

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III)

2023-2028



GOVERNO DA **GUINÉ-BISSAU**
Ministério da Saúde Pública

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III) 2023-2028



Um programa da
União Europeia



República da
Guiné-Bissau



Ação co-financiada e
gerida pelo Camões, I.P.



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN
Ação co-financiada pela Fun-
dação Calouste Gulbenkian



ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Introdução | 8 |
| PARTE I – Enquadramento | 13 |
| 1. PNDS 2023-2028: Contextualização e processo de planeamento | 13 |
| 2. Contexto geral, perfil epidemiológico e características do sistema de saúde | 16 |
| 2.1. Contexto geral | 16 |
| 2.2. Perfil epidemiológico | 22 |
| 2.3. Principais problemas de saúde | 27 |
| 2.4. Determinantes de Saúde | 34 |
| 2.5. Necessidades sentidas pelos parceiros | 40 |
| 3. O Sistema de Saúde | 44 |
| 3.1. Mapa Sanitário | 44 |
| 3.2. Organização do Sistema de Saúde | 45 |
| 3.3. Infraestruturas e equipamentos | 59 |
| 3.4. Cuidados médicos transfronteiriços | 61 |
| 3.5. Medicamentos e outros produtos terapêuticos | 62 |
| 3.6. Recursos humanos em saúde | 65 |
| 3.7. Financiamento do sistema de saúde | 68 |
| 3.8. Investigação, informação e comunicação em saúde | 71 |
| 3.9. INASA | 71 |
| 3.10. Rede de laboratórios | 77 |
| 3.11. Preparação e gestão das intervenções da saúde pública em situação de catástrofe | 78 |
| | |
| PARTE II – Estratégia Nacional Para A Saúde 2023-2028 | 81 |
| 1. População-alvo | 81 |
| 2. Finalidade, objetivos de saúde e objetivos estratégicos do PNDS III 2023-2028 | 82 |
| 3. Eixos estratégicos e áreas de intervenção | 83 |
| 3.1. Eixo estratégico 1: Governação e mobilização de recursos | 84 |
| 3.2. Eixo estratégico 2: Programas de saúde | 100 |



| | | |
|--|--|------------|
| 3.3. | Eixo Estratégico 3: Oferta de serviços essenciais | 117 |
| 4. | Implementação do PNDS | 126 |
| 4.1. | Gestão da Implementação do PNDS | 127 |
| PARTE III – Monitoria e avaliação do PNDS | | 129 |
| | Orientações gerais para reportar resultados de avaliação | 141 |
| | Nota Final | 143 |
| | Nota Técnica | 144 |

SIGLAS E ACRÓNIMOS

| | |
|--------|---|
| AIDI | Atenção Integrada às Doenças de Infância |
| ARFAME | Autoridade Reguladora de Farmácias e Medicamentos |
| ARV | Antirretrovirais |
| AS | Área Sanitária |
| ASC | Agente de Saúde Comunitário |
| AVP | Anos de Vida Perdidos |
| BAD | Banco Africano de Desenvolvimento |
| BM | Banco Mundial |
| CCM | Central de Compra de Medicamentos |
| CCSS | Comité Coordenador do Sector da Saúde |
| CDT | Centro de Diagnóstico e Tratamento |
| CECOME | Central de Compra de Medicamentos |
| CEDEAO | Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental |
| CM | Consultório Médico |
| CMI | Centro Materno-Infantil |
| COES | Centro de Operação de Emergência em Saúde |
| CPN | Consulta Pré-Natal |
| CRENAG | Centro de Recuperação e Educação Nutricional Ambulatório para Desnutridos Graves |
| CRN | Centro de Reabilitação Nutricional |
| CS | Centro de Saúde |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| CTA | Centro de Tratamento Ambulatório |
| DCV | Doenças Cardiovasculares |
| DGASS | Direção-Geral de Administração do Sistema de Saúde |
| DGECS | Direção Geral dos Estabelecimentos dos Cuidados da Saúde |
| DGPPS | Direção Geral de Prevenção e Promoção da Saúde |
| DGRH | Direção Geral de Recursos Humanos |
| DGSMI | Direção Geral de Saúde Materna e Infantil |
| DID | Department for International Development |
| DNT | Doenças Não Transmissíveis |
| DRS | Direção Regional de Saúde |
| DSEPP | Direção de Serviços de Estudos, Planeamento e Parcerias |
| DTN | Doenças Tropicais Negligenciadas |
| EmONC | Emergency Obstetric and Newborn Care Cuidados em Emergências Obstétricas e Neonatais |
| ENS | Escola Nacional de Saúde |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública |
| ERS | Equipa Regional de Saúde |

| | |
|--------|---|
| ES | Estrutura Sanitária |
| FO | Fístula Obstétrica |
| FNUAP | Fundo das Nações Unidas para a População |
| FRP | Fazer Recuar o Paludismo |
| HN | Hospital Nacional |
| HNSM | Hospital Nacional Simão Mendes |
| HR | Hospital Regional |
| IGAS | Inspeção-Geral para Assuntos da Saúde |
| IHP+ | International Health Partnership |
| INASA | Instituto Nacional de Saúde Pública |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| INEP | Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa |
| INS | Instituto Nacional de Saúde |
| INSS | Instituto Nacional de Segurança Social |
| IST | Infeções Sexualmente Transmissíveis |
| LNSP | Laboratório Nacional de Saúde Pública |
| MIF | Mulheres em Idade Fértil |
| MINFIN | Ministério das Finanças |
| MINFUP | Ministério da Função Pública |
| MINSAP | Ministério da Saúde Pública |
| MS | Mapa Sanitário |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milénio |
| ODS | Objetivos do Desenvolvimento Sustentável |
| OGE | Orçamento Geral do Estado |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OMSA | Organização Mundial de Saúde Animal |
| ONG | Organizações Não-Governamentais |
| OOAS | Organização Oeste Africana da Saúde |
| OSC | Organizações da Sociedade Civil |
| PCI | Prevenção e Controle da Infecção |
| PEN | Plano Estratégico Nacional |
| PENSIS | Plano Estratégico Nacional do Sistema de Informação Sanitária |
| PF | Planeamento Familiar |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PIMI | Programa para a Redução da Mortalidade Materno-Infantil |
| PMA | Pacote Mínimo de Atividades |
| PNDS | Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário |
| PNS | Política Nacional de Saúde |

| | |
|------------|---|
| PPAC | Plano Plurianual Completo |
| PSB | Projeto de Saúde do Bandim |
| PVVIH | Pessoas que Vivem com Infecção por VIH/SIDA |
| RIA | Rede Integrada de Ambulâncias |
| RH | Recursos Humanos |
| RHS | Recursos Humanos da Saúde |
| RMM | Redução da Mortalidade Materna |
| RN | Recém-Nascido |
| RS | Região Sanitária |
| RSI | Regulamento Sanitário Internacional |
| SAB | Setor Autónomo de Bissau |
| SARS COV 2 | Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 |
| SIDA | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| SIS/SNIS | Sistema de Informação Sanitária (Sistema Nacional de Informação Sanitária) |
| SMART | Standardized Monitoring and Assessment for Relief and Transitions |
| SNU | Sistema de Nações Unidas |
| SRO | Sais de Reidratação Oral |
| SS | Sistema de Saúde |
| TARV | Terapia Antirretroviral |
| TB | Tuberculose |
| TBM | Taxa Bruta de Mortalidade |
| TDR | Técnicas de Diagnóstico Rápido |
| UA | União Africana |
| UE | União Europeia |
| UEMOA | União Económica e Monetária do Oeste Africano |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| VID | Vigilância Integrada das Doenças |
| VIH1 VIH2 | Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 ou tipo 2 |

INTRODUÇÃO

A República da Guiné-Bissau (RGB) tem feito desde 1993 o exercício do Planeamento Estratégico para o Sector da Saúde (PES). Os documentos estratégicos setoriais – Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) – têm demonstrado capacidade de resistir às adversidades governativas.¹

O PNDS pretende ser o documento que define a estratégia nacional de saúde do país.² Ao PNDS I (1998-2002, revisto para 2003-2007) sucedeu o PNDS II (2008-2017) e em 2017 completou-se um novo processo de planeamento, tendo sido redigido o PNDS III, com um horizonte temporal 2018-2023.¹

Porém, o PNDS III ora vigente, apesar de ter sido o documento orientador em saúde nos últimos anos, nunca foi formalmente aprovado. Esta não aprovação fragiliza o sistema e compromete os resultados em saúde, urgindo agilizar a sua aprovação e consequente implementação.

No quadro da implementação do projeto IANDA Guiné Saúde³, verificou-se que esta se encontrava comprometida pela não aprovação formal do documento de PNDS III. Tornou-se necessário, não apenas para a concretização do projeto, mas sobretudo para a eficácia e eficiência na gestão em saúde no país, promover o processo de aprovação do documento que havia sido redigido em 2017. Verificou-se, porém, que este carecia de uma revisão de conteúdo, de forma a garantir a adequação à atual

¹ Guerreiro CS, Hartz Z, Ferrinho P, Havik P. 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau: Memórias do seu Planeamento Estratégico em Saúde 25 Years of national health policy in the Republic of Guinea-Bissau: Memories of its strategic health planning. *Cad Estud Afr.* 1 de dezembro de 2019; 38:239–64.

Guerreiro CS, Silva AP, Cá T, Ferrinho P. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. *An Inst Hig Med Trop (Lisb).* 2017;16(Supl.1):55–68.

² Cardoso P, Dubbeldam R. Relatório Nacional para Institucionalização da Monitoria da Cooperação Eficaz para o Desenvolvimento. Guiné-Bissau; 2018 fev.

³ O projeto IANDA Guiné Saúde insere-se no quadro do Programa para a Resiliência e Oportunidades Socioeconómicas na Guiné-Bissau (“PRO-GB”), mais especificamente no seu objetivo específico 2, de reabilitação e reforço do acesso aos serviços de água, energia elétrica renovável e sistema de saúde.

O IANDA Saúde tem por objetivo contribuir para a Cobertura Universal de Saúde na Guiné-Bissau, através do fortalecimento da governação do sistema nacional de saúde e da melhoria da qualidade e quantidade dos seus profissionais. É um projeto financiado pela União Europeia e cofinanciado pelo Camões IP e pela Fundação Calouste Gulbenkian, cuja implementação é da responsabilidade do Camões I.P. Para a implementação são parceiras várias entidades, entre elas o Instituto de Higiene e Medicina Tropical – IHMT/NOVA, com responsabilidade na área de Planeamento Estratégico em Saúde, em que se insere a colaboração na produção do presente documento.

realidade do país.

Procedeu-se à revisão do documento, num processo participativo envolvendo os atores nacionais e internacionais direta e indiretamente presentes no cenário da saúde da Guiné-Bissau, tendo-se optado por estender o seu horizonte temporal para 2023-2028.

O presente documento é o resultado deste trabalho conjunto, um moroso desafio que certamente contribuiu para que cada um se vá já apoderando do seu conteúdo e comprometendo com as suas metas.

A definição estratégica do presente PNDIS foi fortemente influenciada pela Agenda 2030 para o Desenvolvimento e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável⁴, pela Agenda 2063 da União Africana⁵, pelos Princípios de Saúde Única⁶, pelas prioridades definidas pela Organização de Saúde da África Ocidental, e pelas dinâmicas de multissetorialidade.

A Política Nacional de Saúde (PNS) de 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, tanto dos profissionais como dos utentes, referenciando-se a códigos deontológicos e a cartas de deveres e direitos, numa cultura de transparência e rigor”. Foi 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 (Tabela 1).

Tabela 1 | Visão, Missão e Valores para o Sistema de Saúde

| | |
|---|--|
| <p>VISÃO Um sistema de saúde que garanta a cobertura universal, cada vez mais eficiente, eficaz e financeiramente sustentável, com um crescente envolvimento da sociedade civil.</p> |  |
| <p>MISSÃO Contribuir de uma forma decisiva para o bem-estar físico, mental e social da população, seguindo os preceitos de acesso universal aos cuidados, programas e serviços de saúde, de forma acessível, equitativa e de qualidade para todos.</p> <p>⁴ https://au.int/sites/default/files/documents/36204-doc-agenda2063</p> <p>⁵ https://www.who.int/teams/one-health-initiative</p> | |
| <p>VALORES Equidade</p> <p>Respeito pela pessoa humana (solicitude, qualidade de serviços, confidencialidade e atendimento às suas</p> | |

Procedeu-se a uma revisão dos principais problemas de saúde identificados, bem como das necessidades sentidas como mais emergentes. Partindo de pressupostos que foram devidamente identificados (anexo 1), ficaram definidas finalidades e objetivos estratégicos para esta estratégia nacional, que se pretende seja norteadora do caminho a seguir em saúde na Guiné-Bissau. Esta é definida em três eixos estratégicos que darão origem a planos operacionais específicos, almejando atingir os resultados esperados para este ciclo.



Figura 1 | Quadro de Referência do PNDS III 2023-2028

GARANTIR A COBERTURA UNIVERSAL DE SAÚDE E PREPARAÇÃO E RESPOSTA A EMERGÊNCIAS

PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE

Doenças neonatais
Doenças obstétricas e maternas
Doenças diarreicas
Infeções respiratórias agudas
Doenças preveníveis por vacinação
Paludismo
Infeção por VIH/SIDA
Tuberculose
Desnutrição
Doenças não transmissíveis
Acidentes externos (acidentes rodoviários e impacto da violência)

PRINCIPAIS NECESSIDADES SENTIDAS

Melhor qualidade da governação do sistema de saúde
Melhorar a coordenação entre o nível central e regional, assim como a articulação intersetorial
Melhorar o financiamento público para o setor da saúde
Procurar uma maior implementação dos programas verticais e uma organização programática horizontal
Melhorar a qualidade, acessibilidade e disponibilidade dos recursos humanos
Melhorar a qualidade das infraestruturas de saúde
Capacitar a preparação e resposta a emergências de saúde pública a todos os níveis
Maior autonomia das direções regionais de saúde
Maior coordenação na implementação de programas e projetos de saúde



OBJETIVOS DE SAÚDE

1. Reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil
2. Reduzir a malnutrição
3. Reduzir a incidência de paludismo, tuberculose e infeção por VIH/SIDA
4. Aumentar o índice da cobertura universal de saúde

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Aumentar o acesso e a utilização equitativa dos serviços de saúde
2. Aumentar a quantidade de RHS em 10% ao ano
3. Aumentar a despesa pública de saúde
4. Implementar um sistema contínuo de planeamento central e regional e quantificação da despesa em saúde
5. Fortalecer o alinhamento e cooperação das parcerias em saúde

EIXOS ESTRATÉGICOS

1. Governação e mobilização de recursos
2. Programas de saúde
3. Oferta de serviços essenciais

O presente documento é composto por três partes distintas: a Parte I que enquadra a estratégia definida na Parte II, por sua vez com indicações de monitoria e avaliação na Parte III.

A **Parte I** é composta pelos seguintes subcapítulos:

- PNDS 2023-2028: Contextualização e processo de planeamento
- Contexto geral, perfil epidemiológico e características do sistema de saúde
- Caracterização do Sistema de Saúde

A **Parte II** é composta por:

- População-alvo
- Finalidade, objetivos de saúde e objetivos estratégicos do PNDS III 2023-2028
- Eixos estratégicos e áreas de intervenção
- Implementação

Da **Parte III** fazem parte orientações para a monitoria e avaliação da implementação do PNDS III.

Que possamos um dia reportar os sucessos da implementação desta estratégia que, tendo envolvido tantos atores no seu desenho, conseguirá certamente manter o envolvimento na sua consecução.

PARTE I – Enquadramento

1. PNDS 2023-2028: CONTEXTUALIZAÇÃO E PROCESSO DE PLANEAMENTO

Desde os finais da década 90, as autoridades de saúde⁷ com o apoio dos parceiros de cooperação, têm empreendido o seu maior esforço para melhorar a gestão do sistema de saúde da República da Guiné-Bissau.

O processo de planeamento estratégico em saúde no país vem descrito na literatura.⁸ Os desafios do ponto de vista político, social, económico, fragilidades de gestão, organização e funcionamento têm influenciado a operacionalização dos planos incluindo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). Os diferentes planos estratégicos são desenvolvidos, tendo em conta as estratégias gerais definidas na Política Nacional de Saúde e estão alinhados com as estratégias de desenvolvimento e combate à pobreza que, através dos quais foram desenvolvidas as edições anteriores do PNDS (Figura 2), refletem o conhecimento de diferentes atores e parceiros sobre o sistema de saúde da Guiné-Bissau, procurando estabelecer um quadro de referência e de intervenções prioritárias para dar resposta aos principais problemas que afetam ou condicionam a saúde da população.

Assim, o presente documento constitui uma atualização do PNDS III (2018-2022), documento estratégico desenhado para orientar as prioridades e programas de saúde, de acordo com a PNS 2017.

Figura 2 | O Planeamento Estratégico em Saúde na República da Guiné-Bissau (1993-2023).

⁷ Silva, Augusto Paulo. Planeamento Estratégico na Guiné-Bissau. AGO, Lisboa, 1999.

⁸ Guerreiro CS, Hartz Z, Ferrinho P, Havik P. 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau: Memórias do seu Planeamento Estratégico em Saúde *Cad Estud Afr.* 2019 Dec 1;38:239–64. <https://doi.org/10.4000/cea.4619>; Guerreiro CS, Ferrinho P, Hartz Z. Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. *Saúde em Debate.* 2018 Sep; 42:549–65. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811801>; Guerreiro CS, Silva AP, Cá T, Ferrinho P. Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos. *An Inst Hig Med Trop (Lisb).* 2017;16(Supl.1):55–68. <http://hdl.handle.net/10362/36705>

ESTRATÉGIA NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO



A elaboração do documento de PNDS III na sua versão original, em 2017, foi enquadrada pelo Plano Estratégico e Operacional do Governo (Terra Ranka - 2015-2025) e pelo Plano de Desenvolvimento Nacional 2020-2023, tendo integrado contributos da avaliação feita ao PNDS II, as recomendações da primeira conferência nacional de saúde de 2014, bem como elementos recolhidos no diagnóstico de situação conduzido na fase inicial do processo de revisão. O trabalho feito então, teve a contribuição do Ministério de Saúde Pública (MINSAP) através dos seus técnicos nacionais e das Direções Regionais de Saúde (DRS), bem como de assistência técnica e apoio financeiro dos organismos e agências internacionais e parceiros que apoiam o setor de saúde no País, nomeadamente da União Europeia (UE) através da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Apesar da redação integral do documento de PNDS III, não foi dada sequência à sua validação e adoção, estando em 2021 o país sem orientação estratégica oficialmente definida.

No âmbito da Cooperação estabelecida entre o Governo, a União Europeia (2021-2027) e a Cooperação Portuguesa (Camões I.P.), teve início em 2021 a implementação do Projeto IANDA Guiné Saúdi - Reforço do Sistema de Saúde da Guiné-Bissau, com o objetivo de contribuir para a Cobertura Universal de Saúde na Guiné-Bissau, através do fortalecimento da governação do Sistema Nacional de Saúde e da melhoria da qualidade e quantidade dos seus profissionais.

Este projeto partia do pressuposto que o PNDS III estaria em implementação. Não se verificando esta premissa, e diante da necessidade nacional de adotar oficialmente uma

estratégia em saúde, o Projeto IANDA assumiu o desafio de contribuir para o processo de revisão.

A coordenação deste exercício coube à Direção Geral da Administração do Sistema de Saúde (DGASS), tendo sido criado um grupo trabalho para o acompanhamento e validação técnica das várias etapas do processo.

De modo a aprofundar a experiência de planeamento do PNDS, foi adotada uma abordagem amplamente participativa, que envolveu os responsáveis e técnicos dos vários níveis do sistema de saúde e múltiplos parceiros nacionais (outros setores do Governo, sociedade civil, setor privado, entre outros parceiros) e internacionais.

Em suma, a não adoção pelo governo da versão anterior do PNDS III proporcionou a revisão e atualização do documento, face à evolução do contexto sanitário vivido com a pandemia COVID-19, procurando integrar, de forma clara, os princípios dos cuidados de saúde primários (CSP), em consonância com as recomendações do fórum de revitalização dos CSP na perspetiva da cobertura universal de saúde e os objetivos de desenvolvimento sustentável. Apesar dos riscos e suas possíveis medidas de mitigação, identificados na tabela 2, a elaboração e aprovação do PNDS III 2023-2028 constituiu uma oportunidade para obter um documento orientador, que define as prioridades e permite o alinhamento para o financiamento e a elaboração dos demais planos operacionais do setor de saúde.

Tabela 2 | Riscos considerados na elaboração do PNDS



| Riscos | Mitigação dos riscos |
|---|---|
| Riscos Persistência de falta de pessoal capacitado e de fundos públicos para a execução do apoio das agências internacionais resultante de mudanças de prioridades e devido à instabilidade política e económica. | Mitigação dos riscos 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. |
| Ocorrência de emergências resultantes de alterações e imprevisões que leva a alterações na prioridade dos fundos anteriormente previstos. | Fortalecer o sistema de gestão de recursos humanos e operações através da prestação de consultoria técnica e cursos financeiros para o setor saúde. |
| Persistência de pressões de corte de financiamento da rede sanitária e aumento da produção e procura de serviços. | Compromisso do Governo de combater a corrupção; fortalecer os mecanismos de controlo de financiamento tendo em consideração as alternativas de expansão da rede sanitária e a produtividade das normas. |
| Persistência de fundos fora do orçamento. Não observância dos pressupostos. | 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. |

2. CONTEXTO GERAL, PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CARACTERÍSTICAS DO SISTEMA DE SAÚDE

2.1 CONTEXTO GERAL

A República da Guiné-Bissau situa-se na costa ocidental de África. Faz fronteira com o Senegal ao norte, com a Guiné-Conacri a sul e leste e com o oceano Atlântico a oeste. É de realçar uma componente insular com 88 ilhas, que correspondem a 22% do território nacional. Manteve-se sob administração portuguesa até setembro de 1974, quando viu reconhecida a sua independência, proclamada unilateralmente em 1973.

Tomando em consideração as estimativas das Nações Unidas, em 2022 o país tinha uma população estimada de 2.105.566 habitantes, com uma taxa de crescimento anual de

2,2%.^{9,10}

Do ponto de vista da estrutura etária, a maior parte da população é constituída por jovens: 62% dos habitantes têm uma idade compreendida entre 0 e 24 anos, e 49% têm entre os 15 e 49 anos. As mulheres representam 51,1% da população.¹¹

As projeções populacionais do Fundo de População das Nações Unidas¹², indicam que em 2019 a esperança de vida à nascença era de 59,4 anos, sendo 61,3 anos para o sexo feminino e 57,3 anos para o sexo masculino. Também em 2019, a taxa de mortalidade estimada foi 9,4 óbitos por 1.000 habitantes, representado uma melhoria demográfica em relação ao período entre 2005-2010, que registou um valor médio de 12,6. A taxa de fertilidade era de 4,4 filhos por mulher em idade fértil, em comparação com 5,2 no período 2005-2010.

Em 2018, cerca de 35.7% da população vivia em zonas urbanas e 64,3% em zonas rurais.¹³

Do ponto de vista administrativo, o país está dividido em oito regiões (Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara e Tombali), que se dividem em 36 setores, e pelo Setor Autónomo de Bissau (SAB), onde se encontra a cidade de Bissau, capital política, económica administrativa do país.

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

⁹ O último censo geral da população da Guiné-Bissau aconteceu em 2009, tendo os seus resultados servido para o Instituto Nacional de Estatística fazer uma projeção de evolução da população até 2030 que, tudo indica, se encontra ultrapassada, pelo que a descrição da população e o processo de planeamento assentam em projeções das Nações Unidas e do Banco Mundial

¹⁰ World Population Prospects 2022 - <https://population.un.org/wpp/> consultado em 20 de Janeiro de 2023

¹¹ World Bank Open Data, <https://data.worldbank.org/indicator>, consultado em 20 de Janeiro de 2023

¹² Transição demográfica verifica-se quando a tendência de elevadas taxas de natalidade e mortalidade para baixas taxas respetivamente e isto confirma-se quando há abertura da janela demográfica, ao constatar-se o potencial demográfico no crescimento económico ou dividendo demográfico

¹³ Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018-2019, Relatório Final. Bissau, Guiné-Bissau: Ministério da Economia e Finanças e Direção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística (INE)



Verifica-se a existência de uma grande diversidade religiosa, com destaque para as religiões animistas, muçulmana, católica e protestantes. Em termos étnicos, embora existam entre 10 e 30 etnias¹⁴, mais de 85% da população pertence a um dos cinco grupos étnicos mais representativos: Balantas (30%) Fula (20%), Manjacos (14%), Mandinga (13%) e Papel (7%).

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

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. Esta situação reflete-se no Índice Ibrahim de Governança Africana, no qual em

¹⁴ 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 coletiva de pertença a essa comunidade

2020, a Guiné-Bissau se encontrava em 41º lugar entre 54 países, imediatamente acima de Djibouti e Angola.¹⁵ A dificuldade do desenvolvimento e dependência da comunidade de internacional é ainda uma necessidade observada no setor da saúde.

