03 (tempo Parcial) T Sup-- 01	Não tem		Ecografia ECG			Coleta e stock de lixos em recipiente fechado	Supervisão recebida há 3 meses cingindo unicamente

		Electricidade Sistema de Inergia Solar, Gerador e AEGB sem interrupção		Enf G--- 02 Enf Lic -02						evacuado fora do estabelecimento	sobre os RH Não tem directrizes nacionais
Clinica Ambrosio	06	Computador Electrecidade e alimentado AEGB e gerador privado (Mavegro). Aberta 9-16h Cirurgia 24h Agua corrente Intimidade auditiva limitada	Com Ext Cesariana SOS IST TB Paludismo DNT Cirurgia	M. Esp. 06 T Lab --- 02	Nao	Labo Muito reduzido a alguns testes	Aparelhos de RX e Ecografo	Não		Medidas de prevenção a infecções  Coleta e evacuação recipiente fechado e enterrado	Directrises sim mas não observados Sem formação nas áreas mencionadas nos últimos 2 anos
Clinica Yankuanke	14 camas (sendo 4 a Maternidade)	Tele Movel Computador Electricidade gerador e EAGB interrupção frequente + 2 horas/dia Aberta 24H	PF CPN CO NN IST Paludismo DNT Cirurgia	M. C.G. -02 T. Sup. - 03 Enferm -03 Parteira-01 T. Lab --02	Transfusã o Sangue vindo de outro serviço Sem Frigo	Labo com alguns testes	Não	Não	Nao	Lixo evacuado no terreno plano sem proteção	Supervisão últimos 3 m incidindo na farmácia Sem directrizes
Clinica Ganafa	12 camas	Electricidade AEGB e Gerador Aberta 24H Agua poço protegido Confidencialidade	Consulta Externa PF Pediatria IST Paludismo Cirurgia	MCG -04 Enf G - 03 T. Labo-02	Transfusã o Sangue vindo de outro Estabelecimento Sem Frigo	Não	Não	Não	Não	Lixo evacuado no terreno plano sem protecção Luta contra infeção	Os RH são todos a Tempo Parcial Sem Diretrizes nacionais

**NOTAS:** Nenhuma das ES de Bissau possui serviços específicos para adolescentes.  
Inexistência de diretrizes nacionais em quase todas as ES ou se têm, não se observam.  
DNT são tratadas mas sem formação específica nas áreas citadas e sem directrizes nacionais.  
As visitas de supervisão são inexistentes em quase todas elas.

## ANEXO 13. PRINCIPAIS PARCEIROS POR PRINCIPAIS PROGRAMAS E RS (2017)

### Principais parceiros dos Programas Nacionais

Serviços e programas	Parceiros		
	Multilaterais	Bilaterais	ONG
Programa Nacional de Luta Contra o Paludismo	Fundo Global OMS PNUD		
Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose	Banco Mundial Fundo Global Programa Alimentar Mundial OMS		AHEAD (Hospital Raoul Follereau) CÁRITAS (Cumura) ENDA Ação Ajuda
Programa Nacional de Nutrição e Sobrevivência na Infância	Programa Alimentar Mundial OMS UNICEF FAO OOAS		Cáritas Igreja Evangélica
Programa Nacional de Luta contra o VIH/SIDA	Fundo Global Programa Alimentar Mundial OMS UNICEF OOAS	Brasil Portugal	CIDA/Alternag Associação "Céu e Terras" Associação Guineense para o Bem-estar Familiar ENDA Associação guineense para o Marketing Social (AGMS – GB) Rede Nacional das Pessoas infectadas/afectadas (RENAP+/GB) (com associações 8 regionais e 4 ao nível de Bissau) Redes Nacionais dos Jovens (RENAJ), Fórum Nacional para os Jovens e População (FNJP) Conselho Nacional da Juventude (CNJ) Organizações sindicais (SINAMAR e SIMAPPA) CÁRITAS Missão Evangélica
Programa Alargado de Vacinação	GAVI Alliance UNICEF OOAS OMS		Rotary Club International Bill and Melinda Gates Foundation (erradicação da polio) United Nations Foundation (eliminação do sarampo) Plan Guiné-Bissau
Programa Saúde Reprodutiva	UNICEF FNUAP OMS ONU Femmes Fundo Global Programa Alimentar Mundial		CIDA/Alternag Associação "Céu e Terras" Associação Guineense para o Bem-estar Familiar EMI AMI Alternag AIDA