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (0,483 em 2021), a República da Guiné-Bissau é o 177º País, de um total de 191 Países.¹⁶ 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 em estado bruto) e a pesca, também artesanal, são os principais setores de atividade económica.

Em 2021 o PIB per capita era de \$627 dólares americanos, registando-se consideráveis desigualdades de rendimento entre os diferentes estratos da população (Índice de Gini = 0,348).¹⁷ No que respeita à dimensão da pobreza, em 2018, o Estudo Harmonizado das Condições de Vida das Famílias revelou que a taxa de incidência da pobreza no país era de 47,7%, com uma taxa de gravidade da pobreza de 5,4%, situação que se terá agravado em 2020 em consequência da pandemia da COVID-19.¹⁸

Em 2019, a taxa de desemprego era de cerca de 4,1%. Os trabalhos realizados são na sua maioria informais, levando a um certo grau de precariedade, bem como a uma falta de proteção social que não garante um emprego decente e um nível de vida adequado.¹⁸

O valor dotado pelo OGE para os salários teve um crescimento acentuado entre os anos de 2018 a 2021 subindo de 10,8% para 27,1%.

As infraestruturas de apoio às atividades económicas continuam a apresentar deficiências quer na rede rodoviária, que é escassa e está em más condições, quer nos portos marítimos, que estão obsoletos e degradados. É de salientar que foram registados progressos significativos nas telecomunicações e no fornecimento de energia elétrica em Bissau, mantendo-se as dificuldades de acesso a corrente elétrica na maior

¹⁵ <https://mo.ibrahim.foundation/jiag> consultado a 25 de Agosto de 2022

¹⁶ <http://hdr.undp.org/en/data> consultado a 13 de setembro de 2022

¹⁷ <https://data.worldbank.org/country/guinea-bissau?locale=pt> consultado a 13 de setembro de 2022

¹⁸ República da Guiné-Bissau. (2022). Revisão Nacional Voluntária sobre os progressos e desafios da implementação dos ODS na Guiné-Bissau. Ministério da Economia, Plano e Integração Regional

parte das regiões.

A educação é um dos setores mais problemáticos do País, registando-se deficiente desempenho e escassez de recursos humanos, financeiros e materiais. Entre 1990 e 2019, a duração média da escolaridade aumentou em 1,3 anos. Em 2018 a taxa de alfabetização das mulheres (15-49 anos) era de 32,6% e a dos homens (15-49 anos) era de 52,3%.¹⁹ Apesar das melhorias verificadas nestes e noutros indicadores, o investimento no sistema educativo ainda está abaixo das necessidades reais. Sem uma alfabetização completa, é difícil considerar que estes trabalhadores contribuam eficazmente de forma plena e integral para retirar o País da pobreza.

Devido à estreiteza do mercado de trabalho, 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 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.²⁰

A nível regional, a Guiné-Bissau integra a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) e, nesta, a Organização de Saúde da África Ocidental, assim como a União Económica e Monetária do Oeste Africano (UEMOA). 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.

2.2 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

A tabela 3, a seguir, apresenta os principais indicadores de saúde.

Tabela 3 | Principais indicadores de impacto na saúde em 2018

¹⁹ Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018-2019, Relatório Final. Bissau, Guiné-Bissau: Ministério da Economia e Finanças e Direção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística (INE)

²⁰ 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.

| Indicador | Descrição | Valor | Ano |
|--------------------------------------|---|--------------------------|------|
| Taxa de mortalidade neonatal** | Frequência de óbitos em crianças no 1º mês de vida. | 22 por 1 000 nados vivos | 2019 |
| Taxa de mortalidade infantil** | Frequência de óbitos em crianças no 1º ano de vida. | 35 por 1 000 nados vivos | 2019 |
| Taxa de mortalidade pós-neonatal** | Diferença entre a taxa de mortalidade infantil e a neonatal. | 14 por 1 000 nados vivos | 2019 |
| Taxa de mortalidade infantojuvenil** | Frequência de óbitos em crianças entre o primeiro e o quinto ano de vida. | 16 por 1 000 nados vivos | 2019 |
| Taxa de mortalidade da criança** | Frequência de óbitos em crianças até ao 5º ano de vida. | 51 por 1 000 nados vivos | 2019 |

| Indicador | Descrição | Valor | Ano |
|------------------------------------|---|--|------------------|
| Esperança de vida à nascença * | Número de anos que um RN pode esperar viver, mantido o padrão de mortalidade observado. Trata-se de um índice que depende parcialmente da mortalidade no primeiro ano de vida. | 59,4 anos | 2019 |
| Taxa bruta de mortalidade (TBM)* | Estimativa da porção da população que morre num determinado período de tempo, em que o denominador corresponde ao número de pessoas em risco de morrer neste período. Mede, também, o risco de morrer, enquanto a probabilidade da ocorrência de um efeito adverso no mesmo período de tempo. | 9,4 por 1000 habitantes | 2019 |
| Rácio de mortalidade materna (RMM) | Estima a frequência de mortes em mulheres por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério, em relação ao total de gestações (representado pelo total de nascidos vivos). | * 667 por 100 000 nados vivos *** 746 por 100 000 nados vivos | 2017* 2019*** |

Fonte: *World Population Prospects (UNPD) **MICS6 (2018) ***INASA 2018-2019

Do ponto de vista comparativo, nos países da África Ocidental, a Guiné-Bissau faz parte

da lista de países com baixo índice do alcance das suas metas e indicadores de saúde. Apesar do baixo cumprimento das metas e indicadores no país, a tendência tem sido positiva em termos de resultados de saúde da população.

Estas tendências positivas evolutivas levaram a que a Fundação Ibrahim concluísse que, entre 2005 e 2015, os progressos observados no índice de saúde da Guiné-Bissau estejam entre os maiores de África, só atrás dos observados na Etiópia e em Angola.²¹ Entre 2010 e 2019 verificou-se um avanço de +2.8 no Índice Mo Ibrahim.

No entanto, a mortalidade materna continua a registar valores elevados, 667 mortes por 100 000 nados vivos em 2017 e 746 mortes por 100 000 nados vivos em 2019. Em comparação, a Guiné-Bissau apresentava o quinto maior rácio de mortalidade materna (RMM) do mundo, abaixo do Sudão do Sul (1 150), Chade (1 140), Serra Leoa (1 120) e Nigéria (917)²², sendo mais alto nas zonas rurais, persistindo as desigualdades deste indicador entre regiões identificadas em diferentes estudos.²³

Tabela 4 | Principais indicadores de impacto na saúde em 2018

²¹<http://mo.ibrahim.foundation/pt-pt/iiaq/>

²² World Bank (2017)

²³ Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018-2019, Relatório Final. Bissau, Guiné-Bissau: Ministério da Economia e Finanças e Direção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística (INE)

| País | Taxa de mortalidade total | Taxa de mortalidade por doenças transmissíveis | Taxa de mortalidade por doenças não transmissíveis | Taxa de mortalidade por acidentes externos |
|-----------------|---------------------------|--|--|--|
| Guiné-Bissau | 1363,8 | 586,3 | 672,1 | 105,4 |
| Senegal | 903,3 | 265,9 | 551,4 | 86,1 |
| Guiné | 1236,1 | 475,5 | 660,2 | 100,4 |
| Nigéria | 1061,7 | 453,2 | 530,2 | 78,3 |
| Níger | 1112,2 | 409,2 | 599,7 | 103,3 |
| Libéria | 1056,1 | 446,2 | 506,4 | 103,5 |
| Cabo Verde | 696,6 | 98,4 | 512,8 | 85,4 |
| Serra Leoa | 1206,6 | 469,5 | 636,3 | 100,8 |
| Mali | 1108,3 | 402,2 | 611,4 | 94,8 |
| Gâmbia | 1087,8 | 385,7 | 595,5 | 106,6 |
| Costa do Marfim | 1134,8 | 415,6 | 618,1 | 101,1 |
| Benim | 1087,2 | 360,9 | 634,4 | 91,9 |
| Burkina Faso | 1156,0 | 393,1 | 647,8 | 115,1 |
| Gana | 1038,0 | 341,4 | 618,3 | 78,4 |
| Togo | 1107,5 | 363,0 | 649,4 | 95,0 |

Apesar de observar tendências que indicam uma ligeira melhoria nos últimos 10 anos, a cobertura da utilização dos serviços obstétricos continua baixa. Os partos que ocorrem em serviços de saúde cobriram apenas 53,8%, em 2019.²³ O acesso aos serviços de saúde é confrontado com uma escassez do pessoal qualificado, baixa disponibilidade de serviços cirúrgicos, bancos de sangue e medicamentos. Os cuidados são frequentemente prestados por enfermeiros gerais sem formação específica. Um conjunto de questões tem sido apontado como fatores limitantes na utilização dos serviços de saúde materna, como os copagamentos informais exigidos, a percepção de baixa qualidade dos serviços, a dificuldade de transporte e comunicações, a distância entre a comunidade e as estruturas sanitárias e os fatores culturais.²⁴

Verificam-se progressos significativos na redução da mortalidade neonatal, infantil e da criança. Entre 1995 e 2018 a taxa de mortalidade infantil passou de 223‰ para 35‰.²⁵ A taxa de mortalidade neonatal é comparável para qualquer uma das primeiras seis crianças nascidas de uma mulher (aproximadamente 31 por 1 000 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.²⁶

Por outro lado, observam-se desigualdades regionais importantes, com a taxa de mortalidade da criança a variar entre 28 por 1 000 nados vivos na Região de Bafatá e 106 por 1 000 nados vivos em Gabú. Em particular, entre 2014 e 2018, Bafatá demonstrou uma melhoria significativa no que respeita a mortalidade da criança, tendo passado de 126 para 28 por 1 000 nados vivos. Na análise por sexo, a mortalidade infantil é superior no sexo masculino e em zonas rurais, sendo em Gabú, Biombo, Quínara e Bolama-Bijagós acima da média nacional.²⁵ Em 2018, a taxa de mortalidade neonatal variou entre 3 óbitos por 1 000 nados vivos em Bafatá e 39 óbitos por 1 000 nados vivos

²⁴ World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington

²⁵ Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018-2019, Relatório Final. Bissau, Guiné-Bissau: Ministério da Economia e Finanças e Direção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística (INE)

²⁶ World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington

em Gabú. Por desagregação socioeconómica, o quintil mais pobre da população tem uma taxa de mortalidade da criança um pouco inferior (54 por 1000) do que o quintil menos pobre da população (59 por 1000).²⁷

A estimativa da taxa bruta de mortalidade (TBM) é de 9,7 óbitos por 1 000 habitantes, a nível nacional.²⁸ As maiores reduções neste indicador observaram-se no sexo feminino, com idade entre 1 e 4 anos (48%), enquanto o sexo masculino com idade entre 30-34 anos tiveram o maior aumento (22%).²⁹

No meio rural o valor da TBM é um pouco mais elevado entre os homens (9,2 óbitos por 1 000 habitantes), do que entre as mulheres (8,5), enquanto no meio urbano as diferenças entre os sexos são quase insignificantes (cerca de 7 óbitos por 1 000 habitantes para ambos os sexos). Estes valores permitem agrupar as regiões em dois grupos, aqueles em que a TBM é inferior ao valor nacional – regiões de Cacheu (8,1), Oio (7,8) e o SAB (6,9) –, e as restantes regiões, onde a TBM é superior à média nacional. Entre estas últimas regiões, Biombo (11,3 óbitos por 1 000 habitantes) é a que regista o valor mais alto.

²⁷ Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018-2019, Relatório Final. Bissau, Guiné-Bissau: Ministério da Economia e Finanças e Direção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística (INE)

²⁸ INE, Projeções 2022

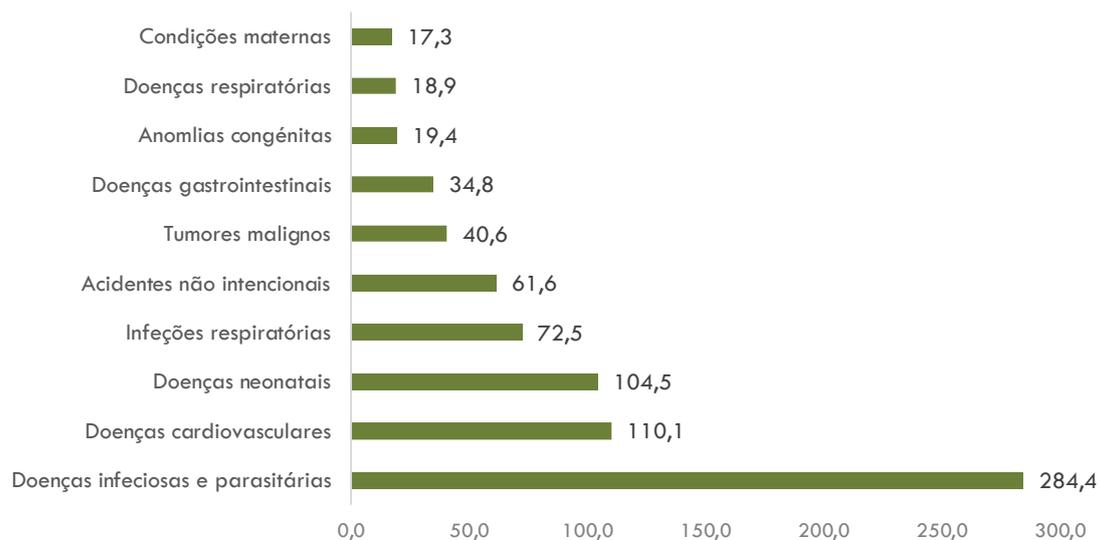
²⁹ GBD PROFILE: GUINEA-BISSAU, 2017

2.3 PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE

As principais causas de mortalidade e morbidade em 2019 foram as doenças neonatais, as doenças diarreicas, o VIH/SIDA (segundo o Secretariado Nacional de Controlo da SIDA a prevalência era de 5,3% em 2020), a tuberculose, as infeções respiratórias baixas, o sarampo, a malária, traumatismos diversos, as malformações congénitas e AVC.³⁰

Concretamente em relação à malária, os esforços do país na luta contra a doença levaram a uma forte redução da prevalência: Entre 2000 e 2020 o aumento da capacidade de diagnóstico e de tratamento, em conjunto com o reforço do controlo de vetores e da gestão de casos ao nível comunitário, permitiu reduzir o número de casos em 64% (sobretudo em crianças) e o número de mortes em 55%.³¹

Gráfico 1 | Taxa de mortalidade por grandes causas 2019 (óbitos por 100.000 habitantes)



Fonte: The Global Health Observatory, Organização Mundial de Saúde

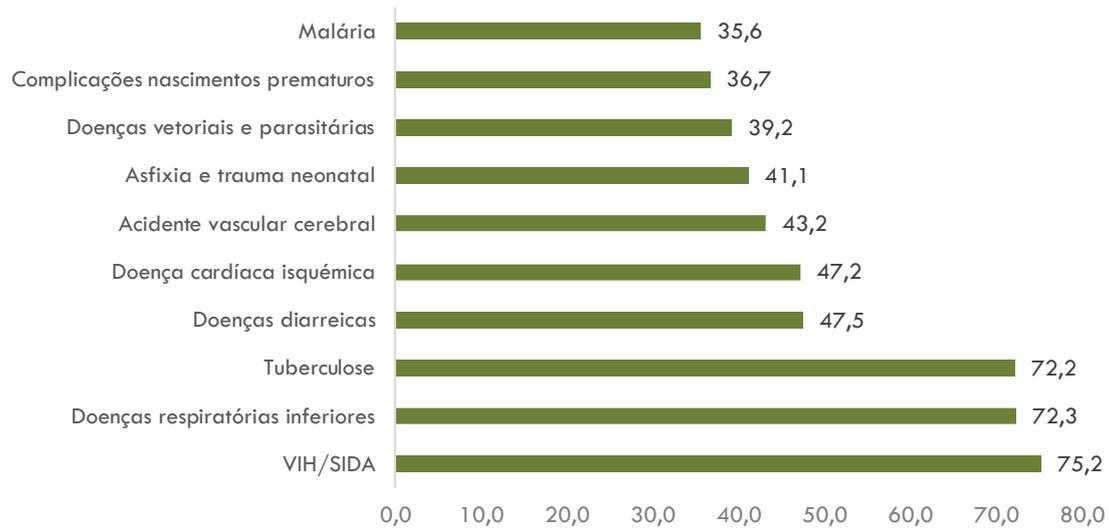
No entanto, e apesar de uma tendência decrescentes, as doenças transmissíveis e as causas nutricionais continuam a dominar as principais causas de mortalidade e morbidade da população da Guiné-Bissau. Sobre as doenças não-transmissíveis (DNT) e acidentes provocados por causas externas, observa-se uma tendência crescente.³² Em

³⁰ <https://www.healthdata.org/guinea-bissau>

³¹ Relatório de Impacto Regional – Países Lusófonos, Fundo Global, 2022; Ursing, J., Rombo, L., Rodrigues, A., Aaby, P., & Kofoed, P. E. (2014). Malaria transmission in Bissau, Guinea-Bissau between 1995 and 2012: malaria resurgence did not negatively affect mortality. PLoS one, 9(7), e101167

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 2019.

Gráfico 2 | Taxa de mortalidade por causas específicas 2019 (óbitos por 100.000 habitantes)



Fonte: The Global Health Observatory, Organização Mundial de Saúde

Em termos de distribuição percentual, em 2019, as doenças transmissíveis e condições maternas, neonatais e nutricionais foram responsáveis por 58% da mortalidade, as causas externas por 9% e as DNT por 33%.³³

³² World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington

³³ Organização da Saúde de África Ocidental. Relatório Anual 2021. Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental, 2021

Tabela 5 | Principais problemas de Saúde por grupos-alvo (ordem aleatória)

| | |
|---|--|
| <p>CRIANÇAS <5 ANOS</p>  <p>Problemas Neonatais Doenças Diarreicas Infeções respiratórias agudas Sarampo Paludismo</p> | <p>GRÁVIDAS E RECÉM-NASCIDO (RN)</p> <p>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, infeções, etc.) VIH / SIDA</p>  |
| <p>ADOLESCENTES</p> <p>Paludismo Infeções sexualmente transmissíveis (IST) VIH/SIDA (impacto potencial) Défice do sistema imunitário</p>  | <p>ADULTOS</p>  <p>Paludismo Tuberculose (aumento ligado ao VIH) IST VIH/SIDA Doenças crónicas (hipertensão arterial, diabetes, insuficiência cardíaca e renal)</p> |

Fonte: elaborado a partir dos dados do GBD de PNDS III

PROFILE: GUINEA-BISSAU, retirado do documento original

As doenças tropicais negligenciadas (DTN) não têm merecido destaque, embora sejam relevantes pela presença de vetores no país, apesar de não ser possível quantificar a sua prevalência e distribuição. A PNS 2017 refere que há necessidade de reforçar o combate às doenças em vias de eliminação. Entre as DTN com maior importância para saúde pública no país destacam-se a oncocercose, filariose linfática (*W bancrofti* e *M perstans*), tracoma, Shistosomiase, geohelmintíases (*A lumbricoides*, *A duodenale*, *T trichiuris*, *Giardia lamblia*) e lepra.

Em 2016 a vigilância sentinela de DTN realizada em seis RS (Biombo, Bolama, Bijagós, Oio, Farim e SAB), mostrou uma elevada positividade para a filariose linfática e, em 2017, numa segunda ronda da vigilância sentinela resultou na observação da presença endémica desta doença em Quinara e Tombali. A Shistosomiase é endémica em todo o território, particularmente na parte ocidental, concretamente nas ilhas e em Biombo, a par de geohelmintíases. O tracoma é endémico em todo o País, com uma prevalência

ligeiramente mais baixa em Gabú e intermédia no sul. A lepra é uma doença considerada quase eliminada. Nada se sabe sobre dengue e chikungunya.

Os resultados de um estudo nacional em 2016 mostravam que o país se encontrava livre de tripanossoma humano. De realçar ainda a potencial eliminação da poliomielite e as perspetivas para eliminação do sarampo. Houve casos de poliomielite reportados em 2022, sem conhecimento se foram classificados como importados.

É, ainda, relevante ter em consideração as doenças com potencial epidémico, emergentes ou reemergentes, e em particular a cólera, que é causadora de surtos recorrentes, bem como a ameaça do Ébola e da pandemia da Covid-19, provocada pelo vírus SARS-Cov-2, com início no ano 2020, que agravou a situação epidemiológica do país. Até ao final do primeiro semestre de 2022 das 145 619 pessoas testadas, 8 426 foram positivas, com 502 internamentos e registo de 176 óbitos.³⁴ Com base em dados do *Global Health Security Index (2021)*, o Banco de Desenvolvimento Africano classificou a Guiné-Bissau entre os cinco países mais frágeis em termos de capacidade clínica hospitalar para lidar com uma pandemia.

A prevalência das DNT permanece desconhecida, pese embora as estimativas apresentadas. No entanto, devem continuar a ser abordadas, em particular as doenças mentais, as doenças ocupacionais, a insuficiência renal, a hipertensão arterial, os acidentes vasculares cerebrais, as anemias (44% das mulheres com idade entre os 15 e 49 anos), 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

³⁴ Boletim Informativo Semanal nº 96 (Alto Comissariados para a Covid-19)

o País com a necessidade de evacuação para assistência médica no estrangeiro. Adicionalmente, devem ser considerados os traumatismos, resultantes de agressões interpessoais, acidentes de viação, quedas acidentais, envenenamento, queimaduras, intoxicações, minas, acidentes de trabalho, entre outros.

Relativamente a riscos nutricionais, segundo o Global Hunger Index, em 2022 a Guiné-Bissau ocupava a posição 111 em 121, registando 31,7% de crianças subnutridas (2019-2021), 27,9% com atraso de crescimento e 6,5%. Mais de dois terços da população não tem uma alimentação saudável. Uma dieta energética mínima é incomportável para mais de um quarto da população (28%), estimada pelo PAM em 2,3 dólares por dia para um agregado familiar médio de sete pessoas. O custo de uma dieta nutritiva (US\$ 4,00)



seria incomportável para cerca de 68% da população. As famílias rurais vulneráveis não conseguem diversificar a sua dieta para além do arroz, enfrentando por isso deficiências de micronutrientes (ferro, vitamina A, zinco).³⁵

Segundo um estudo conduzido em Bissau, publicado em 2021, a prevalência de excesso de peso e obesidade foi de 48,7% nas mulheres e de 25% nos homens. A proporção de mulheres com obesidade abdominal foi 14 vezes superior à dos homens (35,3% vs. 2,5%). A prevalência de excesso de peso e obesidade aumentou com a idade e o rendimento. O baixo peso foi mais prevalente no grupo etário dos 18 aos 24 anos (18,4%

³⁵ International Monetary Fund. Staff Report for the 2022 Article IV Consultation and Third Review Under the Staff-Monitored Program. Guinea-Bissau Country Report No. 22/196, 2022

nas mulheres e 28,9% nos homens) e foi menos frequente entre os indivíduos com estatuto socioeconómico mais elevado.³⁶

Taxa de mortalidade por grandes causas
(óbitos por 100.000 habitantes)

| | |
|------------------------------------|-------|
| Doenças infecciosas e parasitárias | 284,4 |
| Doenças cardiovasculares | 110,1 |
| Doenças neonatais | 104,5 |
| Infeções respiratórias | 72,5 |
| Acidentes não intencionais | 61,6 |
| Tumores malignos | 40,6 |
| Doenças gastrointestinais | 34,8 |
| Anomalias congénitas | 19,4 |
| Doenças respiratórias | 18,9 |
| Condições maternas | 17,3 |
| Diabetes mellitus | 16,3 |
| Doenças genitourinárias | 16,1 |
| Acidentes intencionais | 16,0 |
| Doenças endócrinas | 11,5 |
| Doenças neurológicas | 8,3 |
| Défices nutricionais | 6,7 |

Bissau, em 2019

Os comportamentos e fatores de risco, entre os vários grupos etários, carecem também de quantificação a nível nacional no que respeita à exposição ao consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas, a atividade física e os fatores nutricionais, sendo reconhecido os efeitos destes nos principais problemas de saúde.

Tabela 6 | Mortalidade padronizada por grandes e causas específicas (/100.000 habitantes), na Guiné-

³⁶ Turé, R., Damasceno, A., Djicó, M., & Lunet, N. (2021). Prevalence of underweight, overweight and obesity among adults in urban bissau, Western Africa. *Nutrients*, 13(12), 4199

Fonte: The Global Health Observatory, Organização Mundial de Saúde

2.4 DETERMINANTES DE SAÚDE

De entre os fatores com maior impacto no estado de saúde da população destacam-se o acesso desigual aos cuidados de saúde, a pobreza, a educação, o acesso a água potável, os estilos de vida, os usos e costumes; o impacto das alterações climáticas e qualidade do ar, os determinantes económicos, e as respostas do sistema de saúde.

2.4.1 VACINAÇÃO

A vacinação constitui uma das intervenções mais custo-efetivas em saúde, ajudando a prevenir a doença e a salvar vidas. A importância da vacinação enquanto determinante da saúde está associada aos esforços necessários para manter elevadas coberturas vacinais de acordo com os grupos etários, sobretudo nas crianças e nas mulheres grávidas.

Taxa de mortalidade por causas específicas (óbitos por 100.000 habitantes)

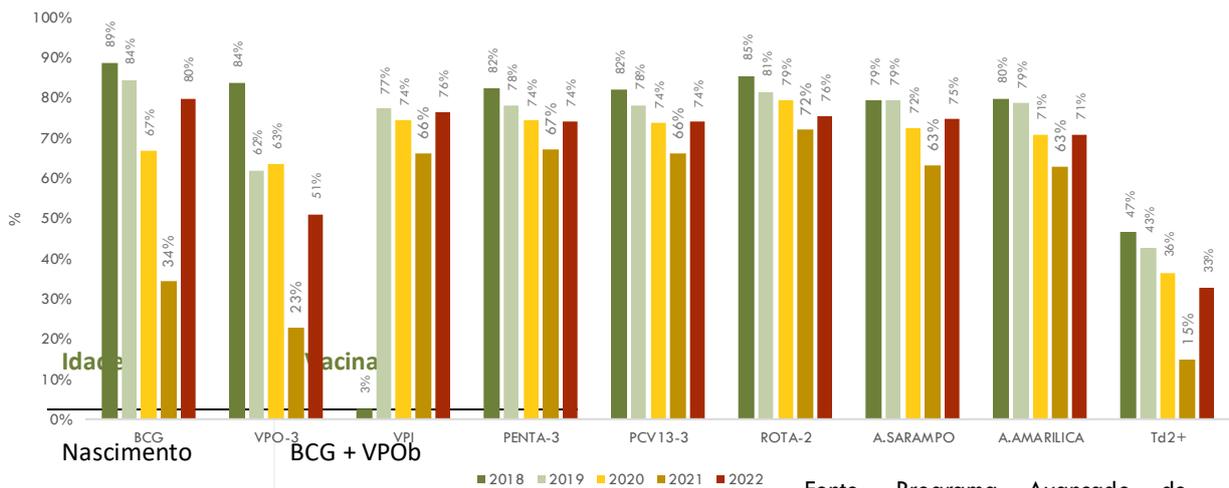
| | |
|--|------|
| VIH/SIDA | 75,2 |
| Doenças respiratórias inferiores | 72,3 |
| Tuberculose | 72,2 |
| Doenças diarreicas | 47,5 |
| Doença cardíaca isquémica | 47,2 |
| Acidente vascular cerebral | 43,2 |
| Asfixia e trauma neonatal | 41,1 |
| Doenças vetoriais e parasitárias | 39,2 |
| Complicações nascimentos prematuros | 36,7 |
| Malária | 35,6 |
| Acidentes viação | 32,2 |
| Infeções e sépsis neonatal | 22,2 |
| Doenças da infância | 21,3 |
| Cirrose hepática | 21,1 |
| Doenças renais | 13,9 |
| Meningite | 13,4 |
| DPOC | 9,9 |
| Doença cardíaca hipertensiva | 9,2 |
| Cancro do colo do útero | 8,0 |
| Asma | 7,8 |
| Auto-Lesões | 7,0 |
| Malnutrição | 6,3 |
| Defeitos do tubo neural | 6,2 |
| Cancro do fígado | 6,0 |
| Distúrbios falciformes | 6,0 |
| Cancro da mama | 4,8 |
| Afogamento | 4,7 |
| Infeções sexualmente transmissíveis (excluindo VIH/SIDA) | 4,5 |
| Anomalias congénitas cardíacas | 4,2 |
| Doença úlcera péptica | 4,0 |

Tabela 7 | Calendário vacinal, na Guiné-Bissau, em 2023

O Programa Avançado de Vacinação da Guiné-Bissau é um dos principais programas de saúde implementados junto da população, através de um calendário vacinal alinhado com as

recomendações técnico científicas internacionais (tabela 7). Os dados de cobertura vacinal registados para o período entre 2018 e 2022 mostram a necessidade de reforçar os esforços para elevar a cobertura vacinal em crianças (Figura 3) e nas mulheres grávidas (Figura 4).

Figura 3 | Cobertura vacinal por Antigéneos

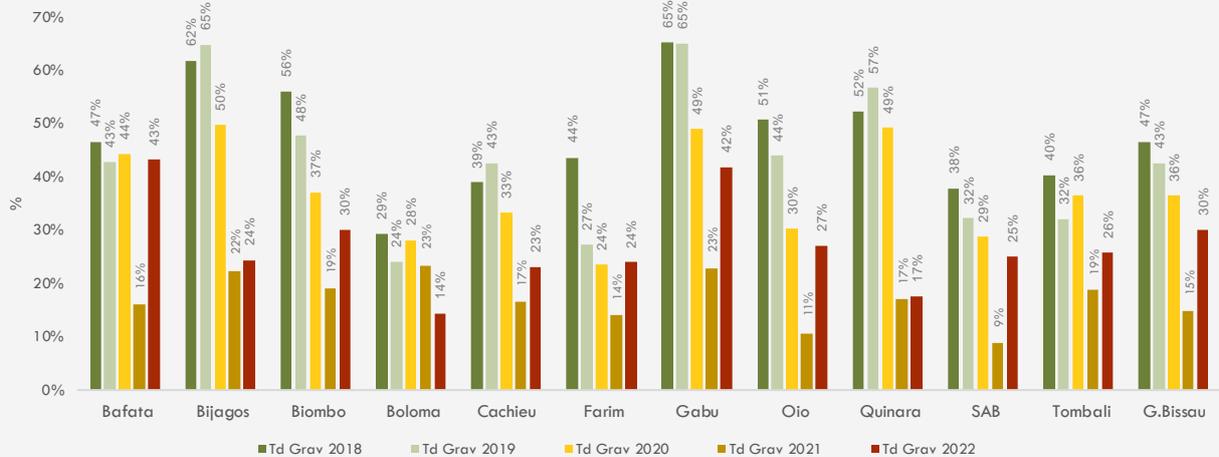


Fonte: Programa Avançado de Vacinação, Guiné-Bissau, 2023

| | |
|-------------|-------------------------------------|
| 6 semanas | Penta 1 + VPOb 1 + PCV13-1 + Rota 1 |
| 10 semanas | Penta 2 + VPOb 2 + PCV13-2 + Rota 2 |
| 14 semanas | Penta 3 + VPOb 3 + PCV13-3 + VPI |
| 9 meses | VAR1 + VAA + MenAfriVac |
| 15-23 meses | VAR2 |



Figura 4 | Cobertura Vacinal em Td-2 Grávida



Fonte: Programa Avançado de Vacinação, Guiné-Bissau, 2023

2.4.2 GÉNERO

O **género** constitui um fator de desigualdade, do mesmo modo que é impactado por elas. A vida da mulher é ainda insuficientemente valorizada na sociedade guineense, 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, sororato³⁷), 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.

2.4.3 ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

O **acesso aos serviços de saúde** está significativamente associado à situação económica: 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, em 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

³⁷ Sistema de casamento onde a irmã da falecida é obrigada a casar com o marido (viúvo) da irmã falecida

linha de pobreza moderada), Quínara, 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.³⁸

Segundo dados constantes no documento de PNDS III 2018-2022 e no relatório de contas de saúde 2015-2017, os **custos dos cuidados de saúde** e a **distância entre o local de prestação dos cuidados e o domicílio** são apontadas como as principais razões para não os procurar quando necessário.

O relatório do Banco Mundial de 2016 identifica não só as desigualdades de custos e de acesso nas diferentes regiões, como também diferenças na qualidade dos cuidados oferecido aos utentes.³⁸

Embora se tenham verificado reforços pontuais de oferta de cuidados e melhoria de algumas das respostas existentes, em 2019 estas desigualdades são referidas em novo relatório do Banco Mundial, onde se sublinha que, apesar evolução da situação sanitária do país, são necessárias medidas estruturais para garantir mais e melhor acesso aos serviços de saúde em todo o território.³⁹

2.4.4 POBREZA

A **pobreza** é um dos principais determinantes de saúde e reflete-se no stress, na reduzida higiene doméstica, na violência doméstica, na rutura do tecido social tradicional, na insegurança alimentar, desnutrição, consumo excessivo de álcool e droga no caso dos jovens, e no inadequado acesso a cuidados de saúde, tudo contribuindo para fortes desigualdades na saúde.

2.4.5 EDUCAÇÃO

A **educação** exerce uma influência positiva sobre a saúde, três quartos (76%) destes efeitos positivos da educação são adquiridos desde o fim do ensino primário.⁴⁰ Os

³⁸ World Bank (2016). Guinea-Bissau Health Sector Diagnostic. Washington

³⁹ World Bank. Guinea-Bissau: Service Delivery Indicators Report - Health. Washington, DC: World Bank. Epub ahead of print June 2019. DOI: 10.1596/32029

⁴⁰ 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-

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.⁴¹

2.4.6 ESTILOS DE VIDA

O documento de PNDS III 2018-2022 refere que a associação entre **estilos de vida** dos guineenses com a saúde foi pouco estudada, mas já o PNDS II, realça 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 DNT;
- 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 infeções sexualmente transmissíveis (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;

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

⁴¹ 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

- Automedicação – é um fator que gera morbidade, mortalidade e resistência aos medicamentos, principalmente aos antibióticos e anti palúdicos.
- 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 a cólera, o Ébola e a COVID-19.



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 meses⁴², 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 psicoafectivo tanto da criança como da própria mãe;

⁴² 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

- A abstinência sexual das mulheres durante o período da amamentação favorece o espaçamento dos nascimentos;
- Sistemas, incluindo a abota, de solidariedade familiar e comunitária disponibilizam a atenção necessária aos indivíduos quando se encontram em situação de vulnerabilidade, tanto no que diz respeito ao seu estado de saúde como à sua situação social e financeira;
- Grupos de idades (*mandjuandades*) e os convívios diários da família – são importantes para a transmissão de mensagens, conhecimentos e para a troca de experiências, inclusive sobre a saúde;
- Educação sexual abrangente (CSE), que permite aos adolescentes e jovens conhecer melhor o seu corpo e, portanto, cuidar melhor deles, e também fornece informações sobre comportamentos de risco e os serviços disponíveis para se protegerem, em particular das ISTs e da gravidez precoce.

2.5 NECESSIDADES SENTIDAS PELOS PARCEIROS

Os contatos estabelecidos com os principais parceiros do sistema de saúde em 2017 e 2022, ao longo dos processos de elaboração PNDS III e subsequente revisão, permitiram identificar um conjunto de problemas associados à estrutura e funcionamento do sistema de saúde que traduzem necessidades cuja resposta deverá ser tida em conta na consolidação desta estratégia de saúde:

- Deficiente governação do sistema de saúde com graves carências em funções como as de supervisão, inspeção e regulação;
- Fraca coordenação entre nível central e RS;
- Fraca coordenação intersectorial 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 (MS) encontra-se desatualizado, pois conserva a estrutura definida no PNDS I, não tendo acompanhado a evolução da rede sanitária;
- Forte organização programática, centrada em programas nacionais verticais;
- Iniciativas que, embora necessárias, não têm sustentabilidade – como por exemplo a estrutura, nunca operacionalizada, de telemedicina instalada no Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), ou o Centro de hemodialise que nunca passou do projeto por falta de recursos;
- Desmotivação e penúria (qualitativa, quantitativa e distributiva) dos recursos humanos da saúde (RHS), incluindo fragilidade nos mecanismos e processos de gestão no seu exercício profissional;
- 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 Cuidados Primários de Saúde;
- Disfuncionamento total do sistema de referência e contra referência hospitalar;
- Baixa coordenação entre serviços interdependentes para diagnóstico precoce de patologias crónicas e/ou sindrómicas em idade pediátrica e adulta;
- Fraca qualidade dos cuidados oferecidos aos utentes 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 e catástrofe;
- 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) mas utilização irregular das CPN consequentes;
- Baixa proporção de partos assistidos;
- Baixa prevalência no uso de contraceptivos nas mulheres em idade fértil (MIF);
- Abandono do tratamento antituberculoso, antirretroviral e de outras doenças crónicas.

Em 2022 foram também auscultados os Diretores das diferentes RS, que apontaram um conjunto de aspetos a corrigir ou melhorar nos serviços por eles dirigidos:

- As DRS têm algumas infraestruturas físicas em bom estado e adequadas, outras insuficientes ou em estado de degradação avançado, e outras em situação pouco clara e ainda sem sede própria (exemplo de 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 gestão, exceto os diretores da RS; em termos de formação/capacitação, existe um vazio em gestão sanitária;
- Constata-se que não existe em todas as DRS clareza sobre os termos de referência que definem os postos de responsabilidade, o que dificulta enormemente a gestão;
- No âmbito da autonomia das RS constata-se que esta não é efetiva (ex.: transferência e colocação de RSH é feita a nível central, sem ouvir as RS);
- Em 2022 o Conselho de Ministros aprovou as carreiras profissionais de saúde de as quais carecem, no entanto, de implementação;
- Em termos de implementação dos programas de saúde, 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 sangue;
- Apesar dos projetos de melhoria e da abertura, em setembro de 2022, de uma unidade de produção no HNSM, o fornecimento de oxigénio às diferentes ES ainda ocorre num quadro de grande precariedade;
- Todas as RS têm cadeias de frio funcionais, verificando-se problemas pontuais no seu funcionamento;
- Com apoio da OMS, todas as RS foram dotadas de telefones fixos (linha verde) que interligam as ESR entre si, mas nem sempre com a DRS, e desconhece-se a operacionalidade destes equipamentos;
- Com apoio da UNICEF, as áreas sanitárias (AS) dispõem de mecanismos de motorização para fortalecer a execução das atividades;
- Igualmente, 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, e está em curso uma iniciativa de reativação de reforço das atividades de gestão das ERS, no âmbito da parceria com o BM;
- Abastecimento com medicamentos é regular, mas verificam-se insuficiências na gestão e na distribuição, bem como fornecimento a alguns programas;
- Apesar de todas as ERS terem um quadro de pessoal, constata-se insuficiência de recursos humanos em quantidade e qualidade e má distribuição;
- Apesar da existência de um ponto focal do Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA) em cada região, constata-se insuficiência na recolha de dados, compilação, análise, interpretação e sobretudo na tomada de decisão;
- Não aplicação do estatuto do INASA e défice da dotação orçamental para a implementação do seu plano estratégico;
- A presença dos parceiros é notável assim como de outras equipas do setor privado, religioso e tradicional, mas com insuficiência de coordenação das respostas ao nível das DRS e do MINSAP.

3. O SISTEMA DE SAÚDE

3.1 MAPA SANITÁRIO

O mapa sanitário é composto por 11 Regiões Sanitárias. Na generalidade dos casos, as RS correspondem às regiões administrativas, verificando-se a existência de duas RS nas regiões administrativas de Bolama-Bijagós (RS de Bolama e RS de Bijagós) e de Oio (RS de Oio e RS de Farim). De sublinhar que estas divisões foram efetuadas devido a questões de acessibilidade. À data de 2022, as 11 RS encontram-se divididas em 114 AS (tabela 8), que constituem o nível mais próximo das comunidades, sendo definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia, segundo a documentação oficial, a qual carece de atualização, entre os 5.000 e os 12.000 habitantes.

Tabela 8 | Distribuição das Áreas Sanitárias por Região de Saúde

| ● Nº de áreas sanitárias | 11 | 8 | 10 | 5 | 19 | 14 |
|--------------------------|------|---------|---------|--------|---------|--------|
| ● Região Sanitária | SAB | Biombo | Oio | Farim | Cacheu | Bafatá |
| | 19 | 6 | 8 | 3 | 11 | |
| | Gabu | Quinara | Tombali | Bolama | Bijagós | |

Cada Região Sanitária dispõe de um conjunto de estruturas sanitárias (tab. 9).

Tabela 9 | Estruturas Sanitárias da Guiné-Bissau em 2022 por região sanitária

| Região Sanitária | Total de ES | CMI | CS tipo A | CS tipo B | CS tipo C | Outros | HR HN | HRef. |
|--------------------|-------------|----------|-----------|-----------|------------|-----------|----------|----------|
| Bafatá | 18 | 1 | | 1 | 12 | 3 | 1 | |
| Bijagós | 13 | | 1 | | 10 | 2 | | |
| Biombo | 17 | 3 | | 1 | 7 | 6 | | |
| Bolama | 5 | | | 1 | 4 | | | |
| Cacheu | 35 | 2 | 1 | 2 | 16 | 13 | 1 | |
| Farim | 5 | | | 1 | 4 | | | |
| Gabú | 20 | 1 | | 1 | 17 | | 1 | |
| Oio | 14 | 1 | | 3 | 8 | 1 | 1 | |
| Quínara | 12 | | 1 | 3 | 6 | 2 | | |
| SAB | 57 | 1 | | 3 | 12 | 39 | 1 | 1 |
| Tombali | 29 | | | 2 | 15 | 11 | 1 | |
| Total de ES | 225 | 9 | 3 | 18 | 111 | 77 | 6 | 1 |

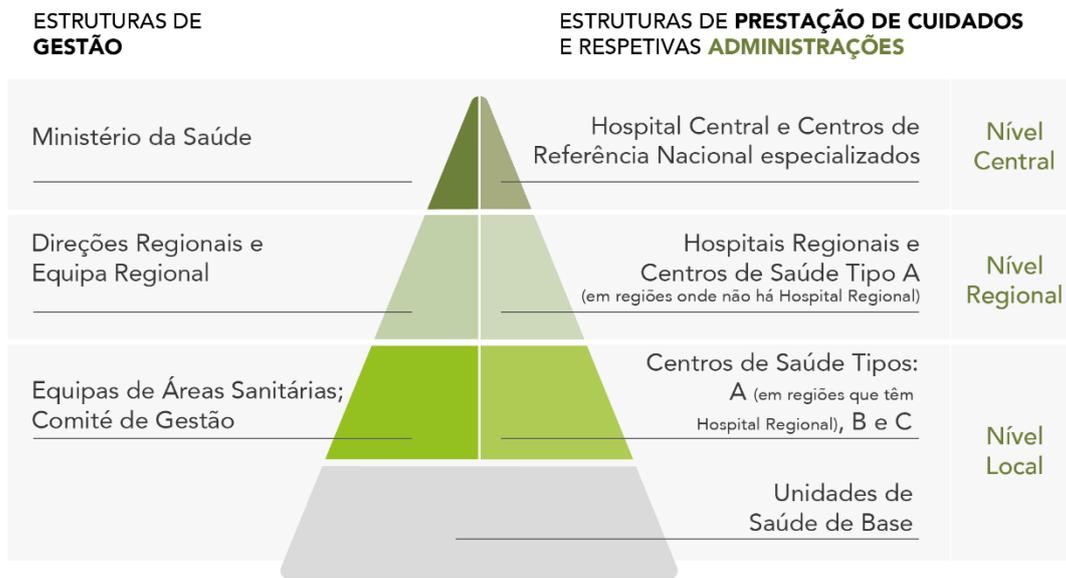
ES Estrutura Sanitária; **CMI** Centro Materno Infantil; **CS** Centro de Saúde; **HR** Hospital Regional; **HN** Hospital Nacional; **HRef** Hospital de Referência

Outros: Entidades privadas, laboratórios, entidades convencionadas e de gestão militar

3.2 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Desde 1997, com a redação do PNDS I, que o Sistema de Saúde contempla 3 níveis: central, regional e local. Ao momento presente, em cada um destes níveis coexistem respostas em saúde de natureza pública, privada e tradicional.

Figura 5 | Pirâmide Sanitária da Guiné-Bissau⁴³



Todo o Sistema de Saúde se encontra organizado em torno do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo complementado por outros setores de caráter público e pelos setores privado (com e sem fins lucrativos) e tradicional.

3.2.1 SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

3.2.1.1 NÍVEL CENTRAL

A **nível central** o MINSAP é responsável pela gestão global das atividades em prol da saúde. Por um lado, a elaboração de políticas e estratégias, a regulamentação e fiscalização das atividades e a mobilização e coordenação da ajuda externa; e por outro lado, a orientação técnica e o apoio operacional e logístico para os diferentes programas e atividades sanitárias. Do MINSAP fazem parte os seus órgãos diretivos, a Inspeção Geral de Atividades em Saúde, o INASA, o CECOME e as Direções de Serviços/Programas Nacionais.⁴⁴

De sublinhar que o MINSAP carece de uma lei orgânica atualizada, pelo que foi adotada pelo Conselho de Ministros a Orgânica do Governo. Com base nesta Orgânica, impõem-

⁴³ A Pirâmide Sanitária introduzida no PNDS III (2023-2028) resulta da adaptação da figura original, constante do PNDS I, à realidade do sistema de saúde em 2023

⁴⁴ A nomenclatura dos programas confunde-se por vezes com a das direções de serviços, com as quais podem coincidir

se a necessidade pelos diferentes Departamentos de se dotarem de Lei Orgânica que estabeleça as atribuições das competências dos diferentes serviços que os compõem na perspetiva da operacionalização das respetivas atividades. Existe a proposta de Decreto datada de outubro de 2016, mas que nunca foi aprovada e nem promulgada pelo Presidente da República, mantendo sempre num formato de rascunho.

A referida proposta do Decreto, tem sido um documento orientador para as definições da natureza, missão e atribuição do funcionalismo público. Sendo o MINSAP um departamento governamental responsável pela definição e implementação da Política Nacional de Saúde, pela promoção, coordenação e avaliação das respetivas atividades, carecendo de uma aprovação da sua Lei Orgânica, vivencia constantes alterações por diferentes Ministros em exercício de funções, com a criação de novos departamento e serviços.

O MINSAP, em 2023, é constituído pelo Gabinete do Ministro de Saúde Pública, Gabinete do Secretário de Estado da Saúde e pela Secretaria-Geral, onde se inclui a Direção-Geral dos Recursos Humanos de Saúde. Adicionalmente, existem cinco Direções Gerais (DG):

- Prevenção e Promoção da Saúde (DGPPS)
- Saúde Materna e Infantil (DGSMI)
- Estabelecimentos e Cuidados de Saúde (DGECS)
- Administração do Sistema de Saúde (DGASS)
- Hospital Nacional Simão Mendes (DGHNSM)

INFRAESTRUTURAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE NÍVEL CENTRAL

Ainda a nível central, o SNS conta com o Hospital Nacional Simão Mendes, que deve oferecer cuidados especializados no contexto da Guiné-Bissau. Existem ainda centros de referência de âmbito nacional, que têm o papel de fornecer cuidados diferenciados a patologias e/ou grupos-alvo específicos: o Hospital Raoul Follereau (tuberculose), o Hospital de Cumura (lepra), o Centro Mental (psiquiatria), o Centro de Reabilitação Motora (pessoas com incapacidade motora), o Centro de Referência de Saúde Materno-Infantil e o Centro Pediátrico Renato Grandi.

Segundo informação da direção do Hospital Nacional Simão Mendes, em agosto de 2022, esta unidade tinha 28 Serviços (tabela 10), dispersos por diversos edifícios (alguns em deficiente estado de conservação e funcionamento), cujas localizações no “Campus” Hospitalar não privilegiavam as necessárias relações funcionais interserviços.⁴⁵

Tabela 10 | Lista dos Serviços do HNSM em agosto de 2022 (informação fornecida pela direção desta unidade)
Serviços do Hospital Nacional Simão Mendes (Agosto de 2022)

SERVIÇOS CLÍNICO-CIRÚRGICOS

| | |
|---------------------------|----------------------------------|
| Serviço de Urgência | Unidade de Cuidados Intensivos |
| Cirurgia Geral | Infeciologia |
| Otorrinolaringologia | Medicina dentária |
| Cirurgia maxilo-facial | Centro de tratamento ambulatorio |
| Ortopedia | Consulta externa |
| Anestesiologia | Nefrologia |
| Ginecologia e Obstetrícia | Pediatria |
| | Fisioterapia |

SERVIÇOS DE SUPORTE

| |
|-----------------|
| Nutrição |
| Laboratório |
| Imagiologia |
| Banco de sangue |
| Farmácia |

SERVIÇOS LOGÍSTICOS

| | |
|----------------|---------|
| Laundaria | |
| Serviço Social | Limpeza |
| Estatística | Morgue |
| Cozinha | |
| Manutenção | |

⁴⁵ “PROGRAMA FUNCIONAL” DO HOSPITAL NACIONAL SIMÃO MENDES
= Proposta Preliminar =. Documento sem data e sem autor.