# ANEXO 14. MAPA DE DRIGENTES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE A 30 DE MAIO DE 2017

N.O	Matricula	Nome Completo	Sexo	Categoria	Função
Gabinete do Ministro					
1		Carlitos Barai	M	Engenheiro	Ministro da Saúde Pública
2	W00650	António Paulo Gomes	M	Técnico de Relações Internacional	Coordenador de Unidade de Parceria
Gabinete da Secretaria de Estado da Gestão Hospitalar					
1		Maria Inácia C. Mendes Sanhá	F	Professora	Secretaria de Estado da Gestão Hospitalar
Gabinete do Secretário Geral					
1	W-00146	António Guilherme Silla	M	Tec. Med. Administração	Secretario Geral
IGAS					
1	S-002185	Benjamin Loureço Dias	M	Lic. Administração Pub. Economia Social	Inspetor Geral
DGASS					
1	S03553	Van Hanegem Rezede M. D Alva R. Moreira	M	Administrativo	Diretor Geral da Administração do sistema de saúde
2		Ilda Mateus dos Santos	F	Gestora	Gestora de PNDS
DGPPSS					
1	S00156	Agostinho M'bargo Ndumba	M	Médico Pós Graduado	Diretor Geral da Prevenção e Promoção de Saúde
PNLP					
1	S01735	Paulo Djata	M	Médico	Coordenador
PNSV					
1	S02578	Meno Nabicassa	M	Médico	Coordenador
PNLT					
1	Reformado	Miguel Camara	M	Médico C. Geral	Coordenador
CNLS					
1	S02108	Nicolau Almeida	M	Médico Espec. Saúde Pública	Coordenador
PNDTND					
1	S02595	CRISTOVAO MANJUBA	M	Medic. Clin. Geral	Coordenador
DGECS					
1	S01074	Mario Gomes	M	Médico Especialista em Cardiologia	Diretor Geral Estabelecimento dos Cuidados de Saude
DSIMU					
1	S02563	Mamai Barbosa	F	Medica	Diretora
DSEIS					
1	NCD0570	Cirilo da Silva Nhaga	M	Administrativo	Diretor
DAF					
1	S01266	Samba Balde	M	Administrativo	Diretor
DSRHAS					
1	S-00545	Maria Aramata Injai	F	Enfermeira Professora	Diretora
DSFM					
1	S02619	Carlos Bubacar Balde	M	Farmaceutico	Diretor
DSSP					
1	S00603	Alfredo Claudino Alves	M	Médico	Diretor
DSNASC					
1	S01939	Ivone R. Menezes A. Moreira	F	Enfermeira Licenciada	Diretora
D S Saude Comunitaria					
1	S01809	Pedro Vaz	M	Enfermeiro	Diretor
DSAHP					
1	S02591	Issis Julieta ina Ferreira G. Ferreira	M	Medica Epidemiologista	Diretora
HNSM					
1	S00568	Francisco Aleluia Lopes Junior	M	Médico Clin Geral	Diretor HNSM
2	E04393	Indami bNamam	M	Administrativo	Administrador
3	S02951	Cumba Bispo lala Insumbere	M	Médico	Diretor Clinico
4	S00267	Maria Jesus Carmo de Sousa	F	Enfermeira Licenciada	Enfermeira Chefe
UCI					
1	NCD0111	Luisa Oliveira Sanca	F	Medica	Diretora servico de UCI
2	S02717	Albertina Inacio Mutna	F	Enf. Curso Geral	enf chef de UCI

N.O	Matricula	Nome Completo	Sexo	Categoria	Função
Farmacia					
1	NSD0267	Quintino Nhasse	M	Informatico	Diretor
Maternidade					
1	S03131	Raul Pinto Nancassa	M	Médico Especialista em Genecologia Obstetricia	Diretor Maternidade
2	S02733	Margarida Miranda Sá	F	Parteira Licenciada	Enf. Chefe Martenidade
4ª Medicina					
1	S03044	Amadu Balde	M	Medic. Clin. Geral	DIRETOR
2	S00673	Fatumata Mane	F	Enf. Curso Geral	Enf. Chefe
DSManutenção					
1	S01193	Fode Caramba Sanha	M	Tecnico de Electromedicina	Diretor
Nefrologia					
1	S02836	Nelson Antonio Delgado	M	Médico	Diretor
2	S03251	Carla Maninho Impame	M	Enfermeira Licenciada	Enf chef de Nefrologia
Bloco Operatório					
1	S00316	Benjamim Correia	M	Tec Anestesista	Diretor Serviço Bloco Op. Central
2	S01498	Domingas da Silva	F	Enf. Curso Geral	Enf. Chefe de Bloca Op Central
Consulta Externa					
1	S03141	Nena Na Forna	F	Medic. Clin. Geral	Diretora de Serviço Consulta externa
Consulta Externa					
1	S02780	Candida Elisa Cabral S. M. Rodrigues	F	Medic. Clin. Geral	Diretora de CTA/Responsavel de tratamento Clinico CNLSIDA
Banco de Sangue					
1		Carlos Costa	M	Médico	Diretor Serviço de B Sangue
Banco de Sangue					
1	S01197	Jorge Siuna Guad	M	Medic. Clin. Geral	Diretora Serviço de Cirurgia de homem
2	NCD0554	Joanita Djata	F	Enf. Curso Geral	Enf chef de cirurgia homem
Pediatria					
1	S03024	Nadia Isa Semedo Mendes da Silva	F	Medica	Diretora Serviço de Pediatria
2	NCD0014	Alberto Oliveira lopes	M	Enfermeiro Licenciado	Enf. Chefe de Pediatria
Radiologia					
1	S02744	Hecio Norberto de Pina Araújo	M	Técnico de RX	Diretor Serviço de radiologia
Banco Socorro					
1	NCD0427	Leibniz Bacame Vaz	M	Medic C. Geral	Diretor de Serviço de Banco de Socorros
2	S01575	Marta Domingos Baticam Mafra	F	Enf. Curso Geral	Enf. Chefe de banco de Socorros
3ª Enfermaria					
1	S00161	Mafalda Mendes Pereira Jabi	F	Enfermeiro Geral	Enfa. Chefe
Ortotraumatologia					
1	S01603	Margarida Barbosa	F	Enf. Curso Geral	Enfa. Chefe
Recobro Queimado					
1	S01142	Maria Carmem Dias	F	Enf. Curso Geral	Enf chefe de Recobro Queimado
1ª Enfermaria					
1	S00848	Quinta Muta	F	Enf. Curso Geral	Enf. Chefe
Cirurgia Mulher					
1	S02796	Belina Isabel Dias Mane	F	Enf. Curso Geral	Enf. Chefe
Oftalmologia					
1	S02878	Mariama Camara	F	Parteira do Curso Geral	enf. Chefe de oftalmologia
CENTRO MENTAL					
1	NCD0461	Jeronimo Henrique Té	M	Médico	Diretor do Centro
2	NCD0550	Josimar alberto Tavares Dias	M	Médico	Diretor Clinico
3	S00221	Finhemom Nandigna Badinca	M	Enfermeiro	Enf. Chefe
CENTRO REABILITAÇÃO MOTORA					
1	S02720	João Kenedy de Pina Araújo	M	Fisioterapeutico	Diretor do Centro
RAOUL FOLLEREAU					
1	S02774	Morreira S. Mendes	M	Médico	Diretor Clinico
2	S02437	Adriana Gomes	F	Enf. Curso Geral	Enf.a Chefe
3		Maria Sá	F	Enf. Curso Geral	Enf.a Chefe ARCO-IRIS
INASA					
1	S02007	Placido Monteiro Cardoso	M	Medic. Clin. Geral	Presidente
2	NCD0225	Adelino Jose de Pina	M	Médico Clinico Geral	Diretor Da ENS
3	S01780	Jean Pierre Mendes Umpeca	M	Enf. Licenciado	Diretor de Centro informaçao e Comunicaçao da Saude
4	NCD0578	Sofia de Fatima da Silva B. de Oliveira	F	Enf. Lic e Mestre Saude Epidemiologia	Diretora de Centro Epidemiologia e Saude Comunitaria PSB
5	S02998	Winson Lutero Rugana Manuel	M	Enf. Superior	Chefe de departamento Academeco