Não está definido um quadro de referência e contra referência entre os 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 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 deve-se também à falta de RH especializados, de equipamentos necessários ou, ainda, à presença de equipamento por instalar ou sem pessoal competente para o utilizar. Esta precaridade está associada à irregularidade nos aprovisionamentos de material clínico-cirúrgico, reagentes, fichas e instrumentos de gestão, etc., à falta de manutenção de espaços e equipamentos, a atrasos no desembolso de fundos de maneio por parte das entidades responsáveis, levando à desmotivação do pessoal, à baixa produtividade e à erosão da capacidade operacional e das competências técnicas.

Nota-se ainda sobreposição de valências clínicas e de capacidade de diagnóstico entre unidades hospitalares cuja utilização poderia ser coordenada de modo a maximizar a capacidade instalada e melhorar a resposta das diferentes unidades.⁴⁶

PROGRAMAS DE SAÚDE

A abordagem programática está geralmente associada a Direções de Serviços no MINSAP, sob tutela da DGPPS, têm parcerias bem definidas e linhas de financiamento próprias, e são operacionalizadas ou através de campanhas ou das ES do SNS. Podem ou não ser orientadas por uma política nacional temática, por um documento programático e por planos de ação anuais.

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

⁴⁶ Beja A, Moreira VHM, Biai A, N'Dumbá A, Neves C, Ferrinho P. Análise da Disponibilidade e Prontidão de Estruturas Sanitárias com Capacidade de Internamento em Duas Regiões da Guiné-Bissau. *Acta Médica Portuguesa*. 2020;33(2):101-108. doi:10.20344/amp.11178

através do sistema de saúde guineense, que exigiria uma atenção especial e um investimento no sistema de financiamento do SNS, mas potenciaria o impacto do apoio no sistema geral de saúde e nos eventuais níveis de cobertura.⁴⁷

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 SNS (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 enquadrados por metas de âmbito global (redução da mortalidade materna, neonatal e da criança; controlo e mesmo eliminação de doenças preveníveis por vacinação).

Por último há um conjunto de programas que existem, pelo menos nominalmente, podendo (Direção de serviço de Saúde Comunitária e Medicina Tradicional) ou não (doenças não transmissíveis - DNT, saúde mental, saúde ambiental e saúde da visão) ter políticas temáticas e PEN (Plano Estratégico Nacional), mas que não estão atualizados ou priorizados pelo Governo ou pelos parceiros, em termos de financiamento ou execução.

3.2.1.2 NÍVEL REGIONAL

Cada uma das 11 RS dispõe de uma DRS e de ERS. As DRS são compostas por Diretor Regional de Saúde, Diretor Adjunto e Administrador Regional. Por seu lado, as ERS são compostas por Diretor Regional de Saúde, Diretor Adjunto, Responsável de Grandes Endemias, Responsável da CECOME, Responsável de Saúde Reprodutiva, Responsável de Laboratório e Diretor de Centro de Referência. Integram também a Região, sem pertencer à ERS, o Responsável do Sistema de Informação Sanitária e o Ponto Focal para a Saúde Comunitária.

⁴⁷ 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

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

Os Hospitais Regionais (HR) constituem o primeiro nível de referência para serviços como a cirurgia, a transfusão sanguínea, a radiologia, exames laboratoriais diferenciados, entre outros. Existem 5 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.

Junto de alguns dos HR existem “casas de mães” apoiadas pela Cáritas ou, em determinados períodos, por outros projetos com foco na saúde materna e neonatal, como foi o caso de H4+.



3.2.1.3 NÍVEL LOCAL

A nível local a prestação de cuidados é garantida por 2 tipos de iniciativas: Iniciativas com base nos Centros de Saúde e Iniciativas de base comunitária.

CENTROS DE SAÚDE

Os serviços que deveriam ser de primeiro contato para a prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) incluem: Centros de Saúde (CS) generalistas (tipo A, B e C) e Serviços de Saúde Especializados direcionados a problemas específicos: Centros de Tratamento Ambulatório (CTA) do Programa Nacional de Luta Contra a SIDA/ Hepatites Virais (PNLS/HV), Centros de Diagnóstico e Tratamento (CDT) do Programa Nacional de

Luta Contra a Tuberculose⁴⁸, os centros de reabilitação nutricional (CRENI e CRENAS) e os centros materno-infantis (CMI).

Os **CS generalistas** prestam CSP 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), sendo também feita uma distinção entre CS rurais e CS urbanos. Os CS de tipo A, B e C estão caracterizados no anexo II. A atual caracterização carece de atualização, quer no domínio de cobertura populacional, quer de especificidade dos cuidados prestados e dos recursos humanos alocados. Sugere-se que no âmbito da implementação do PNDS III 2023-28 se faça esta revisão ao contexto atual.

No âmbito do exercício de atualização do mapa sanitário realizado em julho de 2022, concluiu-se que existem 128 CS, dos quais 4 do tipo A, 21 do tipo B (em condições ideais deveria ter um médico) e 103 do tipo C (habitualmente sem médico, serviços prestados por enfermeiros). Os CS são responsáveis pela implementação de um Pacote Mínimo de Atividades (PMA).

Caixa 1 | Pacote mínimo de atividades

O PMA é composto por cinco grupos de atividades, nomeadamente atividades curativas, atividades preventivas, 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 e 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.

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 CSP mais próximo (aqui não se

⁴⁸ 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)

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 da 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 os cuidados inscritos no PMA 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 os cuidados do PMA 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.

Relativamente a serviços de saúde especializados direcionados a problemas específicos, foram criados pelo menos uma CTA em cada RS, através do PNLS/HIV. Os poucos resultados mostram elevadas taxas de abandono da terapêutica, baixas taxas de seguimento e elevadas taxas de óbito de utentes medicados com TARV.⁴⁹ Os centros de reabilitação nutricional (CRENI e CRENAG) e CMI são essencialmente apoiados pelo UNICEF, UNFPA, UE (através do Programa PIMI), BM e pela Cáritas.

INICIATIVAS DE BASE COMUNITÁRIA

As iniciativas de base comunitária são compostas por de promoção da saúde, prevenção da doença e curativas, implementadas por Agentes de Saúde Comunitária (ASC) nas AS. A nível local, estas atividades são coordenadas pelo Supervisor de terreno (SOT), por sua vez supervisionado pelo Responsável da Área Sanitária (RAS). A nível regional, a coordenação é da responsabilidade do Ponto Focal e, a nível central, pela Direção de Serviço de Saúde Comunitária e Promoção da Medicina Tradicional. As atividades dos ASC visam principalmente aumentar a oferta e procura de serviços de saúde nas AS e reduzir a morbimortalidade neonatal, infantil e materna, assim como diminuir a incidência de VIH e Tuberculose. Adicionalmente, trabalham também para reduzir a incidência e consequências da malária, diarreia e pneumonia, incluindo no tratamento destas doenças na comunidade. Realizam também o rastreio de desnutrição nas crianças menores de cinco anos.

Segundo o Plano Estratégico Saúde Comunitária 2021-25, o conjunto das

⁴⁹ Projeto 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

responsabilidades dos ASC inclui 22 práticas familiares essenciais, conforme enumerado

| Práticas familiares essenciais | |
|---|---|
| 12. Cuidados essenciais ao recém-nascido. Reconhecimento de sinais de perigo no recém-nascido, na grávida, e na puérpera e encaminhamento para o CS | 18. O ASC realiza teste VIH a casos suspeitos, encaminhamento para o CS e distribuição de ARV a doentes estáveis no tratamento |
| 13. Assegurar a vacinação completa e correta da criança até aos 11 meses de acordo com o calendário vacinal | 19. Detecção de sinais de perigo ou de alerta durante a gravidez e no período pós-parto (sangramento, dores de cabeça graves com visão turva, febre, dores de estômago graves, tensão arterial elevada, desmaios, dores no peito e falta de ar repentina, etc.) |
| 14. Assegurar a realização de 4 CPN, vacinação e teste de VIH à grávida | 20. Assegurar a distribuição de contraceptivos e preservativos na comunidade |
| 15. identificação de doentes de VIH perdidos de vista | 21. Aconselhar a comunidade sobre prevenção e encaminhamento de casos de fístula obstétrica. |
| 16. Seguimento de doentes TB/HIV em tratamento e apoio psicossocial | 22. Informar a população sobre a gravidade e as consequências da violência baseada no género |
| 17. DOT comunitário e profilaxia com isoniazida nas crianças menores de 5 anos Encaminhamento das crianças nascidas de mães seropositivas para realizar o PCR nos primeiros 2 meses de vida | |

na tabela 11.

| Práticas familiares essenciais | |
|---|---|
| 1. Amamentação precoce do bebé e exclusivamente ao peito até aos 6 meses e introdução dos alimentos complementares entre os 6 e os 24 meses | 6. Prevenção de TB e busca ativa de casos suspeitos e recuperação dos perdidos de vista |
| 2. Rastreio ativo de desnutrição de crianças dos 6 aos 59 meses; suplementação com Vit. A e desparasitação com Mebendazol. | 7. Prevenção de VIH e utilização do preservativo |
| 3. Uso de mosquiteiros impregnados por crianças de 0-5 anos e grávidas | 8. Prevenção e identificação da diarreia em crianças menores de 5 anos e tratamento de casos simples com SRO e Zinco |
| 4. Lavagem das mãos com água e sabão nos momentos críticos e com frequência ao longo do dia | 9. Identificação de casos de febre na comunidade; realização do TDR aos casos suspeitos e tratamento com ACT nos casos simples (exceto a grávidas). |
| 5. Tratamento da água de consumo com lixívia | 10. Prevenção e identificação do paludismo |
| | 11. Prevenção e identificação da pneumonia; identificação de casos em crianças menores de 5 anos e tratamento de casos simples com amoxicilina |

Tabela 11 | Práticas familiares essenciais

Até à data, os ASC não pertencem ao quadro de pessoal do MINSAP. São pessoas voluntárias, selecionadas no seio da comunidade na base, formadas e enquadrados pelo pessoal de saúde. Prestam serviço mediante uma motivação de natureza diversificada (subsídios, equipamentos, materiais, etc.).

Nos últimos anos foi feita uma série de reflexões técnicas sobre a estrutura do Programa de Saúde Comunitária, sendo que em 2020 se chegou a um consenso sobre as mudanças a serem realizadas para melhorar a implementação de pacotes de intervenções de base comunitária. Com a revisão da Estratégia de Saúde Comunitária 2021-25 aprovada nesse ano, foi estabelecida a redução a nível nacional do número de ASC de acordo com os critérios de: zonas centrais da cidade com melhor acesso a serviços de saúde, taxa de vacinação Penta 3 e características culturais e socioeconómicas. Igualmente, os ASC serão reorganizados em pares (Masculino/Feminino), sendo que cada par de ASC será responsável pela visita de 100 Agregados Familiares.⁵⁰

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.

O Programa de Saúde Comunitária depende exclusivamente do financiamento externo, tendo como principais parceiros financiadores a União Europeia, o Banco Mundial e o Fundo Global, o que inevitavelmente levanta reflexões sobre a sustentabilidade das suas ações.

É opinião generalizada entre os profissionais de saúde de que as atividades dos ASC carecem de melhor enquadramento institucional, pelo que se propõe analisar esta questão e definir formalmente o papel dos trabalhadores comunitários de saúde no sistema de saúde.

3.2.2 OUTROS SETORES DE CARÁTER PÚBLICO

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

⁵⁰Atelier de validação da estratégia de saúde comunitária, 18-19 Nov. 2020 (conclusões)

Principal (hospital Sinoguineense, em Bissau), um Hospital da Base Aérea (hospital de dia, também em Bissau) e Postos 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 Sinoguineense são civis oriundos de todo o território nacional.

O **Ministério do Interior** tem um consultório médico no ministério e o da **Justiça** está a negociar com o Ministério da Função Pública a colocação de postos de saúde dirigidos por enfermeiros em cada uma das 4 prisões do País.⁵¹

3.2.3 SETOR PRIVADO

No setor privado não lucrativo existem dois modelos de gestão. Por um lado, há entidades que gozam de total autonomia no seu exercício, não recorrendo a recursos públicos para a sua atividade. Exemplo disto são projetos desenvolvidos por Organizações Não-Governamentais (ONG) e entidades da sociedade civil.

Noutros casos verifica-se a existência de relações de parceria, regidas por protocolos entre o MINSAP e as entidades privadas. Gozam de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, beneficiando em muitos casos do apoio do MINSAP, através do destacamento de profissionais que exercem nessas estruturas. Exemplos disto envolvem a Igreja Católica (Cáritas), algumas ONG, como a fundação Renato Grandi, ou a Igreja Evangélica⁵², nomeadamente a Casa Emanuel, no processo de convencionar os seus serviços clínicos com o Estado.

3.2.1.3 ENTIDADES PRIVADAS LUCRATIVAS

O setor privado lucrativo tem enquadramento legal desde 1990. Em 2016 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, fixando 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

⁵¹ No caso de haver necessidade de apoio médico, este será mobilizado da ES pública mais próxima

⁵² Centros de saúde a sul, leste e ilhas

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. Verifica-se, porém, que estas orientações nunca foram seguidas, não sendo cumprida a regulamentação nesta matéria. Não existe um registo oficial do número e especificação das entidades privadas lucrativas em saúde, que proliferam sobretudo na região SAB.

3.2.4 SETOR DA MEDICINA TRADICIONAL

A OMS encoraja a plena exploração do potencial da medicina tradicional e à promoção de medicamentos tradicionais seguros e eficazes.⁵³

A prática de Medicina Tradicional é uma realidade na Guiné-Bissau e encontra-se contemplada no Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária.

3.3 INFRAESTRUTURAS E EQUIPAMENTOS

As estruturas sanitárias do setor público são constituídas por Centros de Saúde (CS), Hospitais Regionais (HR), Hospitais de Referência Nacional (HRN) e Hospitais Nacionais (HN). Existe ainda um conjunto de infraestruturas e equipamentos pertencentes ao setor privado (com e sem fins lucrativos), cuja responsabilidade de manutenção não é do Estado.

As infraestruturas não beneficiam de manutenção regular, o que contribui para a sua rápida degradação. Trata-se de um problema que afeta todas as estruturas de prestação de cuidados e a que o governo procurou dar resposta nos últimos anos, tendo assinado, em 2021, um contrato com uma empresa privada para garantir a manutenção dos equipamentos.

As DRS dispõem de viaturas operacionais, necessárias às suas atividades. Cada CS deveria ter, no mínimo, uma ambulância ou moto ambulância para as evacuações de urgência e uma viatura todo-o-terreno para as atividades de supervisão e de apoio

⁵³ <https://www.afro.who.int/pt/regional-director/speeches-messages/dia-da-medicina-tradicional-africana-2021>

técnico aos CS. Acontece, no entanto, que as ambulâncias só estão disponíveis nos HR e em alguns centros de saúde.

Uma outra questão algo preocupante relativamente ao transporte de doentes, sobretudo com os de evacuações, tem a ver com o financiamento. Excetuando grupos vulneráveis (Grávidas e Crianças menores de 5 anos, subvencionados pelo PIMI), são os familiares dos doentes que assumem 100% dos custos de deslocação.

No âmbito da componente de reforço do sistema de saúde do Plano de Contingência da COVID-19, o Alto Comissariado criou, em colaboração com o MINSAP e parceiros, a Rede Integrada de Ambulâncias (RIA), um projeto inovador que constitui o alicerce para implementação de um Sistema Nacional de Emergência Médica. A consolidação e alargamento da RIA afigura-se determinante para a melhoria de oferta de cuidados e a melhor gestão dos recursos disponíveis.

No MINSAP, existe a Direção de Serviços de Instalações e Equipamentos de Saúde encarregue da coordenação da gestão e manutenção. Esta confronta-se com fraca capacidade de intervenção devido a escassos recursos humanos, materiais e financeiros.

O grosso da equipa dos Serviços de Manutenção Técnica encontra-se no HNSM, a maioria não tem formação especializada para as áreas da manutenção técnica em equipamentos médico-cirúrgicos, instrumentos, mecânica auto e de transportes marítimo para evacuação em lanchas rápidas.

Segundo a direção do Hospital, em 2022 existiam apenas 4 técnicos com formação em electromedicina. Quer os HR quer as 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 alguns dos principais estrangulamentos para a atividade de serviços e estabelecimentos de saúde. Esta é uma situação generalizada no continente africano.⁵⁴

⁵⁴ OAS (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

3.4 CUIDADOS MÉDICOS TRANSFRONTEIRIÇOS

Quando o sistema de saúde não responde às necessidades procuram-se apoios nos países vizinhos, em particular no Senegal, para onde os pacientes se deslocam por conta própria, existindo a possibilidade de evacuação internacional através de Junta Médica ao abrigo de um acordo com Portugal (a maioria dos doentes enviados para assistência no estrangeiro⁵⁵).

Em 2016, 1.569 guineenses procuraram evacuação para Portugal através do MINSAP. Destes, 1.025 pedidos de evacuação foram encaminhados à Embaixada de Portugal em Bissau, tendo sido concedido visto para tratamento a 425, 76% dos quais tinha idade entre 15-49.⁵⁶

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 ONGs, para países como o Senegal, Portugal ou Espanha.

⁵⁵ 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

⁵⁶ 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

3.5 MEDICAMENTOS E OUTROS PRODUTOS TERAPÊUTICOS

A produção legislativa relacionada com o setor do medicamento tem sido abundante e relevante, com destaque para o documento da Política Farmacêutica Nacional (2009), o regime jurídico da atividade farmacêutica (Decreto n.º 11/2010, de 26 de agosto), a Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (2016) ou o Estatuto da Autoridade Reguladora de Farmácias e Medicamentos (ARFAME), que aguarda aprovação pelo Conselho de Ministros.

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, encontrando-se em funcionamento.

Em 2002, foi criada a CECOME, com a perspetiva da 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, HNSM e outros centros de referência nacional, além de algumas ONG que atuam na área da saúde).

Relativamente ao acesso aos medicamentos, tem-se verificado graves deficiências e roturas de stock resultante de um baixo nível da previsão e domínio de toda a cadeia de



aprovisionamento, isto, apesar do investimento que tem sido feito na CECOME. Esta situação teve repercussão ao nível das estruturas de saúde comunitária, que registaram durante muito tempo ruturas de stock de importantes medicamentos e insumos para o

diagnóstico e tratamento de várias doenças, com ênfase no paludismo, VIH/SIDA e tuberculose.⁵⁷

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. Em 2017, o Governo autorizou o licenciamento de entidades privadas por um período de 5 anos. Estas entidades também garantem importação e distribuição de medicamentos.

Dos 17 farmacêuticos atualmente existentes no país, apenas 2 estão em funções no sistema público e 4 passarão à reforma em 2023, pelo que é necessário dar uma atenção especial à formação de novos profissionais.

O Plano Estratégico para as atividades farmacêuticas que cobria o período de 2009 a 2013, carece de atualização. A ARFAME está a apoiar a reestruturação da CECOME.

A falta de regulação efetiva e fiscalização levou ao aparecimento no mercado de produtos farmacêuticos de origem desconhecida ou duvidosa, bem como à venda, em todo o país, de medicamento falsos a baixo preço, o que constitui um grave problema para a saúde da população. Além disso, existe a questão da utilização destes medicamentos tanto nas instalações de saúde como nas comunidades em termos de qualidade do produto, dosagem, duração do tratamento, automedicação, entre outros.

3.5.1 SANGUE

A Guiné-Bissau não dispõe de uma Política Nacional de Sangue em vigor que enquadre o funcionamento regular dos bancos de sangue e a segurança das transfusões. Consequentemente, está por clarificar quais as instalações adequadas, equipamentos e o pessoal especializado necessários, bem como a organização dos serviços e os procedimentos para garantir um regular funcionamento dos serviços de sangue e a resposta às necessidades de acordo com padrões de qualidade e segurança.

Não há, no País, um único especialista na área da imunohematologia e a falta de

⁵⁷ República da Guiné-Bissau. Implementação do Programa de Ação de Istambul na Guiné-Bissau 2011-2020 (Relatório Final). Bissau: República da Guiné-Bissau; 2020 mar

equipamentos de refrigeração e de reagentes, bem como de capacidade para reparar os equipamentos existentes e conservar as infraestruturas, afetam o regular funcionamento da estrutura de colheita, análise, conservação e distribuição de sangue e derivados.

Embora exista uma “Associação Guineense dos Doadores Voluntários de Sangue” (AGUIDAVS), e sejam organizadas campanhas de recolha com apoio de diferentes entidades, a grande maioria do sangue utilizado nas unidades de saúde do país provém de doadores familiares.

Esta é uma situação preocupante que requer uma reorganização especial e diligente por parte do governo e dos seus parceiros para reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil, dois alvos frágeis e vulneráveis devido à anemia em mulheres grávidas e crianças devido a várias causas, como nutricionais e hemorrágicas durante o parto.

3.5.1 OXIGÉNIO

Em 2022 entrou em funcionamento uma unidade de produção de oxigénio no HNSM, que satisfaz as necessidades desta unidade de saúde e permite o abastecimento de outras ES. A OMS também pôs em funcionamento uma unidade de oxigénio. O reforço da produção permitirá evitar avarias e assegurar que as estruturas sanitárias tenham o nível operacional adequado.

3.6 RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

A melhoria da utilização e do desempenho dos RHS foi traçada como objetivo para a gestão de força de trabalho saúde da Guiné-Bissau em 1997. Apesar de, desde então, terem sido adotadas duas estratégias para desenvolvimento de RHS, a implementação das medidas neles previstas foi muito condicionada pela instabilidade política, governamental e, sobretudo, administrativa que o país atravessou, que determinaram sucessivas mudanças dos dirigentes e técnicos, bem como diversas reformulações na orgânica do MINSAP.

Neste contexto, a atividade de desenvolvimento de RHS tem sido limitada às tarefas administrativas ou de gestão operacional impostas pela administração corrente, com um desempenho condicionado por diversas dificuldades e carências, tais como a falta de suportes administrativos e jurídicos que regulamentem o exercício de emprego duplo entre os setores público e privado, com ou sem fins lucrativos, ou a escassez de materiais e equipamentos.

Neste âmbito, o MINSAP irá implementar o Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde 2023-2032, alinhado com este PNDS.

3.6.1 PONTO DE SITUAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE

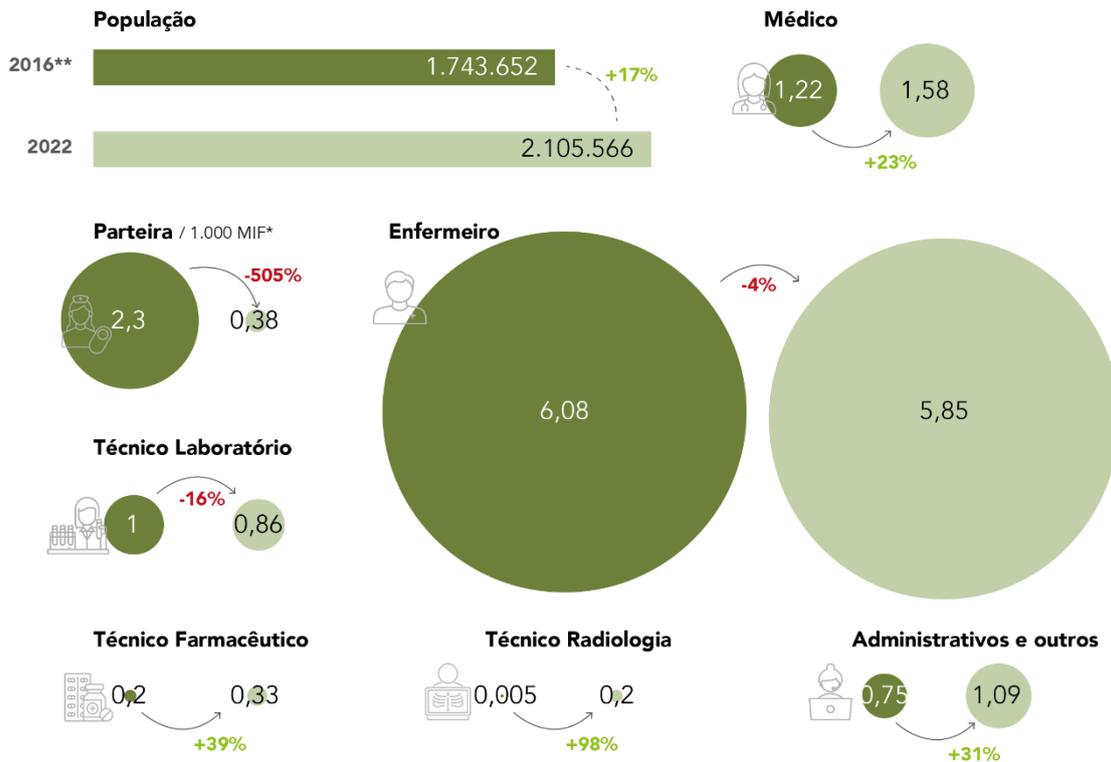
Ao longo da última década vários relatórios de entidades nacionais e internacionais apontam a dificuldade de obter um diagnóstico claro e abrangente dos recursos humanos da saúde na Guiné-Bissau, dificuldade que, ao mesmo tempo, resulta e aprofunda as fragilidades do sistema de saúde, nomeadamente ao nível do planeamento e da gestão da força de trabalho. Um dos grandes problemas identificados

é a falta de especialistas, agravada por uma grande disparidade na sua distribuição entre as diferentes regiões e estruturas de saúde e dentro da mesma estrutura, com uma forte concentração no Setor Autónomo de Bissau.⁵⁸

A generalidade dos parceiros e responsáveis pelo setor da saúde ouvidos durante a elaboração dos PNDS III e na sua revisão apontam múltiplos fatores que condicionam a gestão da força de trabalho. Entre estes, destacam-se a incerteza resultante da instabilidade política e financeira do país, as dificuldades relacionados com deficiências na formação inicial e pós graduada, a morosidade e pouca clareza nos processos de contratação, a ausência de carreiras e de mecanismos para regulação da atividade dos diferentes grupos profissionais (falhas no controle de assiduidade, inexistência de regras para enquadrar a prática simultânea no setor público e privado, etc.) ou a precariedade generalizada das condições de trabalho. Além disso, existem números insuficientes, baixas competências, baixa motivação e baixo empenho dos prestadores de cuidados de saúde nas unidades sanitárias, o que não permite a prestação de serviços de qualidade.