N.O	Matricula	Nome Completo	Sexo	Categoria	Função
6	S03549	Yacenia Marisa Semedo Pereira da Graça	F	Contabilidade e Gestão	Diretora desenvolvimento Institucional
Região de Bafata					
1	S02824	Salomão Mario Crima	M	Médico Espec Saude Publica	Diretor Regional de Saude
2	S01767	Juliano Mandim	M	Enf. Superior	Diretor Adjunto do Hospital Regional
3	NCD0214	Zito Sambu	M	Médico	Diretor Clinico Hospital Regional
4	S00115	Celeste Sa	F	Parteira	Responsavel SR
5		Maria Fernandes	F	Farmaceutica	Responsavel ME
6	S00312	Antonio Lingo	M	Enfermeiro C Geral	Responsavel GE
7	S03483	Julio Ampatar	M	Enfermeiro C G./Admin Hosp.	Diretor Hospital Regional
8		Osvaldo Fiaré	M	Licenciado Administração	Administrador Regional
9	S00095	Nhare N Tchancelan		Enf.Curso Geral	RAS CMI de Bafata
10	S03516	Malam Djassi	M	Medic. Clin. Geral	Diretor CMI Bafata
11	S00194	Maria R. Cassama	F	Enfermeira C. Geral	RAS de Bafata
12	S03003	Deolinda mendes	F	Enf.Curso Geral	RAS de Bambadinca
13	S03385	Anderson NaBitita	M	Medic. Clin. Geral	Responsavel CS "C" de Bambadinca
14		Regina Sambu	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Cambadjú
15	NSD0181	Jose Vaz	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Contubuel
16	S03124	Jose A M Djedju	M	Enf.Curso Geral	RAS de Cosse
17		Mamadu Seidi	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "B" de Cossé
18	S00108	Armando Sanca	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Fajonquito
19	NSD0248	Nimesio Sa	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Gã-Garnes
20	S03093	Nela S M Monteiro	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Gã-Mamudo
21	NCD0123	Maria A C Dalmada	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Gã-Turé
22	NSD0148	Herculano Bras da Silva	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Geba
23	NCD0051	Domingas Ntomba	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Sare-Bacar
24	NCD0169	Potica Ca	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Tantam Cossé
25	S03109	Aissatu Camara	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Tendinto
26	NCD0057	Elieta Te Correia	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Xitole
Região de Gabú					
1	S02846	Antonio Pedro Sidjanho	M	Médico	Diretor Regional
2	S00322	João Carlos A. S. Cabral	M	Enf.Curso Geral	Diretor Regional Adjunto
3	NCD0105	Lino Antonio Cabral	M	Médico	Diretor Clinico Hospital Regional
4		Iameta Na Isna	M	Administração e Gestao Emp.	Administrador Regional
5	S00639	Malam Mane	M	Enf.Curso Geral	Responsavel GE
6	S02937	Joia Raul Indequé	F	Médico	Responsavel SR
7		Adulai Embalo	M	Administração	Diretor do Hospital
8		Francisco Bracia	M	Contabilidade e Gestão ME	Responsavel CECOME
9	NCD0306	Herculano Té	M	Enf. Licenciado	Responsavel CS Tipo "C" de Bajocunda
10	S03381	Balduino Soares Ribeiro	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS Tipo "C" de Beli
11	S03118	Egídia Helena V. Almeida	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS Tipo "C" de Buruntuma
12	NCD0210	Wilbonh Tchuda Na Isna	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS Tipo "C" de Canjadude
13	S02893	Fode Injai	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS Tipo "C" de Canjufa
14	S01330	Saïdo Malam Camara	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS Tipo "C" de Canquelifá
15	NCD0053	Dulcenea José Gomes	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS Tipo "C" de Cancissé
16	S03386	Arlindo Pereira	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS Tipo "C" de Dandum
17	S01429	Braïma Fati	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS Tipo "C" de Dara
18	NCD0339	Manuel Gomes	M	Enf. Curso Geral	Responsavel CS Tipo "C" de Fasse
19		Adulai Embalo	M	Enf. Curso Geral	CMI "C" Urbano no recinto do hospital
20	NCD0363	Olívio Pedro Massal	M	Enf. Licenciado	Responsavel CS "C" de Lugadjol
21	S03444	Simão Leonel Sanca	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Mafanco
22	S03133	Belarmina Lopes Cardoso	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Mansadjän
23	NCD0106	Lisaudia dos Santos Lopes	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Pauunca
24	S03019	Djulde Djalo	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Pirada
25	S01329	Sedja Alberto da Silva	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Pitche
26	S01399	Iancuba Biai	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "B" de Sonaco
27	NSD0265	Polcarpo Rodrigues	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Tumane
Região de Biombo					
1	S02833	Julio João dos Santos	M	Médico	Diretor Regional
2	S00190	Neque bangura	M	Enf.Curso Geral	Diretor Adjunto Regional
3	NCD0165	Pedro Cuma	M	Medic. Clin. Geral	Diretor Clinico Hospital Regional
4	S02689	Lourenço João Fernandes	M	Administrativo	Administrador Regional
5	S02887	Filipa de L. da Silva Cumba	F	Enf.Curso Geral	RAS "C" de Bijimita
6	S01769	Ansumane Sambï	F	Enf.Curso Geral	RAS "C" de Dorse
7	S03558	Isabel Augusto Gomes	F	Enf.Curso Geral	RAS "C" de Ilonde

N.O	Matricula	Nome Completo	Sexo	Categoria	Função
8	NSD0230	Maxweil Isnaba Baial Sambu	M	Enf.Curso Geral	RAS "C" de Ondame
9	S02867	Lurdes da Costa	F	Enf.Curso Geral	RAS "C" de Prabis
10	S02983	Beatriz Ca Malu	F	Enf.Curso Geral	RAS "B" de Quinhamel
11		Janete Malac	F	Enf.Curso Geral	RAS "C" Safim
Região de Cacheu					
1	S02844	Humberto Imbunda Intchala	M	Médico	Diretor Regional
2	NSD0112	Ericson Duarte Falcão	M	Enfermeiro	Diretor Regional Adjunto
3	S02835	Lamine Sambu	M	Médico	Diretor Clínico Hospital Canchungo
4	S02554	Herculano Biague	M	Administrativo	Administrador Regional
5	S01956	Bacar Mane	M	Enfermeiro C Geral	Responsavel G.E.
6	S02059	Maria Formosa Gomes	F	Parteira	Responsavel S R
7		Honorio Ncombe	M	Farmacia	Responsavel CECOME/ME
8		Andrade le	M	Administrador	Diretor do Hospital
9	NCD0064	Ernesto Fernandes Almeida G. da Costa	M	Enferm Curso Geral	Responsavel CS "C" de Bara
10	S01949	Felisberto Alves	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Barro
11	S02016	José Carlos Banjaqui	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Batucar
12	S02861	Regaldina Pereira Martins	F	Parteira do Curso Geral	Responsavel CS "C" de Bigene
13	S00334	Maria de Jesus Cante da Kona	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Bula
14	S03574	Niveriane	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Cacheu
15	NCD0448	Adilio	M	Medic C.Geral	Responsavel CS "C" de Caio
17	S02922	Fernanda Nhana Injai	F	Parteira do Curso Geral	Responsavel CS "C" de Caliquisse
18		Andrade le	M	Administrativo	Diretor HR de Canchungo
19	S00359	Elisa Indequi	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CMI de Canchungo
20	S02921	Ema Mango	F	Parteira do Curso Geral	Responsavel CS "C" de Carenque
21	S03092	Paulina Gomes Betunde	F	Enf. Licenciada	Responsavel CS "C" de Co
22	S03461	Armando Cumando Sanha	M	Medic. Clin. Geral	Responsavel CS "B" de Ingore
23		Hogenda Gomes	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Djolmet
24	NCD0211	Wilson Antonio dos Santos	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Pelundo
25	S02756	Angela Martina Dabo	F	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Jeta
26	NCD0174	Raimundo Mendes	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" de Pecixe
27		Inghala Na Uaie	M	Médico Clinica Geral	Diretor Clínico CS Tipo A S. Domingos
28	NCD0349	Miguel Ioa Isna Mam	M	Tec. Medio de Contabilidade	Responsavel CS "A" de São-Domingos
29	S03493	Baraia S. Mendes	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" Sedengal
30	S02019	Adelino Martinho	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" Suzana
31	S02973	Hercinio de Jesus Gomes Katar	M	Enf.Curso Geral	Responsavel CS "C" Varela
Região de Bolama					
1	NCD0167	Pio Tavares de Carvalho	M	Médico	Diretor Regional
2	S00338	Rosa Caetano da Silva	F	Enf.Curso Geral	Diretor Regional Adjunta
3	NCD0335	Malam Camboda Fati	M	Administrativo	Administrador
4	S03397	Antonio Sambo	M	Enf.Curso Geral	RAS Bolama
5	NCD0303	Graciano F. Mendes	M		Diretor CS "A" Bolama
6	S03486	Elsa Ca	F	Enf.Curso Geral	Diretor C S Uato
7	NCD0566	Humberto C Dabo	M	Enf. Curso Geral	Diretor C S Ilhas das Galinhas
8	NSD0138	Georgete A. Correia	M	Enf. Curso Geral	RAS de S. Joao e Diretor CS Ga Tongo
9	S03445	Samira L :Silva	F	Enf.Curso Geral	Diretor C S Ga Marques
SAB					
1	S02810	Abibo Cumbassa	M	Médico	Diretor Regional
2	S01421	Lamine Mendes	M	Enf C Geral	Dir-Reg Adjunto
3	S01311	Souleimane Injai	M	Enf. Curso Geral	Responsavel G.E.
4		Maria Alves	F	Parteira	Responsavel S R
5		Zenaida Mendes	F		Responsavel CECOME/ME
6		Dembo Cisse	M	Administrador	Administrador Regional
7	S01230	Augusta Nanque	F	Enf.Curso Geral	RAS C S Antula
8	S00819	Juliana Delgado Pinto	F	Medic. Clin. Geral	Diretor CS de Antula
9	S02051	Estefania Carvalho de Alvarenga	F	Enf.Curso Geral	RAS de Centro de S Belem
10	S02769	Adamou Sekou Djibo	M	Medic. Clin. Geral	Diretor de Centro S de Belem
11	S01332	Paulo Macebo	M	Enf.Curso Geral	RAS CS Bandim
12	S00648	Carlitos Bale	M	Medic. Clin. Geral	Diretor de Centro S de Bandim
13	NCD0084	Luisa Adriano Conduto Biague	F	Medic. Clin. Geral	RAS C S Plak II
14	NCD0121	Marciano Natak	M	Medic. Clin. Geral	Diretor de Centro S de Plak II
15	S00824	Constantina Correia Umpeça	F	Enf.Curso Geral	Responsavel de Centro S Quelele
16	S01721	Alice Soares Cassama	F	Enf.Curso Geral	Responsavel de Centro S Cuntum
17	NCD0085	Inacio Alfredo da Costa	M	Medic. Clin. Geral	Diretor CS Cuntum
18	S01394	Francisca M Batica	F	Enf. Licenciada	Responsavel de Centro MI