⁵⁸ República da Guiné-Bissau. (2022). Revisão Nacional Voluntária sobre os progressos e desafios da implementação dos ODS na Guiné-Bissau. Ministério da Economia, Plano e Integração Regional. <https://guineabissau.un.org/pt/191425-revisao-nacional-voluntaria-sobre-os-progressos-e-desafios-da-implementacao-dos-ods-na-guine>

Figura 6 | Evolução do rácio global de grupos profissionais entre 2016 e 2022



NOTA: Rácio global de médicos, enfermeiros, técnicos e administrativos indica profissionais disponíveis por 10.000 habitantes. Relativamente às parteiras, o índice apresentado refere-se ao número de parteiras por 1.000 mulheres em idade fértil (MIF).

Fonte: DSRHAS.

*Total população de Mulheres em Idade Fértil – MIF: 463.225, INASA

** Fonte: PNDSIII

Ainda assim, o crescimento do número de profissionais ao serviço do MINSAP verificado entre 2016 e 2022 (figura 6 e tabela 12), é um claro indicador de uma maior disponibilidade de profissionais no mercado de trabalho, que não pode ser dissociada do reforço da capacidade de formativa no país. Trata-se, no entanto, de formação garantida por instituições, públicas e privadas, que desenvolvem atividade sem obedecer a uma estratégia nacional para qualificação da força de trabalho.

Tabela 12 | Comparação dos números absolutos e relativos dos RHS do MINSAP (2016 e 2022)

| Profissionais de saúde no MINSAP | 2016 | | 2022 | | Variação 2016-2022 | |
|---|-------------|------------|-------------|------------|--------------------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| NÍVEL SUPERIOR | | | | | | |
| Médicos Generalista | 175 | 13,58 | 235 | 12,37 | 60 | 34,29 |
| Médicos Especialista (Área clínica) | | | 18 | 0,95 | | |
| Médicos Especialista (Medicina Geral Integrado) | | | 35 | 1,84 | | |
| Enfermeiros (superior) | | | 334 | 17,59 | | |
| Prof de laboratório (superior) | | | 37 | 1,95 | | |
| Farmácia (curso superior) | 4 | 0,31 | 2 | 0,11 | -2 | -50,00 |
| Imagiologista | | | 1 | 0,05 | | |
| Dentista | 2 | 0,16 | 4 | 0,21 | 2 | 50,00 |
| NÍVEL MÉDIO | | | | | | |
| Enfermeiros (curso geral) | 796 | 61,75 | 822 | 43,29 | 26 | 3,16 |
| Parteira | 146 | 11,33 | 161 | 8,48 | 15 | 9,32 |
| Técnico de laboratório | 129 | 10,01 | 144 | 7,58 | 15 | 10,42 |
| Técnico de farmácia | 30 | 2,33 | 63 | 3,32 | 33 | 52,38 |
| Técnico de Radiologia | 7 | 0,54 | 43 | 2,26 | 36 | 83,72 |
| TOTAL | 1289 | 100 | 1899 | 100 | 185 | 9,92 |

Fonte: DSRHAS, 2022

NOTA

Dados não incluem profissionais em missão de cooperação que trabalham em instituições do MINSAP (expatriados de Cuba ou da Nigéria, por exemplo)

Todas as admissões feitas em 2021 e 2022 foram canceladas por despacho ministerial em setembro de 2022, os dados referentes a 2022 já refletem esta realidade.

3.7 FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE

O sector da saúde permanece fortemente dependente da ajuda internacional.⁵⁹ Segundo o relatório de contas nacionais da saúde de 2017 (o documento mais atual) o financiamento do setor da saúde depende principalmente de financiamento pelos parceiros internacionais (21,62% das verbas) e dos pagamentos diretos pelas famílias, situando-se a contribuição do Estado em cerca de 8% do total de gastos em saúde, um esforço que é canalizado na sua quase totalidade para pagamento de salários e a

⁵⁹República da Guiné-Bissau. (2020). Implementação do Programa de Ação de Istambul na Guiné-Bissau 2011-2020 (Relatório Final). República da Guiné-Bissau.

algumas pequenas intervenções.⁶⁰

3.7.1 FINANCIAMENTO DO SETOR PELO ESTADO

O esforço financeiro do Estado para o setor da saúde é canalizado na quase totalidade para despesas de funcionamento das estruturas do Ministério da Saúde, ao passo que a capacidade de investimento em infraestrutura é quase inexistente. Neste campo, o papel do MINSAP limita-se ao de caucionar projetos e executar pequenas tarefas dentro dos projetos financiados pelos parceiros externos.⁶¹

Entre 2016 e 2021 o orçamento da saúde situou-se entre 4,20% e os 9,63% do Orçamento Geral do Estado (OGE), muito aquém do acordo de 15% assumido em 2001 no âmbito do compromisso de Abuja. Neste intervalo, os anos com maior dotação orçamental foram aqueles em que se verificou menor taxa de execução orçamental, o que se traduz num gasto com saúde com poucas variações entre 2016 e 2019. Em 2020 e 2021 observou-se um reforço orçamental, fenómeno que não será alheio à reabertura, em 2019, de processos de contratação de profissionais de saúde pelo MINSAP após vários anos de congelamento de admissões e a um aumento de despesa para responder à pandemia de SARS-COV2.

⁶⁰ República da Guiné-Bissau. (2022). Relatório Contas Nacionais de Saúde (exercício 2015-2017). MINSAP - Ministério da Saúde Pública

⁶¹ República da Guiné-Bissau. (2020). Implementação do Programa de Ação de Istambul na Guiné-Bissau 2011-2020 (Relatório Final). República da Guiné-Bissau

Tabela 13 | Provisões orçamentais da Saúde no OGE (2016 – 2021)

| Rúbricas | Anos | | | | | |
|----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| PIB | 698.684.930.600 | 783.989.395.300 | 835.741.534.500 | 843.500.000.000 | 824.100.000.000 | 908.608.274.628,281 |
| PIB per capita | 380.847,7114 | 417.054,2355 | 434.161,5957 | 428.073,2845 | 408.814,6409 | 440.917,6568 |
| Orçamento do Estado | 141.146.661.868 | 150.092.807.225 | 222.431.629.296 | 146.460.868.398 | 311.693.830.307 | 253.734.590.000 |
| Orçamento da saúde | 5.931.591.637 | 6.716.070.064 | 17.709.949.987 | 6.030.435.952 | 30.009.860.979 | 19.903.985.000 |
| % OGE para saúde | 4,20 | 4,47 | 7,96 | 4,12 | 9,63 | 7,84 |
| Despesa Total Saúde (DTS) | 59.669.629.612 | 57.781.465.356 | 60.989.603.819 | 60.299.934.923 | 77.483.459.476 | N.D. |
| Despesa externa saúde | 15.855.097.875 | 12.490.944.053 | 14.422.476.577 | 12.823.425.447 | 21.676.340.010 | 18.271.129.360 |
| OOP | 39688525935 | 40879181713 | 42 105 557 164 | 43 331 932 615 | 44 558 308 067 | N.D. |
| % DTS no PIB | 8,54 | 7,37 | 7,30 | 7,15 | 9,40 | N.D. |
| % DPS no PIB | 0,85 | 0,86 | 0,52 | 0,47 | 1,27 | 1,20 |
| % OOP no PIB | 5,68 | 5,21 | 5,04 | 5,14 | 5,41 | N.D. |
| OGE per capita | 76.937,9 | 79.843,9 | 11.5551,6 | 74.328,4 | 15.4623,2 | 12.3129,0 |
| DPS per capita | 3.233,3 | 3.572,7 | 2.265,9 | 2.027,8 | 5.211,9 | 5.274,0 |
| DTS per capita | 32.525,5 | 30.737,7 | 31.683,7 | 30.602,0 | 38.437,5 | 32.525,45 |
| Despesa Pública de Saúde | 4,20% | 4,47% | 7,96% | 4,12% | 9,63% | 7,84% |
| Taxa de execução orçamento saúde | 78% | 64% | 31% | 80% | 29% | N.D. |
| Verba executada | 4.626.641.477 | 4.298.284.841 | 5.490.084.496 | 4.824.348.762 | 8.702.859.684 | N.D. |

Fonte: <https://www.paloptl-ebudgets.org/guinea-bissau/> consultado em 20 de setembro de 2022; Relatório de Contas Nacionais de Saúde 2019 e 2022, Guiné-Bissau; The World Bank, World Development Indicators (2012). Retirado de <http://data.worldbank.org>. Nota: N.D. – não disponível

3.7.2 FINANCIAMENTO PELOS PARCEIROS

O financiamento do sistema de saúde da Guiné-Bissau é marcado pela fragmentação que também caracteriza a arquitetura da assistência ao desenvolvimento no país e se expressa, por exemplo, no elevado grau de recursos externos que não passam pelos instrumentos de gestão do governo (extraorçamento). Destaca-se ainda a estrutura centralizada e verticalizada, “top-down”, em concertação privilegiada com a direção superior do MINSAP ou outras autoridades supra, sem a participação dos responsáveis dos níveis central, intermédio, regional e comunitário. Verifica-se um elevado grau de dependência dos doadores externos e suas agendas prioritárias, bem como um persistente subfinanciamento do sector.

De registar que, apesar de ter sido uma orientação estratégica, não foi possível instituir o Fundo Autónomo destinado ao financiamento da política de gratuidade prevista pela

Iniciativa de Bamako. Apesar disto, o sector de saúde guineense registou importantes avanços, porém insuficientes para enfrentar cenários sanitários de complexidade. Será necessário, mais do que um aumento do apoio financeiro ao sector de saúde, um franco investimento numa gestão mais eficiente e equitativa dos recursos disponíveis. O sistema de saúde precisa de ser fortalecido e ampliado, estruturas paralelas de informação e atenção à saúde devem ser integradas e isso necessariamente passa pela reestruturação dos mecanismos de financiamento do sector.

3.8 INVESTIGAÇÃO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Esta área de trabalho cai sob a responsabilidade do INASA.

3.9 INASA

O INASA surgiu como parte integrante do processo de reformas do sistema de saúde guineense para dar resposta aos desafios de saúde pública ligada intimamente às questões de políticas de segurança de saúde nacional e internacional (caso do Regulamento Sanitário Internacional - RSI), relações internacionais (diplomacia da saúde), entre outros.

Os planos estratégicos do INASA são alinhados ao PNDS, cujos programas institucionais agrupam e consolidam macroprojectos e projetos baseados em objetivos prioritários do PNDS. 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.

3.9.1 SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE (SNIS)

O Plano Estratégico do Sistema de Informação para a Saúde (PENSIS 2022-2026) é o segundo plano para esta área produzido na Guiné-Bissau. Neste documento são caracterizadas algumas forças e constrangimentos relacionados com a recolha dos dados utilizados pelo SNIS, tanto ao nível das fontes que garantem parte da informação de rotina como nos diferentes subsistemas. Identifica-se, nomeadamente a existência de:

- um fluxo de dados constante de vigilância epidemiológica, com dados que, por vezes, não têm a melhor qualidade, mas que permitem detetar surtos, como por exemplo de sarampo ou de COVID-19;
- uma vigilância periódica sobre as causas de morte materna e sobre a condição infantil através dos relatórios semestrais do Projeto Saúde Bandim;
- um fluxo consolidado de dados sobre atividade de rotina das ES, nomeadamente sobre vacinação de crianças ou acompanhamento de mulheres grávidas. No entanto, verifica-se necessidade de um controlo mais adequado da qualidade na recolha destes dados ao nível comunitário e local, bem como a inclusão de variáveis que permitam compreender a evolução da mortalidade e das suas causas ou de morbilidade associada a doenças crónicas e degenerativas.

Todas as fichas e relatórios de papel do SNIS produzidas pelas direções das 11 regiões sanitárias são digitalizados e introduzidos na plataforma DHIS2 - *District Health Information Software*, ferramenta criada em 2011 e que permite a produção de tabelas com múltiplas variáveis e indicadores.

Os programas verticais de combate às doenças, entre as quais Malária, TB e SIDA, produzem dados regulares que permitem o cálculo de alguns dos 54 indicadores considerados essenciais para o seguimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e da Cobertura Universal de Saúde (CUS), contidos no questionário SCORE. Uma outra parte destes 54 indicadores é calculada a partir dos dados recolhidos através do Inquérito populacional aos Indicadores Múltiplos (MICS), que representa um outro aspeto positivo da Guiné-Bissau porque é regularmente organizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), financiado e suportado tecnicamente pela UNICEF. Foi efetuado em 2019 pela sexta vez.

Outra fraqueza muito grave encontra-se no subsistema de Registo Civil, com uma cobertura mínima dos óbitos ocorridos e uma ausência de informação sobre as causas de morte acontecidas dentro e fora das ES nacionais.

Outra dificuldade sentida prende-se com o registo dos nascimentos que acontecem fora das ES. Note-se que, em muitos casos, esta informação é recolhida e introduzida numa plataforma da UNICEF através de um aplicativo para telefone móvel criado para o efeito, mas estes dados não são partilhados com o SNIS/INASA. Também os dados relativos ao

mapeamento das ES públicas e os poços de água potável, recolhidos através do aplicativo mWater, não são submetidos ao INASA.

Um aspeto positivo foi identificado no setor privado, a adoção de um aplicativo de tipo Registo Eletrónico do Doente pela Clínica Madrugada de Bissau. A medida foi implementada em 2017, tendo permitido melhorar os processos de trabalho pela substituição de todas as fichas e relatórios de papel no trabalho clínico, nomeadamente ao nível do diagnóstico, terapêutica e acompanhamento dos cuidados prestados pelos diferentes profissionais.

Estes aspetos positivos não modificam o quadro geral de fragmentação das funções desenvolvidas no âmbito das estatísticas de saúde por entidades diferentes, cada uma das quais não colabora com as outras. Faz falta no país uma visão nacional holística do sistema de informação que sirva de suporte aos planos, programas e intervenções do MINSAP e que centraliza e integra, numa maneira horizontal, todos os fluxos de dados dos subsistemas num repositório uniformizado, gerido pela Direção do SNIS e que responde ao Presidente do INASA e ao Ministro da Saúde.

É claro que o sistema de informação necessita de uma reforma substancial quer de ordem institucional quer funcional. O setor necessita dum SIS nacional global e multisectorial que, reforçado nas suas competências, desenvolva um papel central de produção, promoção e disseminação de informação para a saúde.

Não há um sistema integrado de informação administrativa e financeira. Os registos administrativos sobre pessoal, questões administrativas e financeiras básicas, são 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.⁶² Os dados agregados provenientes das ES carecem de fiabilidade e são incompletos.⁶³

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.⁶⁴ 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 6ª edição) ou o Projeto de Saúde do Bandim (PSB).

O INASA tem colaborado com os programas e serviços centrais do MINSAP, na revisão dos indicadores, com o objetivo de: 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 Vigilância Integrada

⁶²Com 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 materno-infantil; intercorrência.

⁶³Rodrigues, 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.

⁶⁴A Célula de Gestão do PNDS foi criado por decreto do Ministro da Saúde de 10 de março de 1998, e renovado em 2014. Apoia o governo no planeamento, gestão e monitorização de fundos de vários parceiros para a execução das atividades definidas no PNDS. A Célula de Gestão PNDS está sob a supervisão da Direcção-Geral da Administração do Sistema de Saúde.

das Doenças e Respostas (VIDR). 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.

3.9.1 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.⁶⁵ 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;
- Determinantes de saúde, incluindo sociais e económicos;
- Medicina tradicional.

3.10 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 Laboratório Nacional de Saúde Pública (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

⁶⁵Kok 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

laboratórios a nível nacional.

O LNSP foi completamente destruído por bombardeamentos no decorrer do conflito de 1998. Graças à cooperação sueca, o edifício foi recuperado e até ampliado. 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, a saber: o Laboratório de Controle de Qualidade de Medicamentos (2010), que não funciona de momento perante a ausência de uma legislação enquadradora da sua atividade; o Laboratório de Biossegurança (2012), no quadro de Projeto Regional de Biossegurança; o Laboratório de Biologia Molecular (2014) com financiamento do Fundo Global, através do Secretariado Nacional de Luta Contra o SIDA, para realizar o diagnóstico precoce do VIH e seguimento de pacientes que vivem com VIH. Também tem capacidade para realizar PCR para malária e TB.

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

Até 2015, aquando da criação do Centro de Operação de Emergência em Saúde (COES)⁶⁶ como estrutura responsável para a gestão de situações de emergência, este tema não foi objeto de uma planificação adequada. Nos últimos anos, a gestão de situações de emergência tem sido multiforme, com a intervenção do Governo, Comissões Interministeriais, do referido COES, do Alto Comissariado para o COVID19 e do INASA. O MINSAP tem recorrido a comissões interministeriais pontuais, como forma de envolver os diferentes parceiros, dependendo do tipo de situação de crise, para organizar, gerir e lutar contra as constantes epidemias no País. Essas comissões têm sido temporárias, deixando de existir logo que a situação seja dada por controlada.

Neste sentido, observa-se a importância de desenvolver um plano nacional de contingência e emergência, com orçamento próprio e a ser implementado para todas as

⁶⁶Despacho 26 de Agosto de 2015

formas de crise e catástrofe, incluindo as emergências em saúde e nutrição. Este deverá, também, identificar e treinar um grupo de técnicos para a resposta imediata a situação de emergência em saúde e permitir a aquisição e pré-posicionamento em zonas estratégicas de produtos e insumos para a resposta às emergências em saúde e nutrição.

Em 2011, foi criada uma direção de serviços de Proteção Civil, através de Lei de Base de Proteção Civil nº 9/2011, uma estrutura de gestão de situações de riscos de catástrofe naturais, socio naturais ou tecnológicas, nomeadamente, deslizamento de terras, inundações, seca, acidentes graves. Estas situações sempre acompanharam a vida das populações, sendo por vezes agravadas ou reduzidas consoante a realidade do território



afetado, assim como pela preparação ou capacidade de resiliência e de resposta que este tem para fazer face a estes fenómenos. A persistência na criação de comissões interministeriais, por parte do governo tem influenciado muito no cumprimento cabal da missão e valores desta direção de serviço.

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 Vigilância Integrada das Doenças (VID). Em 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. Este Plano foi

reforçado pelo projeto regional REDISSE (*Regional Disease Surveillance Systems Enhancement*), o qual surgiu na sequência da epidemia de Ébola que assolou a região em 2015.

É a pensar nos desafios de futuro que o País enfrenta, que o Banco Mundial e o MINSAP, elaboraram em 2018 o Projeto de Melhoramento do Sistema de Vigilância de Doenças Regionais na África Ocidental (REDISSE II).

No entanto, persistem as grandes ameaças à saúde pública em termos de epidemias por cólera (associada às condições de saneamento e de abastecimento de água potável) e meningite. 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, sem, no entanto, haver registo de casos no País. Por outro lado, nos últimos anos, têm-se registado epidemias de casos de carbúnculo animal nos homens. A poliomielite nunca constituiu um grande problema de saúde pública na Guiné-Bissau. Desde 1998, o país não notificou nenhum caso desta patologia, tendo sido declarado livre de Poliomielite. Porém, em 2021 foram notificados 4 casos suspeitos de poliomielite, que foram confirmados posteriormente, o que tornou grave a situação epidemiológica, pelo que se preparou uma campanha de Pólio e se juntou à iniciativa GAVI para submeter um projeto de campanha para dar resposta ao surto de poliovírus tipo 2 derivado de vacina. Recentemente o país confrontou-se com a ameaça do Ébola, surgiram casos de Zika e a pandemia de COVID-19.

A Organização Mundial da Saúde Animal (OMSA) fez uma avaliação dos serviços veterinários em 2015, concluindo que a direção de pecuária da Guiné-Bissau não podia garantir a segurança sanitária dos animais e dos produtos animais nem a segurança da população contra os riscos dos alimentos de origem animal. Porém, ao longo dos anos, houve progressos na medida em que a inspeção sanitária dos produtos de origem animal e dos animais é realizada nas fronteiras terrestres, aéreas e marítimas e também nos matadouros. Organiza-se a vacinação dos animais contra as doenças prioritárias, principalmente contra as zoonoses.

PARTE II – Estratégia Nacional para a Saúde 2023-2028

Com base no diagnóstico de situação de saúde e do Sistema de Saúde da República da Guiné-Bissau apresentados no capítulo anterior, e tendo em conta a PNS 2017, é definida a estratégia nacional para a saúde para o horizonte temporal 2023-2028.

1 POPULAÇÃO-ALVO

Do diagnóstico efetuado emergem os grupos vulneráveis (tabela 14) que deverão merecer particular atenção no planeamento e implementação das ações previstas neste PNDS.

Figura 7 | Grupos Vulneráveis



2 FINALIDADE, OBJETIVOS DE SAÚDE E OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DO PNDS III 2023-2028

A finalidade do PNDS é **contribuir para a cobertura universal de saúde e garantir a preparação e resposta a emergências de saúde pública.**

De forma a definir onde se pretende chegar em 2028 foram fixados objetivos de saúde com metas concretas a serem alcançadas num esforço conjunto e sob liderança do MINSAP. Os objetivos de saúde do PNDS encontram-se na Tabela 14.

Tabela 14 | Objetivos de saúde do PNDS

| Objetivo | Indicador | Ponto de partida | | Meta |
|--|--|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | | Ano | Valor | Valor |
| Reduzir a mortalidade materna | Rácio de mortalidade materna | 2019 | 746 por 100.000 nados vivos | 500 por 100.000 nados vivos |
| Reduzir a mortalidade neonatal | Taxa de mortalidade neonatal | 2019 | 22 por 1.000 nados vivos | 12 por 1.000 nados vivos |
| Reduzir a mortalidade infantil | Taxa de mortalidade infantil | 2019 | 35 por 1.000 nados vivos | 25 por 1.000 nados vivos |
| Reduzir a malnutrição crónica nas crianças | Proporção de malnutrição crónica nas crianças 6-59 meses | 2021 | 28% | 18% |
| Reduzir a mortalidade por VIH/SIDA | Taxa de mortalidade por VIH/SIDA | 2019 | 75,2 por 100.000 habitantes | 60 por 100.000 habitantes |
| Reduzir a mortalidade por Tuberculose | Taxa de mortalidade por Tuberculose | 2019 | 72,2 por 100.000 habitantes | 60 por 100.000 habitantes |
| Reduzir a mortalidade por Malária | Taxa de mortalidade por Malária | 2019 | 35,6 por 100.000 habitantes | 20 por 100.000 habitantes |

Além dos objetivos de saúde, foram definidos objetivos estratégicos que se alinham com os eixos estratégicos e as atividades previstas:

- OE1: Aumentar o acesso e a utilização dos serviços de saúde;
- OE2: Melhorar a qualidade dos serviços prestados;
- OE3: Garantir maior equidade no acesso e utilização de serviços de saúde;
- OE4: Melhorar a distribuição, formação, competências e motivação dos RHS;



- OE5: Melhorar a eficiência na prestação de serviços e utilização de outros recursos (nomeadamente medicamentos);
- OE6: Fortalecer as parcerias para a saúde na base de respeito mútuo;
- OE7: Aumentar a transparência e prestação de contas da forma como os bens públicos são utilizados;
- OE8: Alinhar os programas com o fortalecimento de sistema de saúde.

3 EIXOS ESTRATÉGICOS E ÁREAS DE INTERVENÇÃO

Com vista a alcançar os objetivos de saúde e estratégicos, desenvolvendo a Visão e operacionalizando a Missão, foram definidos três eixos estratégicos e, dentro de cada um deles, áreas específicas de intervenção. No próximo capítulo é feita uma abordagem pormenorizada a cada um destes eixos estratégicos e suas áreas de intervenção.