N.O	Matricula	Nome Completo	Sexo	Categoria	Função
19	NCD0321	Ivandro Ismail Carlos Pedreira	M	Medic.C.Geral	Diretor de CS de CMI
20	NCD0213	Zinha Co	F	Medic. Clin. Geral	Diretor C S Bairro Ajuda
21	S00547	Maria Odete Rosa Pinto	F	Enf.Curso Geral	Responsavel de Centro de S de Ajuda
22	S03137	Georgina Soares Semedo	F	Enf.Curso Geral	RAS de C S de Luanda
23	S03511	Nhanha Auzenda Madeira	M	Medic. Clin. Geral	Diretor de Centro de Luanda
24	S02889	Mussa Biaí	M	Enf.Curso Geral	Responsavel de Centro de S B Militar
25	S03509	Benvindo Joãozinho Sa	M	Medic. Clin. Geral	Diretor C S Bairro Militar
		Regiao de Quinara			
1	NCD0202	Vasceslandia Ferreira Correia	F	Medica Clin Geral	Diretor Regional Adjunto
2		Quintino Wangna Nancanha	M	Licenc Adm	Diretor Hospital CS Tipo B Buba
3	S02872	Romana S. Cabral	F	Parteira	Responsavel SR
4	S01808	Castro F. sampa	M	Enf Geral	Responsavel GE
5	S03056	Martinho Toba	M	Enf Geral	Responsavel PAV e SIS
6		Djony Nancassa	M	Tecnico de Farmacia	Responsavel ME
7	NVG2592	Fernando Jorge Sanha	M	Tecnico Administrativo	Administrador Regional
8		Erineu E. B. Ferreira	M		Diretor Cds "A" de Tite
	NCD0325	Joaquim A de P. Junior	M	Enfermeiro	RAS Cds "A" de Tite
9	S03406	Felizmina A. Najara	F	Enfermeiro	Responsavel Cds "C" de Brandão
10	NCD0471	Zandonaido da silva	M	Enfermeiro	RAS Cds "C" de Brandão
11	NCD0472	Amarildo Pereira	M	Enfermeiro	Diretor Cds "C" de Djabada-Porto
12	S03401	Gaudêncio P.Quade	M	Enfermeiro	RAS Cds "C" de Indjassane
13	S03016	Sabado Sanca	F	Enfermeiro	Diretor Cds C de Indjassane
14	S03499	Djenabu Indjai	F	Enfermeiro	RAS e Diretor Cds "C" de Dar-Salame
15	S03113	Canaio Jandi	M	Enfermeiro	RAS Cds "B" de Empada
16	NCD0292	Feliciano T. da Cunha	M	Enfermeiro	Diretor Cds "B" Empada
17		Mario Augusto Cardoso	M	Enfermeiro	RAS Cds "B" de Fulacunda
18	NSD0343	Cadidjatu J. Barbosa	F	Enfermeiro	Diretor Cds "B" de Fulacunda
Regiao de Tombali					
1	S00644	Jose Ernesto Nante	M	Medic. Clin. Geral	Diretor Regional
2	S01084	Francisco Na Dum	M	Enf.Curso Geral	Diretor Adjunto Regional
3	NCD0200	Vanesio Maniche Sanca	M	Médico	Diretor Clinico
4	S02365	Ermelinda Martinho	F	Enfermeira Curso Geral	Responsavel Grandes Endemias
5	S02573	Magda N. José Teixeira	F	Enfermeira Curso Geral	Responsavel Saúde Reprodutiva
6		Catarina Sanha	F	Técnica de Farmácia	Responsavel de CECOME
7	NVG0447	Carfa Mane	M	Mestrado Gestao Empresa	Administrador
8	S03060	Pauleta Gomes Arlete	F	Parteira do Curso Geral	RAS Bedanda
9	NSD0331	Wuactson P.H. Mendes	M	Lic em Enfermer	Diretor CS Bedanda
10	S03101	Segunda Sexta Dadete	F	Enf.Curso Geral	Diretor CS Caboxangue
11	NCD0144	Nandinho M. Pereira	M	Enf Geral	Diretor CS Cabedu
12	S03080	Cobiano C Queba	M	Enf.Curso Geral	RAS Calaque
13	S03398	Augusto Pereira	M	Enf.Curso Geral	Diretor CS Calaque
14	NSD0328	Silvino Mansoa	M	Lic em Enfermer	Diretor CS Lemberem
15	S02868	Felizmina Nancassa	F	Enf Geral	RAS Cacine
16	S02965	Inacia G. D. da Goia Obna	F	Enf.Curso Geral	Diretor CS Cacine
17	S03065	Albino Badjam	M	Enf.Curso Geral	Diretor C S Cassaca
18	S03447	Sana Fati	M	Enf.Curso Geral	Diretor C S Cassumba
19	NCD0003	Abpa Camara	M	Enf.Curso Geral	RAS Catio
20		Faleceu	F	Administrativo	Diretor HR Catio
21	NSD0325	Graciana Zamora Barbosa	F	Enf.Curso Geral	RAS Mato Faroba
22	S02157	Marcelino Ndibe	M	Enf.Curso Geral	RAS e CS de Komo
23	S02378	Sanquinha Mane	M	Enf.Curso Geral	RAS Sanconha
24	S02967	Segunda Indjucan	F	Enf.Curso Geral	Diretor Cds Sanconha
25	S03036	Antonia Gomes	F	Enf.Curso Geral	RAS Timbo
26	NCD0135	Moniz Tchamba	M	Enf.Curso Geral	Diretor C S Bocana
27	S03522	Maria Manuela Rodrigues	F	Enf.Curso Geral	Diretor do Cds Timbo
28	S02374	Panqueia Mampanta	M	Enf.Curso Geral	RAS Quebo
29	S03465	Albina Kabi	F	Medic. Clin. Geral	Diretor C S Quebo
30	NSD0052	Benilde J Costa	F	Enf.Curso Geral	Diretor C S Saltinho
Região de Oio					
1	S03567	Victor Mendes	M	Médico	Diretor Regional
2	S02274	Amelia de Carmo Paulo	F	Parteira Especialista Gestão Sanitaria	Diretor Regional Adjunta
3	NCD0450	Sidney Wlessie Sebastião Vieira	M	Administrativo	Administrador
4		Oiile Bampoque	F	Lic Economia e Gestao	Administrador Hospital Mansoa

N.O	Matricula	Nome Completo	Sexo	Categoria	Função
5	S00945	Alfadjo Gomes Ianga	M	Administrativo	Diretor do Hospital Regional
6	S01807	Hermenegildo Malé	M	Enfermeiro Curso Geral	Responsavel Grandes Endemias
7		Maria L. C. Gomes	F	Parteira	Responsavel Saude Reprodutiva
8		Martinho Monteiro	M	Farmácia	Responsavel CECOME
9	S01227	Ermelinda D. Gomes	F	Parteira do Curso Geral	Responsavel de CS "C" de Binar
10		Teresa Luisa Embana	F	Tec Med Administraçao	Administrador CS Bissorã
11	NCD0337	Malam Fati	M	Enf. Curso Geral	Responsavel de CS "B" de Bissorã
12	S03383	Cadidjatu Djalo	F	Enf. Curso Geral	Responsavel de CS "C" de Encheia
13		Sedina U. Cande	F		Responsavel de CS "C" de Gã-Mamudo
14	NCD0354	Nalessam Martinho	M	Enf. Curso Geral	Responsavel de CS "C" de Mansaba
15	NCD0173	Quintino G. Acudji	M	Enf. Superior	Responsavel de HR de Mansoa
16		Jorge Da Silva	M		Responsavel de CS "C" de Mores
17	S01396	Antonieta Pereira	F	Enf. Curso Geral	Responsavel de CS "C" de Nhacra
18	S03576	Jonas A. C. Almada	M		Responsavel de CS "C" de Olossato
19	NSD0307	Wiliam F. Embana	M	Enf. Superior	Responsavel de CS "C" de Porto-Gole
Regiao de Bijagos					
1	S02982	Jose Nacutum	M	Médico	Diretor Regional de Saude
2		Victor Inhame	M	Enf Geral	Diretor Regional Adjunto
3	NSD0337	Ivansca J. C. de Medina	F	Administrativo	Administrador Regional
4	S01694	Blimat Sanha	M	Enf. Geral	Responsavel GE
5	S02916	Arminda Correia	F	Parteira	Responsavel SR
6	S03368	Pascoal da Silva	M	Farmaceutico	Responsavel ME
7	NCD0470	Joelma C. de Almada	F	Enf Geral	RAS CdS "C" de Canogo
8		Ricardo Joao Co	M	Tec. Med Administraçao	Diretor do Hospital Tipo A Bubaque
9	S02919	Iolanda L. Monteiro	F	Enfermeiro	RAS CdS "C" de Canhabaque
10		Assubai Djata	F	Enfermeiro	RAS CdS "C" de Caravela
11	S03054	Zeca H. Fernandes	M	Enfermeiro	RAS CdS "C" de Formosa
12	NCD0369	Brandão da Silva Dju	M	Enfermeiro	RAS CdS "C" Orangoz Grande
13	NSD0147	Henzaria Melaco	F	Enfermeiro	RAS CdS "C" Orangozinho
14		Ionda I.B.C. Quade	F	Enfermeiro	RAS CdS "C" Soga
15	NCD0425	Cesario Gomes Ca	M	Enfermeiro	RAS CdS "C" de Unhocomo
16	S03081	Hornaldo V. Queba	M	Enfermeiro	RAS CdS "C" de Uno
17	S03096	Augusto Califa da Mata	M	Enfermeiro	RAS CdS "C" de Uracane
Regiao de Farim					
1	S03429	Ernesto Lopes Co	M	Médico Clin Geral	Diretor Reg Saude
2	S00106	Quiaque Djata	M	Enf Geral	Diretor Regional Adj
3	S02855	Matilde Vicente Gomes	F	Parteira	Responsavel SR
4	NCD0140	Nhaga Busna	M	Lic Enfermagem	Responsavel GE
5	NCD0377	Rubilson Pina Cardoso	M	Tecn, Farmacia	Responsavel CECOME Regional
6	NCD0184	Sandra Bebe da Costa	F	Enf Geral	Responsavel PAV
7	E09148	Luis Antonio Sanca	M	Economista	Administrador Regional
8	NCD0548	Enaida Djara Seidi	F	Tec Administraçao	Administrador CS A Farim
10		Melicio Gomes	M	Médico Clin Geral	Diretor Clinico CS A Farim
12		Romao Mario Incap	M	Enf Geral	Enfermeiro Chefe CS A
13	S02253	Umaro Mane	M	Enf Geral	RAS Binta
14	NSD0200	Lazaro Indequi	M	Enf Geral	RAS Candjambari
15	S03452	Manuel Jose dos santos	M	Lic em Enfermagem	RAS Cuntima
16	S03387	Andreia Andre mendes	F	Enf Geral	RAS Guidadgue

# ANEXO 15. DESPACHO NORMATIVO ORIENTADOR DA INTERAÇÃO ENTRE PROGRAMAS E SISTEMA DE SAÚDE

DESPACHO SOBRE AS ATRIBUIÇÕES DAS ESTRUTURAS DE GOVERNAÇÃO DOS PROGRAMAS NOS DIFERENTES NÍVEIS DO SISTEMA DE SAÚDE E AS COMPETÊNCIAS DAS ENTIDADES ENVOLVIDAS

O modelo de governação adotado para os programas deve ter como objetivo manter elevados padrões de efetividade e de eficiência do Programa e os respetivos ganhos em saúde trabalhando através das estruturas do sistema de saúde sistema de saúde. Várias entidades estão envolvidas nesta governação, mas sem despacho que regulamente o papel de cada uma. As entidades envolvidas incluem:

1. A nível nacional
  - a. Comité de Coordenação do Setor da Saúde (CCSS)
  - b. Estruturas de gestão direta dos programas
    - i. Direção-Geral de Prevenção e Promoção da Saúde (DGPPS)
    - ii. Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários
    - iii. Diversas Direções de Serviços do MINSAP
    - iv. Equipa de Gestão do Programa
  - c. Estruturas de apoio
    - i. Gabinete de Parcerias
    - ii. Secretaria Geral e Célula de Gestão Financeira do PNDS
    - iii. Direção Geral dos Estabelecimentos dos Cuidados da Saúde (DGECS)
    - iv. Diversas Direções Nacionais do MINSAP
      1. Direção Nacional de Recursos Humanos (DNRH)
      2. Direção de Serviços Farmacêuticos, Laboratórios e Medicamentos (DSFLM)
      3. Direção de Serviços de Saúde Comunitária e Promoção da Medicina Tradicional (DSMC PMT)
    - v. Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA)
      1. Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)
    - vi. Central de Compra de Medicamentos Essenciais (CECOME)
2. A nível regional
  - a. ....