Figura 8 | Quadro de Referência da Estratégica Nacional de Saúde



3.1 EIXO ESTRATÉGICO 1: 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 utentes 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 âmbito das responsabilidades e desenvolve instrumentos para apoio à tomada de decisão.

A boa governação é considerada um meio decisivo a ser aliado nas estratégias de desenvolvimento do país. Os elementos que fazem parte da boa governação devem ser promovidos ao nível local, nacional e internacional, pois são essenciais para o crescimento económico sustentável, inclusivo e equitativo, erradicação da pobreza e da fome.⁶⁷

⁶⁷ República da Guiné-Bissau. (2020). Implementação do Programa de Ação de Istambul na Guiné-Bissau 2011-2020 (Relatório Final)

Para reforço da governação e mobilização de recursos, a PNDS 2017 reconhece a importância de:

- capacitação de lideranças;
- reforço do financiamento do setor;
- reforma do mapa sanitário;
- gestão do conhecimento para apoio à tomada de decisão;
- acesso a medicamentos e outros produtos terapêuticos;
- desenvolvimento da força de trabalho;
- instalação e manutenção de equipamentos;
- reforço da rede de parcerias para o desenvolvimento
- cuidar a inovação em saúde
- preparar capacidade de resposta a emergências em saúde pública.

3.1.1 ATUALIZAÇÃO DO QUADRO JURÍDICO

A atualização do quadro jurídico passa por: i) Reforço 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 Comité Coordenador do Setor da Saúde (CCSS⁶⁸) 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) Recorrer a Ajuda Técnica Internacional (ATI) quando necessário.

Dos produtos esperados realça-se a necessidade e instituir:

- Lei de Bases da Saúde que servirá de quadro legal estruturante do sistema de saúde em alinhamento com a PNS 2017;
- Estatuto do Serviço Nacional de Saúde da Guiné-Bissau;
- Planos de Ação Anuais do Gabinete Jurídico do Setor da Saúde;
- Relatórios Anuais das Atividades do Gabinete Jurídico do Setor da Saúde.

⁶⁸ De acordo com o enquadramento legal em vigor, o CCSS reúne parceiros que procuram contribuir para a consolidação de um quadro regular e prático de coordenação das atividades do sector da saúde, incluindo a coordenação dos investimentos financeiros e materiais ou o planeamento, monitoria e avaliação das estratégias adotadas. Num contexto de enormes necessidades e carências e em que múltiplos parceiros atuam, esta plataforma procura o alinhamento estratégico para que, num espírito de complementaridade entre os diferentes atores no setor ao nível central e regional, cada implementador possa perseguir os seus objetivos de forma enquadrada e contribuindo para um propósito comum

3.1.2 CAPACITAÇÃO DOS DIVERSOS NÍVEIS DE LIDERANÇA

Lideranças capazes são essenciais para manter uma perspetiva alinhada com a visão, orientada para a missão e fortalecida pelos valores de referência.

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.

De modo impulsionar a capacitação de lideranças, são definidas ações específicas que estarão na origem dos produtos esperados para esta área de intervenção:

- Leis, decretos-leis e regulamentos enquadramentos do sistema de saúde;
- Manual de Supervisão Integrada e Formativa (SIF);
- Termos de referência para definição e operacionalização de um ciclo anual de planeamento;
- Manual de Planeamento estratégico;
- Manuais Técnicos dos Programas Prioritários;
- Documento orientador do reforço da autonomia regional;
- Planos Operacionais Regionais;
- Mapa de Dirigentes atualizado semestralmente;
- Planos de Ação Anuais;
- Relatórios Anuais das Atividades.

3.1.3 FINANCIAMENTO DO SETOR

A estratégia de financiamento do setor da saúde é essencial para garantir a equidade, promover uma sociedade inclusiva, proteger os utentes de riscos financeiros, prevenindo o seu empobrecimento em resultado de despesas catastróficas.

Neste sentido, é crucial a descentralização da gestão dos serviços de saúde mantendo simultaneamente o poder do governo central para coordenar, governar e desenvolver princípios da sua regulamentação.

O crescimento económico é geralmente um fator de maior investimento na saúde. No entanto, tendo em consideração a fragilidade da economia guineense e o fraco envolvimento da população no setor formal da economia, a receita fiscal é limitada, daí que seja necessário diversificar os mecanismos de financiamento.

As decisões relativas ao financiamento e à angariação de receitas para o setor devem ser baseadas num diagnóstico claro do sistema de financiamento da Guiné-Bissau, incluindo estudos do custo de financiamento de cada tipo de ES. Deverá assentar numa perspectiva de diversificação e alargamento dos mecanismos de financiamento - como por exemplo pela consignação de impostos, criação de taxas especiais sobre determinados produtos ou o reforço de mecanismos de solidariedade comunitária e intergeracional, - e alinhar-se com experiências bem sucedidas e boas práticas identificadas noutros países, como por exemplo a criação de um mecanismo do tipo *Basket Fund* que permita agilizar uma redistribuição de parte das verbas provenientes de entidades doadoras alinhada com as prioridades do PNDS.

Adicionalmente, devem ser tomadas medidas para reduzir o peso do pagamento direto das famílias, sobretudo através da revisão dos preços cobrados ao nível dos vários ES do SNS, prevendo e promovendo maior gratuitidade dos serviços prestados, de acordo com as necessidades dos utentes.

Portanto, a DGASS, pela Direção de Serviços de Estudos, Planeamento e Parcerias, em colaboração com o INASA e parceiros técnicos e financeiros, devem continuar a promover o estudo sobre o financiamento do setor. Este deve, por um lado, identificar boas práticas e alternativas de financiamento que permitam aumentar a sustentabilidade do setor e, por outro lado, proponha medidas concretas para reforçar a capacidade de governação do MINSAP, permitindo criar condições para o país possa reduzir a sua dependência da comunidade internacional.

Nesse sentido, deverá ser criada no MINSAP uma equipa dedicada à captação de fundos e diversificação de fontes de financiamento, que terá como primeira missão elaborar um Plano de Financiamento do Setor a médio prazo, que será validado pelo CCSS. Este Plano de Financiamento do Setor é alinhado com o PNDS e toda a estratégia para o setor.

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 (2035);
- Manual de Gestão Administrativa e Financeira do MINSAP (alinhados os manuais do MINSAP, PNDS e outros);
- Manual de Gestão Administrativa e Financeira do MINSAP nas Regiões Sanitárias;
- Estratégia de mobilização de recursos.

3.1.4 REFORMA DO MAPA SANITÁRIO

O reforço dos processos de planificação sanitária passa 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 em todo o território nacional.

O Mapa Sanitário 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. Deverá ser assumido pelos dirigentes como um instrumento para planear 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.

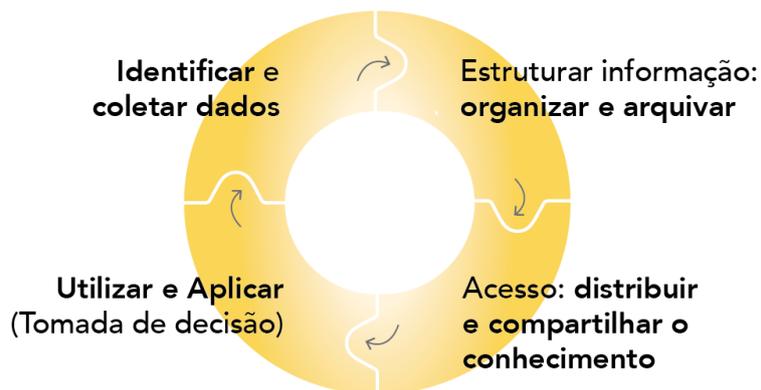
Produtos esperados para a reforma do mapa sanitário:

- Mapa Sanitário digital de todas as ES, públicas e privadas, ativas e não ativas e previstas;
- Projeto de Decreto-Lei - Regulamento Geral das Estruturas Sanitárias Dependentes do MINSAP.

3.1.5 GESTÃO DO CONHECIMENTO E INFORMAÇÃO SANITÁRIA PARA APOIO À TOMADA DE DECISÃO

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

Figura 9 | Ciclo de 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. Nesse sentido, é necessário orientar o desenvolvimento do Sistema de Informação em Saúde (SIS) numa perspetiva de inovação, apostando na digitalização e na melhoria e organização de processos, essencial para fomentar o uso de informação proveniente do SIS para apoio à tomada de decisão ao nível intermédio e de superior.

Identifica-se ainda a necessidade de capacitar os serviços com recursos humanos com competências para a recolha, tratamento e gestão de informação e reforçar a formação de base dos profissionais de saúde para estas matérias, bem como reforçar a colaboração do INASA e INE e instituir a prática de partilha pública e em tempo útil (em websites e publicações periódicas) de sínteses de informação produzidas nos diferentes organismos do MINSAP.

Produtos esperados:

- Agenda de Investigação Prioritária em e para a Saúde 2023- 2028;
- Plano Estratégico do Sistema de Informação para a Saúde (PENSIS) 2023- 2028;
- Plano Estratégico da Rede de Laboratórios de Saúde 2023- 2028;
- Plano Estratégico de Comunicação e Informação sobre Saúde 2023- 2028;
- Centro de documentação virtual do setor da saúde.

3.1.6 ACESSO AOS MEDICAMENTOS E OUTROS PRODUTOS TERAPÊUTICOS

Os medicamentos e outros produtos terapêuticos desempenham um papel importante na proteção, manutenção e restabelecimento da saúde de indivíduos e populações. Impactam também na credibilidade das estruturas de saúde 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 de efeitos adversos e da contrafação obrigam a mecanismos de controlo de qualidade e de farmacovigilância. Pela complexidade, esta matéria exige a existência de profissionais devidamente diferenciados e colocados nas estruturas de saúde, públicas e privadas.

Na Guiné-Bissau verifica-se a falta de instrumentos de orientação para prescritores de medicamentos, a qual deve ser contrariada. A insuficiência de recursos humanos com grau de licenciatura na categoria de farmácia tem influenciado muito o funcionamento do setor. Recomenda-se a transformação do curso de Farmácia, atualmente ministrado na Escola Nacional de Saúde como curso médio, em curso de licenciatura, permitindo ao setor farmacêutico superar as constantes dificuldades por falta de recursos humanos qualificados no domínio da farmácia.

Por outro lado, sublinha-se a falta de fundos para assegurar a disponibilização de medicamentos essenciais para a população com o custo acessível e em condições de segurança e qualidade. A necessidade da reestruturação do funcionamento da CECOME é uma realidade.

De referir que em 2022 foi aprovado, em Conselho dos Ministros, o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos e Técnicos de Farmácia da Guiné-Bissau. Importa agora, entre outros desafios, dar continuidade ao recenseamento das farmácias privadas a nível nacional, através da referida Ordem profissional.

Os produtos esperados:

- Atualização da análise da situação do setor farmacêutico e de produtos de saúde, com identificação dos valores atuais dos indicadores selecionados em 2017;
- Atualização de lista nacional de medicamentos de dois em dois anos, juntamente com guia de orientação sobre o uso de medicamentos e tratamentos dos pacientes;
- Atualização, oficialização e implementação da Política Farmacêutica Nacional que foi definida em 2017, sem se ter tornado oficial;
- Plano Estratégico Nacional de Medicamentos e Outros Produtos de Saúde Essenciais II 2023-2028;
- Aprovação do estatuto da Autoridade Reguladora de Farmácia, Laboratório e Medicamentos. Este estatuto foi elaborado, sendo esta a entidade com funções de

regulação do setor farmacêutico, carecendo, porém, da aprovação pelo Conselho de Ministros.

Perspetiva-se a elaboração de um documento orientador sobre medicamentos tradicionais e criação de um jardim botânico, para plantação, transformação e comercialização a base de ervas naturais.

3.1.7 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, assegurando um acesso equitativo aos trabalhadores da saúde de forma a contribuir para a consecução das finalidades do PNDS.



Em paralelo ao PNDS será implementado o PNDRHS para dar corpo ao conjunto de orientações estratégicas para os RHS. Este assenta numa análise pormenorizada da força de trabalho da saúde, para colmatar a falta de evidência sobre a sua composição, evolução e distribuição e pondo em evidência os grandes desafios que se colocam à gestão dos RHS na Guiné-Bissau, traçando cenários para o seu desenvolvimento.

Produtos esperados:

- Terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2023-32;
- Implementação do Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária 2021-2025.

3.1.8 UNIFORMIZAÇÃO, INSTALAÇÃO E MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS

A melhoria do apetrechamento em equipamento das ES e sua manutenção é essencial para melhor desempenho das suas funções, favorecendo a qualidade do desempenho técnico e garantindo a biossegurança dos profissionais e utentes.

A instituição de medidas para reforçar a capacidade de manutenção de equipamentos e

instalações poderá ser vista como uma estratégia de desenvolvimento do país que ultrapassa largamente o setor da saúde, antecipando-se impactos ao nível da educação, com a possibilidade de alargamento da oferta formativa, bem como impacto na economia e finanças, com a criação de postos de trabalho mais diferenciados e consequente aumento da receita fiscal, além da possibilidade de impulsionar a utilização de recursos que hoje estão subaproveitados ou desaproveitados.

Uma estratégia orientada para a uniformização, instalação e manutenção e de equipamentos deve ser concretizada através dos seguintes produtos:

- Relatório do Diagnóstico da Capacidade de Instalação, Manutenção e Recuperação dos Equipamentos da Saúde;
- Plano de Instalação, Manutenção e Recuperação dos Equipamentos da Saúde que inclua medidas para orientar as estruturas MINSAP e parceiros na aquisição de equipamentos, de modo a garantir uniformização e facilitar a sua utilização, manutenção e reparação.

3.1.9 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.

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 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 previstas neste PNDS 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.

A coordenação das parcerias deve ficar a cargo da Direção de Serviços de Estudos, Planeamento e Parcerias (DSEPP), ou órgão que a substitua, no sentido de garantir a harmonização dos objetivos estratégicos de cada parceiro e do Estado guineense.

Produtos esperados:

- Protocolo de entendimento e transparência entre o MINSAP e os parceiros;
- Registo de Parceiros e organizações da sociedade civil (OSC) atualizado semestralmente;
- Relatórios Anuais da Atividade da DSEPP, contendo informação referente às parcerias em curso;
- Plano de substituição das evacuações por ações de reforço do sistema de saúde guineense 2023-2030.

3.1.10 INOVAÇÃO EM SAÚDE

A inovação em saúde deve constar do PNDS. Foi sugerido que seja incluída como área de intervenção em matéria do eixo de *Governança e Mobilização de Recursos*. Porém, pode considerar-se uma política transversal, a ser referida como princípio orientador de todas as áreas de intervenção e não uma área de intervenção específica, ou seja, colocando-a par da multissetorialidade.

Ao prever a inovação em investigação e desenvolvimento de tecnologias de saúde, equipamentos, modelos de organização, métodos de financiamento, políticas de reforço, atração e fixação de RHS, deve ser considerado uma estratégia comum de inovação em saúde ao nível do setor na Guiné-Bissau, e com base nas prioridades definidas neste PNDS.

Produtos esperados:

- Estratégia de prioridades na área da inovação em saúde;
- Consideração como ponto de cooperação nos projetos de parcerias de desenvolvimento.

3.1.11 PREPARAÇÃO E RESPOSTA ÀS EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA

Toda a intervenção em matéria de resposta a emergências em Saúde Pública deve ser alicerçada em princípios de alinhamento com a região africana e o contexto global, cumprindo orientações, metas, desafios de carácter internacional, ambicionando um bem

maior para a Saúde Pública e um trabalho concertado com outros Povos e Nações.

Há várias frentes nesta matéria. As portas de entrada dos utentes no sistema de saúde são as entidades de saúde. Estas devem deter a informação necessária para contextualizar as populações sobre matérias de emergência em Saúde Pública e ao mesmo tempo estar alerta para a situação epidemiológica nacional e vivida nas áreas geográficas que servem. Como exemplo, o SIS enquanto instrumento de medição e o importante papel dos ASC como primeiro contacto de alerta.

A rede laboratorial deve, também, ser reforçada, de forma a dar uma resposta mais fidedigna perante as ameaças que possam surgir. A par, e com vista a melhorar o diagnóstico diferencial e a resposta à emergência, prevê-se o recurso a um Laboratório Móvel nível III.

Propõe-se ainda que os profissionais de laboratório integrem o quadro de recursos humanos da saúde das diferentes regiões, integrando o processo de tomada de decisão em saúde.

Outra frente é a resposta direta em caso emergência. Perspetiva-se a elaboração e criação de um estatuto sobre o funcionamento da rede de resposta e seus intervenientes, seguindo o modelo Dalberg, concretamente em termos do funcionamento do COES, e da rede de laboratórios, incluindo o laboratório móvel. Esta resposta em rede deve fortalecer o desempenho do MINSAP, o qual deve responder às emergências de saúde, em colaboração interministerial em caso de emergências de outros setores (Ministério do Ambiente, da Agricultura e outros.)

Produtos esperados:

- Regulamentos do Centro Operacional de Emergência em Saúde;
- Mapeamento de riscos e Plano de contingência nacional para a gestão de desastres e emergências;
- Procedimentos Operacionais Padrão de Preparação e Resposta a Emergências em Saúde;
- Documento estratégico para a prevenção de doenças epidémicas/pandémicas prioritárias;
- Plano Estratégico de Informação Sanitária 2023-25, a implementar a nível nacional;
- Programa para o treino e formação de epidemiologistas de campo.

Tabela 15 | Produtos esperados no Eixo 1 – Governação e mobilização de recursos

| Área de Intervenção | Produtos esperados |
|--|--|
| Atualização do quadro jurídico | <ul style="list-style-type: none"> • Lei de Bases da Saúde que servirá de quadro legal estruturante do sistema de saúde em alinhamento com a PNS 2017. • Estatuto do Serviço Nacional de Saúde da Guiné-Bissau. • Planos de Ação Anuais do gabinete jurídico do setor da saúde. • Relatórios Anuais das Atividades do gabinete jurídico do setor da saúde. |
| Capacitação dos diversos níveis liderança | <ul style="list-style-type: none"> • Leis, decretos-leis e regulamentos vários. • Manual de Supervisão Integrada e Formativa (SIF). • Termos de referência para definição e operacionalização de um ciclo anual de planeamento. • Manual de Planeamento. • Manuais Técnicos dos Programas Prioritários. • Documento orientador do reforço das autonomias regional. • Planos Operacionais Regionais. • Mapa de Dirigentes atualizado semestralmente. • Planos de Ação Anuais. • Relatórios Anuais das Atividades. |
| Financiamento do setor | <ul style="list-style-type: none"> • 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 (2035). • Manual de Gestão Administrativa e Financeira do MINSAP (alinhados os manuais do MINSAP, PNDS e outros). • Manual de Gestão Administrativa e Financeira do MINSAP nas Regiões Sanitárias. • Estratégia de mobilização de recursos; |
| Reforma do Mapa Sanitário | <ul style="list-style-type: none"> • Mapa Sanitário digital de todas as ES, públicas e privadas, ativas e não ativas e previstas. • Projeto de Decreto-Lei - Regulamento Geral das Estruturas Sanitárias Dependentes do MINSAP. |
| Gestão do conhecimento e informação sanitária para apoio à tomada de decisão | <ul style="list-style-type: none"> • Agenda de Investigação Prioritária em e para a Saúde 2023- 2028. • Plano Estratégico do Sistema de Informação para a Saúde (PENSIS) 2023- 2028. • Plano Estratégico da Rede de Laboratórios de Saúde 2023- 2028. |

| Área de Intervenção | Produtos esperados |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Plano Estratégico de Comunicação e Informação sobre Saúde 2023-2028. Centro de documentação virtual do setor da saúde |
| Acesso aos medicamentos e outros produtos terapêuticos | <ul style="list-style-type: none"> Atualização da análise da situação do setor farmacêutico e de produtos de saúde, com identificação dos valores atuais dos indicadores selecionados em 2017. Atualização de lista nacional de medicamentos de dois em dois anos, juntamente com guia de orientação sobre o uso de medicamentos e tratamentos dos pacientes. Atualização, oficialização e implementação da Política Farmacêutica Nacional que foi definida em 2017, sem se ter tornado oficial. PEN de Medicamentos e Outros Produtos de Saúde Essenciais II 2023-2028. Aprovação do estatuto da Autoridade Reguladora de Farmácia, Laboratório e Medicamentos. Este estatuto foi elaborado, sendo esta a entidade com funções de regulação do setor farmacêutico, carecendo, porém, da aprovação pelo Conselho de Ministros. |
| Desenvolvimento da força de trabalho | <ul style="list-style-type: none"> Terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2023-32. Política Nacional para os ASC. |
| Uniformização, instalação e manutenção de equipamentos. | <ul style="list-style-type: none"> Relatório do Diagnóstico da Capacidade de Instalação, Manutenção e Recuperação dos Equipamentos da Saúde. Plano de Instalação, Manutenção e Recuperação dos Equipamentos da Saúde que inclua medidas para orientar as estruturas MINSAP e parceiros na aquisição de equipamentos, de modo a garantir uniformização e facilitar a sua utilização, manutenção e reparação. |
| Parcerias para o desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> Protocolo de entendimento e transparência entre o MINSAP e os parceiros. Registo de Parceiros e OSC atualizado semestralmente. Relatórios Anuais da Atividade da DSEPP, contendo informação referente às parcerias em curso. Plano de substituição das evacuações por ações de reforço do sistema de saúde guineense 2023-2030. |
| Inovação em Saúde | <ul style="list-style-type: none"> Estratégia de prioridades na área da inovação em saúde; Consideração como ponto de cooperação nos projetos de parcerias de desenvolvimento. |
| Preparação e resposta às emergências em Saúde Pública | <ul style="list-style-type: none"> Regulamentos do Centro Operacional de Emergência em Saúde; Mapeamento de riscos e Plano de contingência nacional para a gestão de desastres e emergências; Procedimentos Operacionais Padrão de Preparo e Resposta a Emergências em Saúde; |

| Área de Intervenção | Produtos esperados |
|---------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Documento estratégico para a prevenção de doenças epidémicas/pandémicas prioritárias. • Plano Estratégico de Informação Sanitária 2023-25, a implementar a nível nacional; • Programa para treino e formação de epidemiologistas de campo. |

3.2 EIXO ESTRATÉGICO 2: PROGRAMAS DE SAÚDE

Os Programas de Saúde refletem áreas com importância numa abordagem específica, de acordo com as necessidades de saúde da população. Neste contexto, incluem a abordagem da saúde da criança, em particular neonatal, e materna, o combate à desnutrição, 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 na mulher, próstata e pulmão no homem).

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

3.2.1 SAÚDE COMUNITÁRIA E MEDICINA TRADICIONAL

A revitalização das intervenções de base comunitária está em implementação desde 2013, sendo que neste momento existe uma cobertura nacional de ASC já formados de acordo com o Plano Estratégico Nacional (PEN) de Saúde Comunitária 2021-2025.

Além do PEN, existem vários documentos políticos, estratégicos e técnicos que foram desenvolvidos para intensificar a implementação de pacotes de atividades de base comunitária. Esses documentos incluem uma política nacional, e um guia de implementação para a gestão de casos no nível da comunidade e diretrizes nacionais.

Uma série de reflexões técnicas sobre a estrutura do Programa de Saúde Comunitária em 2020 levou a um consenso sobre as mudanças a operar para melhorar a implementação de pacotes de intervenções de base comunitária.

Os ASC são os principais intervenientes na saúde comunitária. Eles são formados por técnicos de saúde em um pacote de atividades curativas, preventivas e promocionais. O objetivo do Programa de Saúde Comunitária é promover a saúde na comunidade, facilitando o acesso de populações isoladas, remotas e vulneráveis aos cuidados básicos de saúde.

O objetivo nacional é que cada ASC alcance 350 indivíduos (cerca de 50 famílias), entretanto com a revisão da Estratégia de Saúde Comunitária no ano de 2020, foi estabelecida a redução a nível nacional do número de ASC de acordo com os critérios de: zonas centrais da cidade com melhor acesso a serviços de saúde, taxa de vacinação Penta 3 e características culturais e socioeconómicas. Igualmente, os ASC serão reorganizados em pares (Masculino/Feminino), sendo que cada par de ASC será responsável pela visita de 100 Agregados Familiares.

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 ASC são fundamentais na sensibilização sobre lavagem das mãos, práticas higiénicas, vacinas, nutrição saudável e prevenção da malária. Eles testam e tratam o paludismo simples, tratam as formas simples de pneumonia, e encaminham pacientes para centros de saúde. Além disso, existe a categoria ASC diferenciado que implementa o pacote de VIH/SIDA e Tuberculose.

Conforme enunciado no Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária 2021-2025, na base do princípio de parceria e colaboração da saúde comunitária, a medicina tradicional presta uma importante colaboração à concretização dos objetivos do Programa de Saúde Comunitária, contribuindo para fortalecer a acessibilidade a serviços de saúde de qualidade. As 5 linhas de ação preconizadas no Plano Estratégico visam essencialmente o mapeamento nacional de curandeiros e estabelecimento de uma relação de trabalho entre estes e os ASC.