Para cada uma destas entidades passamos a descrever, de uma forma sucinta, a sua contribuição para a governação dos programas.

Acarta de Missão dos dirigentes, definida no momento da sua nomeação, deverá especificar as sus responsabilidades para com cada um dos programas prioritários.

## GOVERNAÇÃO DIRETA A NÍVEL NACIONAL

### COMITÉ DE COORDENAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE (CCSS)

O CCSS é um fórum multissetorial, com funções de consulta, assessoria e coordenação do setor, incluindo das atividades programáticas (Despacho 07/GMSP/2015 de 16 de março).

O CCSS é secretariado pelo Gabinete de Gestão e Planificação Estratégica e assessorado por um **Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários** que junta os Coordenadores dos Programas prioritários e que se reúne quinzenalmente, presidido pelo Diretor-Geral da DGPPS.

Devido às atribuições do CCSS e ao escopo alargado do **Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários**, as suas atividades concentram-se mais frequentemente nos aspetos operacionais que na análise da evidência científica de maneira abrangente.

### DIREÇÃO-GERAL DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE (DGPPS)

Esta Direção-Geral é a principal instituição diretora dos programas, através do **Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários** e das suas Direções Nacionais, coordenadoras dos diferentes programas.

Ao **Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários** cabe facilitar uma melhor comunicação e coordenação dos programas entre si, e com o sistema de saúde, desde o nível nacional ao local. Tem atribuições operacionais abrangentes, que vão do coordenação e integração das atividades de IEC, parecer sobre a gestão operacional das atividades e recursos, incluindo a monitorização das atividades, monitorização geral de planos de ação e coordenação das ações de diferentes parceiros e a validação dos pedidos de financiamento. Este Gabinete tem um coordenador e é apoiado pelos consultores dos diversos programas que o integram.

Às **Direções Nacionais** da DGPPS competem, entre outras:

1. Elaborar, propor e submeter à tutela a programação das orientações programáticas no PNDS III;
2. Coordenar, acompanhar, apoiar e avaliar o desenvolvimento e a execução dos programas;
3. Monitorização dos indicadores de desempenho;
4. Definição dos equipamentos padrão de cadeia de frio;
5. Elaborar um Manual Técnico do programa, atualizando-o quando necessário;
6. Definir o modelo de avaliação para a gestão e monitorização dos programas;
7. Avaliar o impacto das atividades dos programas na população, em articulação com as restantes entidades envolvidas na sua governação, quando pertinente;
8. Desenvolvimento e gestão dos sistemas de informação para apoio à gestão e avaliação dos programas a todos os níveis do sistema de saúde, de acordo com os critérios técnicos definidos pelo INASA;

9. Definir os aspetos técnicos relacionados com medicamentos, equipamentos e outros produtos terapêuticos, sem prejuízo de competências específicas de outras instituições;
10. Informar todas as estruturas de governação dos programas e os parceiros relevantes, sempre que haja alterações das estratégias programáticas;
11. Promover a cooperação/articulação com o nível regional para que entre instituições de saúde, em cada nível, se proceda à implementação eficiente das estratégias programáticas;
12. Articular, a nível nacional, com outras unidades de saúde do sistema de saúde;
13. Promover e publicar, regularmente, um relatório de avaliação dos programas.

## **GOVERNAÇÃO INDIRETA A NÍVEL NACIONAL**

### **SECRETARIA GERAL E CÉLULA DE GESTÃO FINANCEIRA DO PNDS**

À Secretaria Geral e à Célula de Gestão Financeira do PNDS compete (dependendo da origem do financiamento):

1. Cabimentação orçamental para a aquisição de medicamentos e outros agentes terapêuticos recomendados pela DGPPS de acordo com indicações recebidas da CECOME;
2. Cabimentação orçamental relativa ao desenvolvimento e gestão dos sistemas de informação para apoio à gestão dos programas de acordo com indicações recebidas da Célula de Gestão Financeira do PNDS e da DGPPS;
3. Transferência de fundos ao fornecedor internacional para pagamento de medicamentos e outros agentes terapêuticos.

### **DIREÇÃO NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS**

De entre as atribuições da Direção Nacional de Recursos Humanos realçam-se as seguintes:

1. Participar na definição do desenvolvimento da política de RHS, incluindo os dos programas;
2. Promover o aperfeiçoamento profissional contínuo do pessoal da saúde, incluindo as formações promovidas pelos programas.

### **Direção Geral dos Estabelecimentos dos Cuidados da Saúde (DGECS)**

As responsabilidades desta DG em relação aos programas não estão definidas. De momento só assume a tutela dos serviços hospitalares.

Das atribuições desta Direção-Geral realçamos:

1. Elaborar normas e definir orientações técnicas para uma adequada integração das orientações programáticas nas ES dos diferentes níveis do sistema de saúde sob a sua dependência.

### **DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE FARMÁCIA**

À DSFLM compete neste momento:

1. Informar a DGPPS e a CECOME sobre os processos de Autorização de Introdução no Mercado de novos medicamentos e outros produtos terapêuticos, incluindo vacinas, mesmo das que não estão incluídas no programa nacional de vacinação);
2. Avaliar todos os pedidos de Autorização de Utilização Especial de medicamentos com caráter prioritário, e informar a DGPPS, a Secretaria Geral e a CECOME.
2. Deveria ainda ser formalizada a atribuição das seguintes competências, que neste momento estão órfãos:
  1. Dar resposta a pedidos de informação da DGPPS sobre a notificação de suspeitas de reações adversas medicamentos ou outros produtos terapêuticos ou a qualquer outro problema de segurança relacionado com medicamentos ou outros produtos terapêuticos;
  2. Informar a DGPPS e a CECOME sobre situações de rutura de medicamentos ou outros produtos terapêuticos comunicadas pelas empresas titulares de Autorização de Introdução no Mercado;
  3. Informar imediatamente a DGPPS sobre situações graves de segurança que possam vir a alterar a relação benefício/risco relativas a medicamentos ou outros produtos terapêuticos;
  4. Informar a DGPPS quando forem publicados documentos relevantes referentes a medicamentos ou outros produtos terapêuticos.

A operacionalização destas atribuições em relação aos programas, estão pouco detalhadas e merecem reflexão aprofundada.

#### CENTRAL DE COMPRAS E APROVISIONAMENTO DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (CECOME)

À CECOME deveria competir a aquisição centralizada das vacinas recomendadas no MTV e de outras vacinas recomendadas pela DGPPS e gratuitas para o utilizador, incluindo:

1. Distribuição às províncias de medicamentos e outros agentes terapêuticos dos programas de acordo a plano de distribuição orientado pela DGPPS; ou
2. Acompanhar a distribuição de medicamentos e outros agentes terapêuticos e dos stocks a nível nacional e regional garantindo, em cada momento, a quantidade de medicamentos e outros agentes terapêuticos que permita a continuidade da aplicação das recomendações estratégicas, minimizando ainda o desperdício;
3. Solicitar às DRS a estimativa das quantidades de medicamentos e outros agentes terapêuticos para garantir as estratégias programáticas em vigor e as metas de cobertura fixadas;
4. Determinar o tipo de procedimento de aquisição cumprindo as disposições legais da Contratação Pública e os Princípios da Contratação Pública;
5. Desenvolver a elaboração das peças do procedimento desta aquisição, com o apoio técnico da DGPPS e da Secretaria Geral;
6. Elaborar e tramitar todo o procedimento de contratação pública, desde a emissão da decisão de contratar até à adjudicação e celebração do contrato;
7. Enviar o processo de aquisição para fiscalização prévia do Tribunal de Contas sempre que aplicável;

8. Responsável do processo de desalfandeguição e armazenamento de medicamentos e outros agentes terapêuticos;
9. Disponibilizar informação à DGPPS sobre o estado dos procedimentos de aquisição e de disponibilização de medicamentos e outros agentes terapêuticos (*gestão de stocks*);
10. Informar a DGPPS e a DNME sobre as vacinas com contrato público de aprovisionamento resultantes da formação de Acordos Quadro e respetivos preços.

Neste momento a atividade da CECOME está centrada nos pontos 1 e 2. Como instituição recentemente criada o seu caderno de encargos evoluirá nos próximos anos para englobar todas as outras funções mencionadas.

A aquisição e distribuição das vacinas estão operacionalizadas com forte apoio da UNICEF.

### CÉLULA DE GESTÃO FINANCEIRA DO PNDS

À Célula compete:

1. Consolidar e ajustar em coordenação com a DGPPS os projetos de plano anual dos programas e o respetivo orçamento programa;
2. Integrar este orçamento no orçamento geral do setor da saúde, em articulação com a Secretaria Geral.

### ENSP

À ENSP compete:

1. apoiar as formações técnicas de promoção, atualização, capacitação e especialização do pessoal dos programas.

O programa de atividades da ENSP carece de aprovação formal do seu regulamento.

### INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

O INASA é o laboratório nacional de referência. Está-se trabalhar para ser um laboratório de referência da OMS para doenças imunopreveníveis.

Ao INASA, compete em articulação com a DGPPS:

1. A coordenação da componente laboratorial da vigilância epidemiológica e controlo das doenças alvo dos programas, de acordo com critérios definidos entre a DGPPS e o INASA;
2. A avaliação regular da imunidade da população guineense, através de um Inquérito Serológico Nacional, relativamente às doenças abrangidas pelos programas ou outras infeções/doenças alvo de vacinação, de acordo com critérios definidos entre a DGPPS e o INASA;
3. A realização de estudos de investigação e desenvolvimento que contribuam para a avaliação da efetividade e fatores de adesão às vacinas recomendadas no programa nacional de vacinação, de acordo com critérios definidos entre a DGPPS e o INASA, considerando critérios internacionais, sempre que necessário.

## GOVERNAÇÃO AO NÍVEL REGIONAL

A descentralização exige capacidades de gestão reforçadas ai nível regional.

## DIREÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE

Às DRS compete a coordenação regional dos programas em alinhamento com o nível nacional, incluindo:

1. Considerar as orientações programáticas como prioritárias a nível regional e local;
2. Coordenar, acompanhar, prestar apoio técnico e avaliar o desenvolvimento e a execução dos programas ao nível regional e local;
3. Articular as ações referente aos programas com os parceiros relevantes e hospitais na sua área de influência;
4. Estimar as quantidades necessárias de medicamentos e outros agentes terapêuticos para cumprimento das estratégias programáticas e das metas fixadas, considerando as necessidades expressas pelas AS e hospitais na sua área de influência e informar a CECOME e a DGPPS;
5. Coordenar a distribuição de medicamentos e outros agentes terapêuticos e dos *stocks* a nível regional garantindo, em cada momento, as quantidades em cada unidade que permitam a continuidade da aplicação das recomendações programáticas;
6. Informar regularmente a DGPPS e a CECOME, em moldes a definir, sobre a evolução da aplicação das orientações programáticas, incluindo a disponibilidade de medicamentos e outros agentes terapêuticos (gestão de *stocks*);
7. Garantir a uniformidade na operacionalização das orientações programáticas em todas as estruturas de saúde, incluindo a equidade no acesso, independentemente do local de residência;
8. Nomear um Coordenador Regional de cada Programa e respetiva equipa, que se articula com a DGPPS e com a CECOME, e cujos termos de referência serão definidos posteriormente.

Os técnicos responsáveis pelos programas a nível regional reúnem-se 2 vezes por ano com os técnicos das ES e com os respetivos ASC.

## UNIDADES SANITÁRIAS

As responsabilidades dos técnicos para cada um dos programas a nível das unidades sanitárias devem ser especificadas nos termos de referência desses técnicos.