Produtos esperados:

- PEN de Saúde Comunitária 2026-2030;
- Guia de implementação do PEN 2026-2030;

- Diretrizes de orientação de saúde comunitária;
- Manuais técnicos de saúde comunitária.

3.2.2 SAÚDE REPRODUTIVA

A saúde reprodutiva foi identificada no ODS 3 que prevê a redução da mortalidade materna para menos de 70 por 100.000 nados vivos e no ODS 5 que prevê o alcance da igualdade de género e empoderamento de todas as mulheres e meninas, incluindo o acesso universal à saúde sexual e direitos reprodutivos.

Na Guiné-Bissau, a mortalidade materna continua a ser muito elevada, situação associada ao baixo estatuto social da mulher na sociedade guineense, que limita a sua capacidade de tomar decisões sobre a sua saúde e a saúde das suas crianças.

Os adolescentes e jovens são grupos populacionais que merecem particular atenção relativamente à saúde sexual e reprodutiva, devido à sua suscetibilidade às infeções de transmissão sexual 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 recém-nascidos e partos distócicos, podendo evoluir para fístulas vesicovaginais e uterovaginais e mesmo a morte.

Além disso, é essencial colocar especial ênfase no planeamento familiar como um dos meios mais eficazes para combater a mortalidade materna e neonatal. O planeamento familiar por si só pode reduzir a mortalidade materna em 30% e a mortalidade neonatal em 10%. A fístula obstétrica é uma das complicações obstétricas que ainda são comuns nos países em desenvolvimento em geral e na Guiné-Bissau em particular. A doença e as suas consequências são uma questão de direitos humanos, equidade e igualdade de género, pobreza e cultura. Por exemplo, as mulheres que vivem com fístula obstétrica são na sua maioria jovens, analfabetas, provenientes de meios pobres, e têm pouco acesso aos serviços de saúde. Como complicação de um parto longo e difícil, bem como uma morbilidade incapacitante, a fístula obstétrica causa um sofrimento físico, psicológico e social indescritível às suas vítimas.

O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) da Guiné-Bissau está alinhado com a Campanha para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em África (CARMMA), nomeadamente no seu principal objetivo 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.

Produtos esperados:

- Plano Estratégico Nacional de Saúde Reprodutiva 2023-27;
- Manual Técnico do Programa;
- Estratégia Nacional da Saúde Reprodutiva, Materna e Neonatal, Infantil e Adolescentes 2019-2024;
- Relatórios de estudos sobre mortalidade materna.

3.2.3 SOBREVIVÊNCIA DA CRIANÇA, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

Garantir a sustentabilidade das metas de sobrevivência da criança passa por investimentos em intervenções nutricionais (ODS 2), no combate às doenças infecciosas (ODS 3), na melhoria no abastecimento de água e saneamento (ODS 6), na agricultura (ODS 2), na educação (ODS 4) e na saúde das mulheres (ODS 3 e 5).

Na Guiné-Bissau, as taxas de mortalidades neonatal, infantil e juvenil continuam 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, assim como doenças evitáveis pela vacinação, traumas (acidentes, queimaduras, intoxicações, entre outras), parasitoses intestinais e vesicais, febre reumática, obesidade da criança).

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

A Convenção das Nações Unidas sobre os direitos da criança consagrou que, cada criança tem direito à vida, sobrevivência e desenvolvimento, tendo a Guiné-Bissau aderido às principais iniciativas internacionais para garantir o bem-estar e a segurança das crianças.

O presente PNDS visa contribuir para o alcance do ODS 2 e 3, de reduzir a mortalidade em recém-nascidos e em crianças com menos de 5 anos até 2030. Para tal programar-se-á o Plano Estratégico Nacional para a Sobrevivência da Criança 2023-2027, assim como uma nova Política Nacional de Nutrição.

Produtos esperados:

- Plano Estratégico Nacional Para a Sobrevivência da Criança 2023-2027;

- Manuais Técnicos do Programa (9 volumes de AIDI);
- Política Nacional de Nutrição atualizado;
- Manuais Técnicos do Programa (Protocolo Nacional de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda).

3.2.4 VACINAÇÃO

A vacinação é uma importante intervenção para reduzir a mortalidade da criança, contribuindo assim para o ODS 3. O Plano plurianual do Serviço de Imunização e Vigilância Epidemiológica 2018 – 2022, elaborado com apoio da Aliança GAVI/UNICEF/OMS, está a terminar. Uma avaliação foi feita com uma análise da cobertura vacinal e revisão dos resultados obtidos no quinquénio.

Neste novo quinquénio propõe-se que o OGE passe a financiar em 100% as vacinas de rotina. Mantem-se como meta (prevista, inicialmente, até final de 2022) alcançar coberturas vacinais nas crianças superiores a 95% para a BCG, rotavírus, febre-amarela, pentavalente, poliomielite, sarampo e pneumococos. Prevê-se, ainda, a introdução da vacina contra a COVID-19, como rotina, e a introdução da vacina contra o vírus de papiloma humano (para meninas de 13 anos de idade). Nas grávidas a intenção é de alcançar coberturas superiores a 80% com pelo menos duas vacinas doses de tétano e difteria (Td). De sublinhar que estas propostas deverão ser ajustadas às recomendações internacionais em vigor no momento da implementação.

Houve um aumento significativo de recursos humano no programa assim como da capacidade da cadeia de frio em todos os níveis e gestão das vacinas. As taxas de execução são geralmente abaixo de 40%.

Produtos esperados:

- Relatório de revisão do Plano Estratégico Nacional de Vacinação e do inquérito de cobertura vacinal;
- Manual de Vacinação;
- Estratégia Nacional de Imunização (ENI);
- Despacho de criação do Grupo Técnico Consultivo Nacional de Vacinação.

3.2.5 PALUDISMO

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

A Estratégia Técnica Mundial de luta contra o Paludismo da OMS 2016-2030 destinado a guiar os países endémicos no controlo e na eliminação do paludismo, baseia-se em três pilares:

1. Assegurar o acesso universal à prevenção, ao diagnóstico e tratamento;

2. Acelerar os esforços visando eliminar o paludismo e obter o estatuto de país isento do paludismo;
3. Transformar a vigilância do paludismo na intervenção central.

Na Guiné-Bissau o paludismo é endémico, com uma transmissão estável em todo o País, constituindo uma das principais causas de consulta e de hospitalização, assim como de óbitos e incapacidade produtiva. Razão pela qual é identificado como uma prioridade em todas as fases do ciclo de vida, incluindo na gravidez.

Com apoio dos parceiros, a Guiné-Bissau elaborou cinco planos estratégicos desde sua adesão à iniciativa mundial Fazer Recuar o Paludismo (FRP) em 2000 (PEN 2001-2005, 2006-2010, extensão 2009-2013, 2013-2017 e 2018-2022). A Guiné-Bissau inscreveu-se no primeiro grupo de Países que alcançou os objetivos do FRP para 2010, relativamente a cobertura universal em MILDA.

O próximo Plano Estratégico de Luta Contra o Paludismo 2023-2027 deve sustentar os ganhos obtidos ao longo da implementação dos planos anteriores e alcançar e/ou manter a cobertura universal de todas as intervenções:

- Prevenção;
- Controlo vetorial;
- Diagnóstico e tratamento de casos;
- Promoção (Mobilização Social e Comunicação para Mudança de Comportamento);
- Seguimento e avaliação e pesquisa operacional.

Produtos esperados:

- Plano Estratégico Nacional de luta contra o paludismo 2023 – 2027;
- Plano de Seguimento e Avaliação de luta contra o paludismo 2023-2027;
- Política Nacional de Luta contra o Paludismo.

3.2.6 TUBERCULOSE

A TB é considerada nos ODS 3 como uma das doenças endémicas que deve ser combatida, a fim de deixar de representar um problema de saúde pública. No país, desde há muitos anos a TB continua a figurar na lista das doenças que constituem problemas de saúde pública e que exigem uma resposta adequada e oportuna.

O Programa Nacional de Luta contra a Lepra e Tuberculose foi criada em 1986 após a integração ao Programa Nacional de Lepra (em existência desde 1980). A partir de 1987 foi adotada uma estratégia baseada na introdução gradual de esquemas de tratamento de curta duração a nível nacional. A estratégia DOTS começou a ser implementada a partir de 1997. Em 2004 o país elaborou o seu primeiro PEN (2005-2009), altura em que começou a beneficiar das subvenções do Fundo Mundial, seguido de vários outros: 2010-2015, 2015-2019 e a atual 2020-2024.

As referidas 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 que foi atualizado em 2022.

De acordo com os dados recentes do PNLT, o VIH/SIDA tem impactado negativamente o controlo da TB na Guiné-Bissau. Em 2020 cerca de 32% de doentes com TB sensível e 48% com TB multirresistente eram coinfectados.

Normalmente os pacientes são tratados nos centros de saúde locais. Os pacientes com problemas clínicos que não possam ser solucionados localmente são referenciados para as estruturas regionais, e necessário, destas para as nacionais. Das estruturas de atendimento fazem parte o Hospital de Referência Nacional para a TB (Hospital de Pneumologia “Raoul Follereau”), o Laboratório Nacional de Saúde Pública do INASA (rede de 26 laboratórios periféricos), as enfermarias de tisiologia em Cumura, sectoriais (Bissorã e Bubaque) e regionais (Canchungo, Gabú, Bafatá, Mansoa e Catió).

De salientar que os hospitais Raoul Follereau e Cumura contribuem com a notificação cerca de 50% de todos os casos de TB.

Produtos esperados:

- PEN de TB 2025-2029;
- Plano de Seguimento e Avaliação de TB.

3.2.7 IST, VIH/SIDA E HEPATITES VIRAIS

O VIH/SIDA também é considerado no ODS 3 como uma das doenças endémicas que deve ser combatida, a fim de deixar de representar um problema de saúde pública.

O PEN da resposta ao SIDA 2019 – 2023 inscreve-se na meta de «Zero novas infeções pelo 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 colaboração e sinergia 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 intervenções atuais de luta contra o VIH/SIDA visam a cobertura universal dos serviços. Atualmente o MINSAP dispõe de um programa de combate às IST, VIH/SIDA e Hepatites Virais que é responsável pela resposta no setor da saúde e aspetos técnicos, em articulação com a coordenação nacional da resposta ao VIH/SIDA representada pelo Secretariado Nacional de Luta contra SIDA, responsável pelos aspetos de coordenação estratégica, política e mobilização de recursos.

Produtos esperados:

- PEN de luta contra o VIH/SIDA e Hepatites Virais 2024-2028;
- Plano de Seguimento e Avaliação;
- Relatório do estudo de prevalência de VIH/SIDA;
- Relatório de revisão epidemiológica do VIH/SIDA.

3.2.8 DOENÇAS TROPICAIS NEGLIGENCIADAS

AS DTN também são consideradas no ODS 3 como doenças endémicas a serem combatidas. Das DTN reconhecidas na Guiné-Bissau realçam-se a oncocercose, filariose linfática, tracoma, bilharziose, geohelmintíases e lepra. A ocorrência destas doenças varia com a geografia, apesar de existirem regiões geográficas com mais de uma DTN.

As primeiras ações de delimitação das zonas endémicas para oncocercose tiveram lugar entre 1988 e 1990. O resultado de um estudo mostrou que a oncocercose é endémica nas duas regiões (Bafatá e Gabú), após o qual se iniciaram as intervenções de luta contra a doença, com apoio do Programa de Controle da Oncocercose (OCP) da África Ocidental.

Entre 2004 e 2005, foi realizado um estudo de mapeamento de outras doenças tropicais

negligenciadas suscetíveis a quimioterapia massiva, nomeadamente a filaríase linfática, a esquistossomíase, tracoma e as geohelmintíases, na perspetiva de iniciar atividades de controle e eliminação das mesmas.

Esse estudo revelou que a filaríase linfática é endémica em todas as regiões do país, com exceção da região de Tombali. Os níveis de endemicidade variaram, tendo sido os mais altos registados nas regiões de Bafatá e Gabú na zona leste e em Bijagós na zona insular do país. A bilharziose é endémica em todo o País, particularmente na parte ocidental, mais intensamente nas ilhas e em Biombo, convivendo com as geohelmintíases e tracoma. A lepra é uma doença considerada quase eliminada no país, enquanto nada se sabe sobre o dengue e a chikungunya.

Do ponto de vista das estratégias de luta contras 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).

Produtos esperados:

- Relatórios dos estudos epidemiológicos e entomológicos;
- PEN de Luta Contra as Doenças Tropicais Negligenciadas 2023-2027;
- Manual de Seguimento e Avaliação;
- Manual Técnico por DTN.

3.2.9 DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A doenças não transmissíveis são identificadas no ODS 3:

- 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;
- Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas e uso nocivo do álcool;

- Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, contaminação e poluição do ar e água do solo;
- Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco em todos os países, conforme apropriado;
- Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população de 15 anos ou mais.

Estas problemáticas têm sido abordadas de uma forma incipiente na Guiné-Bissau, sendo causa de evacuações para assistência médica no estrangeiro. De forma a conhecer melhor a realidade epidemiológica, propõe-se a realização de um inquérito de base populacional STEPwise para doenças não transmissíveis (com metodologia definida pela OMS). Com base neste relatório, deve-se proceder à elaboração, validação, adoção e implementação do Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis.

Produtos esperados:

- Relatório de inquérito de base populacional (Stepwise);
- Plano Estratégico Nacional Integrado de Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis;
- PEN Integrado de Segurança rodoviária.

3.2.10 PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

As Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (entre elas as infeções nosocomiais) são um dos eventos adversos mais comuns em prestação de cuidados e as suas ocorrências têm um impacto significativo na morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos pacientes e trabalhadores de saúde e representam uma grande carga económica para os sistemas de saúde e para a saúde pública, em geral. Porém, uma grande proporção dessas ocorrências são evitáveis e existem muitas evidências para ajudar a aumentar consciência global sobre os danos causadas por essas infeções, incluindo estratégias para reduzir a sua disseminação.

A Declaração de Alma-Ata sobre cuidados de saúde primários e a Declaração de Astana sobre os cuidados de saúde primários e os serviços de saúde seguros e de qualidade reconhecem que é crucial prevenir os danos causados pela transmissão das infeções nos pontos de cuidados e em todos os níveis do sistema de saúde.

Igualmente, a pandemia da COVID-19 e os recentes grandes surtos da doença do vírus Ébola ocorridos nos países vizinhos da costa ocidental africana, na República Democrática

do Congo e, mais recentemente, no Uganda, mostraram as consequências devastadoras da falta de preparação ou implementação insuficiente e/ou inadequada dos programas de prevenção e controlo das infeções, mesmo em países desenvolvidos, e elevaram a prevenção e controlo das infeções para o primeiro nível de atenção.

A prevenção e controlo de infeção (PCI) é, universalmente, um componente relevante para todos os sistemas de saúde e afeta a saúde e a segurança de todos. Por isso e baseado em diversos fatores emergentes no campo da saúde pública, a Septuagésima Quinta Assembleia Mundial da Saúde, no seu capítulo sétimo, reconhece, a necessidade de apoiar os Estados Membros no desenvolvimento e fortalecimento das suas capacidades de PCI para alcançar sistemas de saúde resilientes, ao nível de preparação das emergências e ao nível das estruturas de saúde.

Em consonância com o descrito, a Guiné-Bissau deverá elaborar uma estratégia nacional de Prevenção e Controlo de Infeção no período de vigência do presente PNDS. A estratégia Nacional de PCI deve integrar práticas de biossegurança devidamente descritas e fundamentadas em manual próprio de utilização central e regional, em todos os tipos de ES.

Produtos esperados:

- Plano Estratégico Nacional para prevenção e controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde baseado na estratégia global de PCI 2023-2027;
- Manual técnico de orientações sobre prevenção de infeções e de programas de vigilância de infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências nas ES;
- Elaboração de unidades curriculares de PCI para os cursos de graduação e pós-graduação em saúde;
- Manual de Biossegurança;
- Relatórios de avaliação dos progressos do programa a meio-percurso e final.

Tabela 16 | Produtos esperados a atingir no Eixo II – Programas de Saúde

| Área de Intervenção | Produtos |
|--|--|
| Saúde Comunitária e Medicina Tradicional | <ul style="list-style-type: none"> • PEN de Saúde Comunitária 2026-2030; • Guia de implementação do PEN 2026-2030; • Diretrizes de orientação de saúde comunitária; • Manuais técnicos de saúde comunitária. |

| Área de Intervenção | Produtos |
|--|---|
| Saúde Reprodutiva | <ul style="list-style-type: none"> • PEN de Saúde Reprodutiva 2023-27. • Manual Técnico do Programa. • Relatório do estudo sobre mortalidade materna; • Estratégia Nacional da Saúde Reprodutiva, Materna e Neonatal, Infantil e Adolescentes 2019-2024. |
| Sobrevivência da Criança, Alimentação e Nutrição | <p>Sobrevivência da criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PEN Para a Sobrevivência da Criança 2023-2027; • Manuais Técnicos do Programa (9 volumes de AIDI). <hr/> <p>Alimentação e nutrição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PEN de Alimentação e Nutrição 2023-2027; • Política Nacional de Nutrição atualizado; • Manuais Técnicos do Programa (Protocolo Nacional de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda) |
| Vacinação | <ul style="list-style-type: none"> • Relatório de revisão do PEN de Vacinação e do inquérito de cobertura vacinal. • Manual de Vacinação. • Estratégia Nacional de Imunização (ENI); • Despacho de criação do Grupo Técnico Consultivo Nacional de Vacinação. |
| Paludismo | <ul style="list-style-type: none"> • PEN de luta contra o paludismo 2023 – 2027; • Plano de Seguimento e Avaliação de luta contra o paludismo 2023-2027; • Política Nacional de Luta contra o Paludismo. |
| Tuberculose | <ul style="list-style-type: none"> • PEN de TB 2025-2029; • Plano de Seguimento e Avaliação de TB. |
| IST/VIH/SIDA/Hepatitis virais | <ul style="list-style-type: none"> • PEN de luta contra o VIH/SIDA/HV 2024-2028; • Plano de Seguimento e Avaliação; • Relatório do estudo de prevalência de VIH; • Relatório de revisão epidemiológica do VIH. |
| Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) | <ul style="list-style-type: none"> • Relatórios dos estudos de prevalência e entomológicos; • PEN de Luta Contra as Doenças Tropicais Negligenciadas 2023-2027; • Manual de Seguimento e Avaliação; • Manual Técnico por DTN. |
| Doenças ou Enfermidades Não Transmissíveis | <ul style="list-style-type: none"> • Relatório de inquérito de base populacional (Stepwise); • PEN Integrado de luta contra doenças crónicas Não Transmissíveis; • PEN Integrado de Segurança rodoviária. |
| Prevenção e controlo de infeções (PCI) | <ul style="list-style-type: none"> • PEN para prevenção e controlo de infeções em associadas aos cuidados de saúde baseado na estratégia global de PCI 2023-2027; |



| Área de Intervenção | Produtos |
|---------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="523 273 1460 336">• Manual técnico de orientações sobre prevenção de infeções e de programas de vigilância de infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências nas ES;<li data-bbox="523 347 1460 392">• Curriculum de PCI para os cursos de graduação e pós-graduação em saúde;<li data-bbox="523 403 1460 436">• Manual de Biossegurança;<li data-bbox="523 448 1460 470">• Relatórios de avaliação dos progressos do programa a meio-percurso e final. |

3.3 EIXO ESTRATÉGICO 3: OFERTA DE SERVIÇOS ESSENCIAIS

O PNDS 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 4 áreas de intervenção:

- Atualização, uniformização, harmonização e implementação do Pacote Mínimo de Atividades em todos os centros de saúde;
- Oferta integrada de serviços nos diferentes níveis de cuidados;
- Criação da rede hospitalar de Bissau e Biombo;
- Reforço da capacidade cirúrgica.

3.3.1 PACOTE MÍNIMO DE ATIVIDADES

O Pacote Mínimo de Atividades (PMA) é um instrumento essencial para harmonizar e uniformizar o tipo de cuidados que são prestados, desde o nível preventivo ao curativo, sobretudo nos centros de saúde, assegurando que todos os utentes do SNS têm o mesmo nível de acesso. Neste sentido, reforçar não só em conteúdo, mas também na sua efetiva implementação em todos os centros de saúde é uma medida de reforço do SNS e, em particular, dos Cuidados de Saúde Primários que se afigura de alta prioridade.

O atual PMA inclui as áreas de vigilância materno-infantil, consultas pré-natais e de planeamento familiar, atividades de vacinação, consulta de adultos e consultas de diagnóstico e tratamento de VIH/SIDA, malária e tuberculose. No entanto, o PMA deve ser dividido em serviços assistenciais e não assistenciais. Quanto aos **serviços assistenciais**, a organização deve ser realizada da seguinte forma:

- **Gestão da saúde**
 - Saúde infantil e juvenil – vigilância infantil e juvenil, incluindo vacinação
 - Saúde da mulher – consulta de planeamento familiar e vigilância da gravidez
 - Saúde do adulto
 - Saúde do idoso

- Prevenção – oferta de contraceptivos masculinos e femininos; rastreios oncológicos de base populacional
- **Gestão da doença**
 - Doença aguda
 - VIH/SIDA – diagnóstico e tratamento
 - Malária – diagnóstico e tratamento
 - Tuberculose – diagnóstico e tratamento
 - Hipertensão arterial – diagnóstico e tratamento
 - Diabetes Mellitus – diagnóstico e tratamento
 - Doenças do aparelho respiratório – diagnóstico e tratamento
- **Gestão nutricional**
 - Consulta nutricional
 - Abordagem à subnutrição

Devem, ainda, ser considerados **serviços não assistenciais**, mas essenciais à gestão e capacitação dos RHS ao nível dos centros de saúde, nomeadamente:

- **Atividades de gestão**
 - Elaboração de Planos de Ação e Relatório de Atividades
 - Registo clínico, administrativo e financeiro de todas as atividades realizadas
- **Formação profissional**
- **Segurança dos utentes e profissionais e gestão do risco**

A implementação deste PMA também ajuda a definir as prioridades financeiras e o planeamento das necessidades de RHS, incluindo perfil adequado, em quantidade e qualidade (assistente social, psicólogo, nutricionista para aconselhamento dos diferentes alvos).

Na saúde da mulher, em particular nas atividades de vigilância da gravidez, devem ser considerados programas de deteção e tratamento de fistula obstétrica; cuidados pré-natais (aconselhamento nutricional, triagem e tratamento da malária, VIH/SIDA e tuberculose, diabetes gestacional e doenças cardiovasculares, suplementação com ácido fólico e ferro), cuidados perinatais (gestão ativa dos 3 estádios do trabalho de parto,

cuidados essenciais ao recém-nascido e sistema de referencia e cuidados funcionais para mãe e recém-nascido); seguimento da evolução do parto através de partograma, ações corretivas através de medicamentos, remoção manual de placenta, e reencaminhamento de casos com complicações obstétricas, gestão da hemorragia no pós-parto e cuidados pós-natais (cuidados de saúde nas estruturas e na comunidade para mãe e recém-nascido, amamentação precoce e contacto pele a pele) e ainda deteção precoce e tratamento de cancro de mama e colo do útero.

Produto esperado:

- Revisão do Pacote Mínimo de Atividades e implementação em todo o SNS.

3.3.2 OFERTA INTEGRADA DE SERVIÇOS NOS DIFERENTES NÍVEIS DE CUIDADOS

A operacionalização das orientações metodológicas dos Programas Nacionais a nível das comunidades e das diferentes estruturas de saúde, a par com a prestação de cuidados de saúde às populações, carece de orientações precisas para garantir uma convergência de esforços que promova a eficiência e minimize o desgaste do pessoal de saúde. Importa ainda mobilizar os membros da comunidade e seus líderes, as famílias, os praticantes de medicina tradicional e as organizações da sociedade civil 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 nível regional, a oferta integrada de serviços deve ser planeada como parte dos Planos Operacionais Regionais, cujas prioridades deverão assentar nas orientações estratégicas do PNDS.

O reforço e melhoria da oferta de serviços essenciais passa também por uma gestão de casos mais efetiva e eficiente, podendo ser alavancada por medidas que, sem pôr em causa o direito de acesso, orientem e condicionem os fluxos e os circuitos dos utentes desde o primeiro contacto com o sistema de saúde.

Nesse sentido, importa criar condições para desenvolver um sistema de referenciação e contra referenciação de utentes, para expandir e consolidar a rede de emergência e para estabelecer uma nova orientação para a evacuação internacional de doentes. Importa ainda que as medidas a adotar sejam acompanhadas de um programa de formação e reciclagem que prepare os RHS para a sua implementação, bem como de uma ampla campanha de sensibilização da população.

Sistema de referência de utentes

O cenário de livre acesso de utentes às estruturas sanitárias do SNS atualmente verificado dificulta a gestão da rede e resulta numa utilização pouco eficiente dos recursos disponíveis, fruto de uma elevada procura de determinados serviços que condiciona a sua capacidade de resposta e contribui para o agravar dos tempos de espera no atendimento.

A criação e operacionalização de um sistema de Referência e Contra Referência de utentes, que estabeleça com clareza quais são as portas de entrada no sistema e os circuitos e mecanismos que regulam a circulação dos utentes entre as diferentes estruturas sanitárias de cada região, em função das competências de cada nível de prestação de cuidados, e entre estas e os centros de referência nacional, permitirá reforçar a organização, funcionamento, continuidade e qualidade dos cuidados de saúde prestados nos diferentes níveis do Sistema de Saúde.

Rede de emergência

A par da regulação dos circuitos dentro do sistema de saúde, deverão ser adotadas medidas que promovam o atendimento de emergência pré-hospitalar em casos em que esta necessidade se verifique, assim como para o encaminhamento de utentes para a ES mais adequadas e para garantir condições de segurança e eficiência no transporte *para ou entre* unidades de saúde.

A resposta a este desafio passa pela criação de um verdadeiro serviço de emergência médica, dotado de meios técnicos e humanos para atuar em todo o território nacional. Nesse sentido, deverão ser adotadas medidas que garantam a consolidação e expansão da Rede Integrada de Ambulâncias criada no âmbito da resposta à pandemia de COVID 19, que incluiu transporte inter-hospitalar e pré-hospitalar e uma central de comunicações (*Call Center*).

Evacuação internacional de doentes

A evacuação internacional de doentes envolve um processo burocrático moroso e de custos elevados para o erário público e para as famílias, dependendo de uma articulação entre diversas autoridades e parceiros nacionais e internacionais que nem sempre ocorre em

tempo compatível com a evolução clínica dos doentes. Por tudo isto, constitui uma solução de recurso, para quando não há capacidade instalada para responder a situações muito específicas.

O reforço da rede sanitária e da formação dos profissionais de saúde irá contribuir, a par da adoção de soluções ao nível da telemedicina, para redução da necessidade de evacuação (ou para diminuir a sua duração) de doentes com patologias que, se corretamente diagnosticadas e acompanhadas, poderão ter resposta em território nacional. Ainda assim, e porque não se antecipa o fim da necessidade de recorrer a evacuação de doentes para dar resposta a situações mais complexas, será necessária a revisão do quadro de referência que regula estas situações, reforçando os acordos com os parceiros internacionais da Guiné-Bissau nesta matéria e alargando as possibilidades de cooperação com outros países e organizações.

Produto esperado:

- Planos Operacionais Regionais e seus relatórios de implementação;
- Plano de referenciação de doentes nos diversos níveis de cuidados e seus relatórios de implementação;
- Plano de acesso aos serviços de transporte inter-hospitalar, pré-hospitalar e da central de comunicações (*Call Center*), 2023-2027 e seus relatórios de implementação;
- Revisão do quadro de referência que regula evacuação internacional de doentes, reforçando os acordos com os parceiros atuais e alargando as possibilidades de cooperação com outros países e organizações.

3.3.3 CRIAR ECONOMIAS DE ESCALA NA REDE HOSPITALAR DE BISSAU E BIOMBO

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.

Desenvolveu-se uma situação de duplicação de serviços entre estruturas, perante uma escassez marcante de recursos, tanto humanos, como de diagnóstico e terapêutica. Perdeu-se também o contacto de orientação metodológica e processual com a DGECS do MINSAP.

A par da clarificação das regras para instalação e funcionamento de ES do país, com vista à sua expansão sustentável, a reorganização da oferta hospitalar surge como uma

via para obtenção de ganhos de eficiência e qualidade nos serviços, bem como para reforçar o acesso dos utentes a respostas diferenciadas.

Neste sentido, propõe-se uma abordagem integrada nas RS de Biombo e SAB, que junte os parceiros dos diversos setores da saúde num esforço comum e partilhado para reordenar a oferta de serviços, promovendo uma resposta integrada e racional, adequada às necessidades, nomeadamente através da criação de uma rede hospitalar que permita articular todos os centros nacionais de referência com a capacidade instalada nos hospitais privados e clínicas privadas.⁶⁹

Produtos esperados para criar economias de escala na rede hospitalar de Bissau e Biombo

- Declaração de Consenso sobre o Desenvolvimento Hospitalar em Bissau e Biombo 2023;
- Plano de Desenvolvimento da rede Hospitalar de Bissau e Biombo 2023-2028;
- Quadro legal para enquadramento de parcerias de ES de vários setores 2023.

3.3.4 REFORÇO DA CAPACIDADE CIRÚRGICA E BANCO DE SANGUE

Os desenvolvimentos dos serviços de cirurgia no SNS 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 da rede Hospitalar de Bissau e Biombo.

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 apoiados 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 e ginecologia, e pediatria) em centros de referência integrados na rede Hospitalar de Bissau e Biombo. 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.

⁶⁹ Beja A, Moreira VHM, Biáí A, N'Dumbá A, Neves C, Ferrinho P. Análise da Disponibilidade e Prontidão de Estruturas Sanitárias com Capacidade de Internamento em Duas Regiões da Guiné-Bissau. *Acta Médica Portuguesa*. 2020;33(2):101-108. doi:10.20344/amp.11178



Para garantir o fornecimento regular de sangue, deverão ser adotadas orientações que permitam dotar o SNS de uma infraestrutura transfusional adequada às necessidades, bem como dos recursos humanos, técnicos e materiais para garantir o funcionamento dos bancos de sangue nas diferentes RS, de acordo com padrões de qualidade e segurança reconhecidos.

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 pela realização sessões trimestrais de colheita destinadas a reforçar o stock na rede Hospitalar de Bissau e Biombo.

Produtos esperados:

- Plano de Acesso a Serviços de Cirurgia Essenciais 2023-2028 e seus relatórios intercalares de implementação;
- Política Nacional de Sangue 2023;
- Diretrizes para enquadrar o fornecimento regular, armazenamento e utilização em segurança de Oxigénio às ES.

Tabela 18 | Resultados esperado no Eixo III – Oferta de serviços essenciais

| Área de Intervenção | Produtos esperados |
|---|---|
| Pacote Mínimo de Atividades | <ul style="list-style-type: none"> • Revisão do Pacote Mínimo de Atividades e implementação em todo o SNS. |
| Oferta integrada de serviços nos diferentes níveis de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> • Planos Operacionais Regionais e seus relatórios de implementação; • Plano de referenciação de doentes nos diversos níveis de cuidados e seus relatórios de implementação; • Plano de acesso aos serviços de transporte inter-hospitalar, pré-hospitalar e da central de comunicações (Call Center), 2023-2027 e seus relatórios de implementação; • Revisão do quadro de referência que regula evacuação internacional de doentes, reforçando os acordos com os parceiros atuais e alargando as possibilidades de cooperação com outros países e organizações. |
| Criar economias de escala na rede hospitalar de Bissau e Biombo | <ul style="list-style-type: none"> • Declaração de Consenso sobre o Desenvolvimento Hospitalar em Bissau e Biombo 2023. • Plano de Desenvolvimento da rede Hospitalar de Bissau e Biombo 2023-2028. • Quadro legal para enquadramento de parcerias de ES de vários setores 2023. |
| Reforço da capacidade cirúrgica e Banco de Sangues | <ul style="list-style-type: none"> • Plano de Acesso a Serviços de Cirurgia Essenciais 2023-2028 e seus relatórios intercalares de implementação. • Política Nacional de Sangue 2023. • Diretrizes para enquadrar o fornecimento regular, armazenamento e utilização em segurança de Oxigénio às diferentes Estruturas Sanitárias |

4 IMPLEMENTAÇÃO DO PNDS

Os desafios de implementação do PNDS são desafios de gestão e liderança. Apostar numa boa governação em saúde passará certamente por definir e manter um modelo de gestão da implementação do PNDS, almejando atingir os resultados esperados, concretizando os objetivos definidos e tendo o foco na promoção de saúde de toda a comunidade guineense.

Para abraçar estes desafios, serão necessários esforços para a melhoria e desenvolvimento constante dos processos de planificação, gestão e avaliação de saúde aplicados a nível nacional, regional e local.

4.1 GESTÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PNDS

Considerando o PNDS como sendo o documento estratégico de orientação nacional para o setor da saúde, assume-se a gestão da sua implementação com recurso a entidades já existentes no MINSAP, propondo-se, porém, uma reorganização do seu conteúdo funcional.

As entidades às quais se propõe competir a gestão da implementação do PNDS são a Direção de Serviços de Estudos, Planeamento e Parcerias (DSEPP) e a Célula de Gestão do PNDS.

4.1.1 MODELO DE GESTÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PNDS

A Célula de Gestão do PNDS foi criada por decreto do Ministro da Saúde de 10 de março de 1998, renovado em 2014. Encontra-se sob a supervisão da Direcção-Geral da Administração do Sistema de Saúde e dá apoio ao Governo no planeamento, gestão e monitorização de fundos de vários parceiros para a execução das atividades definidas no PNDS.

A DSEPP foi criada em 2021. Anteriormente, as funções relacionadas com planeamento eram de inerência direta da DGASS, em colaboração com os diferentes Serviços e Programas de saúde.

O presente documento propõe como modelo de gestão da implementação do PNDS e, portanto, de gestão da atividade em saúde no sentido de alcançar os objetivos estratégicos definidos:

- Manter a DSEPP na dependência direta da DGASS, competindo-lhe toda a coordenação dos processos de planeamento, implementação e avaliação de atividades, assim como de gestão de parcerias estabelecidas pelo MINSAP.⁷⁰ A DSEPP assume a responsabilidade de secretariar o Comité de Coordenação do Setor da Saúde (CCSS). Compete-lhe acompanhar metodologicamente as RS a elaborar os seus planos de trabalho anuais, alicerçados no PNDS. Assumirá ainda a coordenação do diálogo político entre parceiros e o Governo.
- Manter a Célula de Gestão do PNDS, na dependência direta da DGASS e articulando a sua atividade com a DSEPP, como plataforma técnica da implementação do PNDS, da sua divulgação, de monitorização da sua implementação e de coordenação do espólio documental que lhe estará associado. São ainda mantidas as funções de apoio ao Governo no planeamento, gestão e monitorização de fundos de vários parceiros para a execução das atividades definidas no PNDS, não se esgotando, porém, as suas competências no exercício destas atividades.

4.1.2 CICLO DE PLANEAMENTO ANUAL

À DSEPP compete coordenar e orientar a implementação de um ciclo de planeamento anual, a ser implementado a nível das RS, das diferentes Direções Gerais e demais departamentos do MINSAP. A informação relativa ao ciclo de planeamento encontra-se detalhada no *Manual de Gestão do PNDS III* e respetivos *Cadernos de Apoio à Implementação do PNDS III* que acompanham este documento e cuja leitura se sugere.

⁷⁰ Conforme descrito no Despacho de criação desta entidade (Despacho 050/GMSP/2021 de 25 de Junho) e Termos de Referência correspondentes

4.1.3 MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO

Existe já um amplo consenso quanto à ideia de que as políticas públicas devem ser acompanhadas por avaliações sistemáticas, como parte da rotina governamental, adaptando-se continuamente em função dos resultados e recomendações por elas fornecidas - essa ideia traduz-se na necessidade de se utilizar a avaliação, sendo, porém, necessário questionar continuamente a sua capacidade em produzir as informações e julgamentos necessários para ajudar a melhorar o desempenho dos serviços de saúde.

Importa reforçar o importante papel da avaliação nos processos de planeamento. Verifica-se uma franca vantagem em levar em conta os resultados dos processos de monitoria e avaliação da implementação de estratégias no processo de planeamento sequente.⁷¹

PARTE III – Monitoria e avaliação do PNDS

A monitoria e avaliação do PNDS são da competência DSEPP, ou serviço que eventualmente assuma as suas funções em caso de extinção deste órgão, e aprovados pelo CCSS. De sublinhar relativamente à atualização do quadro jurídico, anualmente o CCSS que deverá monitorar a elaboração, adoção e implementação dos documentos jurídicos, e de outros que forem sendo identificados como necessários. Define-se a seguinte orientação para os processos de monitorização e avaliação.

⁷¹ In Guerreiro CS, Ferrinho P, Hartz Z. Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. *Saúde em Debate*. 2018 Sep; 42:549–65.

MONITORIA

Processo que envolve vários atores e serviços, coordenado pelo DSEPP. Deve incorporar o Gabinete de Apoio aos Programas Prioritários e recorrer a fontes como os inquéritos MICS, realizados de 4 em 4 anos, Inquéritos SMART, realizados de 2 em 2 anos e demais estudos realizados.

AVALIAÇÃO

Avaliação a meio termo: após 2,5 anos de implementação do PNDS, será realizada uma avaliação conjunta com diversos atores da implementação do PNDS para determinar a necessidade de readaptar as estratégias, de acordo com o cumprimento dos objetivos de saúde fixados.

Avaliação final: no fim dos 5 anos planificados, será realizada uma avaliação externa final conjunta do PNDS. Essa avaliação incidirá essencialmente nos impactos alcançados dando uma visão clara da situação da implementação.

De forma a apoiar o processo de monitoria e avaliação do PNDS, deve-se considerar as metas traçadas nos objetivos de saúde (Tabela 18) e os demais indicadores definidos, de apoio à verificação dos resultados que vão sendo atingidos. Estes indicadores estão diretamente relacionados com os produtos esperados para cada um dos eixos estratégicos e já apresentados já nas tabelas 15, 16 e 17. Apresentam-se em formato de lista de verificação nas tabelas seguintes.

Tabela 18 | Indicadores de objetivos de saúde

| Objetivo | Indicador | Ponto de partida | | | Meta | |
|--|--|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|-------|
| | | Ano | Valor | Fonte | Valor | Fonte |
| Reduzir a mortalidade materna | Rácio de mortalidade materna | 2019 | 746 por 100.000 nados vivos | INASA | 500 por 100.000 nados vivos | |
| Reduzir a mortalidade neonatal | Taxa de mortalidade neonatal | 2019 | 22 por 1.000 nados vivos | MICS6 | 12 por 1.000 nados vivos | |
| Reduzir a mortalidade infantil | Taxa de mortalidade infantil | 2019 | 35 por 1.000 nados vivos | MICS6 | 25 por 1.000 nados vivos | |
| Reduzir a malnutrição crónica nas crianças | Proporção de malnutrição crónica nas crianças 6-59 meses | 2021 | 28% | WFP's Fill the Nutrient Gap study | 18% | |

| | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|------|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Reduzir a mortalidade por VIH/SIDA | Taxa de mortalidade por VIH/SIDA | 2019 | 75,2 por 100.000 habitantes | The Global Health Observatory – OMS | 60 por 100.000 habitantes |
| Reduzir a mortalidade por Tuberculose | Taxa de mortalidade por Tuberculose | 2019 | 72,2 por 100.000 habitantes | The Global Health Observatory – OMS | 60 por 100.000 habitantes |
| Reduzir a mortalidade por Malária | Taxa de mortalidade por Malária | 2019 | 35,6 por 100.000 habitantes | The Global Health Observatory - OMS | 20 por 100.000 habitantes |

Tabela 19 | Produtos esperados do Eixo 1

| Área de Intervenção | Produtos esperados | Realizado | Data |
|---|--|-----------|------|
| Atualização do quadro jurídico | <ul style="list-style-type: none"> • Lei de Bases da Saúde que servirá de quadro legal estruturante do sistema de saúde em alinhamento com a PNS 2017. • Estatuto do Serviço Nacional de Saúde da Guiné-Bissau. • Planos de Ação Anuais do gabinete jurídico do setor da saúde. • Relatórios Anuais das Atividades do gabinete jurídico do setor da saúde. | | |
| Capacitação dos diversos níveis liderança | <ul style="list-style-type: none"> • Leis, decretos-leis e regulamentos vários. • Manual de Supervisão Integrada e Formativa (SIF). • Termos de referência para definição e operacionalização de um ciclo anual de planeamento. • Manual de Planeamento. • Manuais Técnicos dos Programas Prioritários. • Documento orientador do reforço das autonomias regional. • Planos Operacionais Regionais. • Mapa de Dirigentes atualizado semestralmente. • Planos de Ação Anuais. • Relatórios Anuais das Atividades. | | |
| Financiamento do setor | <ul style="list-style-type: none"> • 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 (2035). | | |



| Área de Intervenção | Produtos esperados | Realizado | Data |
|--|---|-----------|------|
| | <ul style="list-style-type: none">Manual de Gestão Administrativa e Financeira do MINSAP (alinhados os manuais do MINSAP, PNDS e outros).Manual de Gestão Administrativa e Financeira do MINSAP nas Regiões Sanitárias.Estratégia de mobilização de recursos; | | |
| Reforma do Mapa Sanitário | <ul style="list-style-type: none">Mapa Sanitário digital de todas as ES, públicas e privadas, ativas e não ativas e previstas.Projeto de Decreto-Lei - Regulamento Geral das Estruturas Sanitárias Dependentes do MINSAP. | | |
| Gestão do conhecimento e informação sanitária para apoio à tomada de decisão | <ul style="list-style-type: none">Agenda de Investigação Prioritária em e para a Saúde 2023- 2028.Plano Estratégico do Sistema de Informação para a Saúde (PENSIS) 2023- 2028.Plano Estratégico da Rede de Laboratórios de Saúde 2023- 2028.Plano Estratégico de Comunicação e Informação sobre Saúde 2023- 2028.Centro de documentação virtual do setor da saúde. | | |
| Acesso aos medicamentos e outros produtos terapêuticos | <ul style="list-style-type: none">Atualização da análise da situação do setor farmacêutico e de produtos de saúde, com identificação dos valores atuais dos indicadores selecionados em 2017.Atualização de lista nacional de medicamentos de dois em dois anos, juntamente com guia de orientação sobre o uso de medicamentos e tratamentos dos pacientes.Atualização, oficialização e implementação da Política Farmacêutica Nacional que foi definida em 2017, sem se ter tornado oficial.PEN de Medicamentos e Outros Produtos de Saúde Essenciais II 2023-2028.Aprovação do estatuto da Autoridade Reguladora de Farmácia, Laboratório e Medicamentos. Este estatuto foi elaborado, sendo esta a entidade com funções de regulação do setor farmacêutico, carecendo, porém, da aprovação pelo Conselho de Ministros. | | |
| Desenvolvimento da força de trabalho | <ul style="list-style-type: none">Terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2023-32.Política Nacional para os ASC. | | |



| Área de Intervenção | Produtos esperados | Realizado | Data |
|--|---|-----------|------|
| Uniformização, instalação e manutenção de equipamentos | <ul style="list-style-type: none">• Relatório do Diagnóstico da Capacidade de Instalação, Manutenção e Recuperação dos Equipamentos da Saúde.• Plano de Instalação, Manutenção e Recuperação dos Equipamentos da Saúde que inclua medidas para orientar as estruturas MINSAP e parceiros na aquisição de equipamentos, de modo a garantir uniformização e facilitar a sua utilização, manutenção e reparação. | | |
| Parcerias para o desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none">• Protocolo de entendimento e transparência entre o MINSAP e os parceiros.• Registo de Parceiros e OSC atualizado semestralmente.• Relatórios Anuais da Atividade da DSEPP, contendo informação referente às parcerias em curso.• Plano de substituição das evacuações por ações de reforço do sistema de saúde guineense 2023-2030. | | |
| Inovação em Saúde | <ul style="list-style-type: none">• Estratégia de prioridades na área da inovação em saúde.• Consideração como ponto de cooperação nos projetos de parcerias de desenvolvimento. | | |
| Preparação e resposta às emergências em Saúde Pública | <ul style="list-style-type: none">• Regulamentos do Centro Operacional de Emergência em Saúde.• Mapeamento de riscos e Plano de contingência nacional para a gestão de desastres e emergências.• Procedimentos Operacionais Padrão de Preparo e Resposta a Emergências em Saúde.• Documento estratégico para a prevenção de doenças epidémicas/pandémicas prioritárias.• Plano Estratégico de Informação Sanitária 2023-25, a implementar a nível nacional.• Programa para treino e formação de epidemiologistas de campo. | | |



Tabela 20 | Indicadores do Eixo 2

| Área de Intervenção | Indicadores de monitorização e avaliação | Valor de base | Ano | Fonte de dados |
|---|---|------------------------------------|------|----------------|
| Saúde Comunitária e Medicina Tradicional | % de medicamentos e outros insumos para ICCM em rotura 7 dias consecutivas num mês (SRO, Zinco, Paracetamol, Amoxicilina, ACT, TDR e luvas) | | | |
| | % de ASC funcionais | | | |
| | % de agregados familiares visitados durante o trimestre | | | |
| | % de crianças com a idade entre 6 a 59 meses (F/M) seguidas com fita MUAC por ASC | | | |
| | % de casos de paludismo (<5 anos e 5 anos e mais, F/M) tratados de acordo com o protocolo | | | |
| | % de casos de diarreia simples e pneumonia em crianças menores de 5 anos (F/M) tratados de acordo com o protocolo | | | |
| Saúde Reprodutiva | Rácio de mortalidade materna | 746 por 100.000 nados vivos | 2019 | MICSS6 |
| | % de partos assistidos por uma pessoa treinada | 53,8% | 2019 | MICCS6 |
| | % taxa de cesariana | 3% | 2019 | MICCS6 |
| | % de baixo peso a nascença | | | |
| | Taxa de consulta pós-natal | 57% | 2019 | MICCS6 |
| | Prevalência do uso de métodos contraceptivos | 20,6% (casadas) 65,6 (solteira) | 2019 | MICCS6 |
| | Taxa de cobertura de CPN1 | | | |
| | Taxa de cobertura de CPN6 | | | |
| | Taxa de cobertura de CPN1-3 | 39,1% | 2019 | MICCS6 |
| | Taxa de cobertura de CPN4+ | 50% | 2019 | MICCS6 |
| Sobrevivência da Criança, Alimentação e Nutrição | Taxa de mortalidade pós-neonatal | 14 por 1 000 nados vivos | 2019 | MICCS6 |
| | Taxa de mortalidade infantil | 35 por 1 000 nados vivos | 2019 | MICCS6 |
| | Taxa de mortalidade juvenil | 16 por 1 000 nados vivos | 2019 | MICCS6 |
| | Taxa de mortalidade da criança | 51 por 1 000 nados vivos | 2019 | MICCS6 |
| | Prevalência de Infecções Respiratória Aguda (IRA) nos <5 anos | | | |
| | Prevalência de desnutrição crónica em < 5 anos | | | |



| Área de Intervenção | Indicadores de monitorização e avaliação | Valor de base | Ano | Fonte de dados |
|---|---|---------------|-----|----------------|
| | Taxa de cobertura de BCG | | | |
| | % 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 | | | |
| | % de crianças de 12 a 23 meses que cumpriram todas vacinas recomendadas de acordo com o calendário | | | |
| | Taxa de abandono de Penta1/Penta3 | | | |
| | Taxa de abandono de BCG/Sarampo | | | |
| Paludismo | Taxa de mortalidade hospitalar por malária | | | |
| | Taxa de positividade dos testes do paludismo (microscopia e/ou TDR) nos pacientes (internados e nas consultas externas) | | | |
| | Prevalência parasitaria em crianças de 6 a 59 meses | | | |
| Tuberculose | Taxa de incidência de TB / 100.000 habitantes | | | |
| | Taxa de sucesso Terapêutico TB | | | |
| | Taxa de mortalidade por TB | | | |
| IST/VIH/SIDA/Hepatites virais | Taxa de incidência por VIH/SIDA | | | |
| | % VIH na faixa etária dos 15 aos 49 anos | | | |
| | Taxa de mortalidade por VIH/SIDA | | | |
| | % de pessoas que conhecem o seu estatuto | | | |
| | % de VIH/SIDA em TARV | | | |
| | % de VIH/SIDA com carga viral indetetável | | | |
| Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) | Prevalência da bilharziose nas AS intervencionadas | | | |
| | % de filariose linfática por teste rápido (FTS) | | | |
| | Prevalência da geohelmintíase nas AS intervencionadas | | | |
| | Prevalência da lepra nas AS intervencionadas | | | |
| | Prevalência de Oncocercose por biopsia cutânea | | | |
| Doenças Não Transmissíveis | (A definir após o inquérito de base populacional [Stepwise]) | | | |
| Prevenção e controlo de infeções (PCI) | % de estruturas sanitárias que dispõem de requisitos mínimos de PCI implementados de acordo com o seu nível de cuidado | | | |
| | 75% dos planos de vigilância de infeções nosocomiais das resistências antimicrobianas nas estruturas implementado | | | |
| | % de regiões com mais de 50% das ações de preparação, prevenção e respostas de emergências em saúde implementadas | | | |
| | % das escolas com PCI no curriculum de cursos | | | |



| Área de Intervenção | Indicadores de monitorização e avaliação | Valor de base | Ano | Fonte de dados |
|---------------------|--|---------------|-----|----------------|
| | de graduação e pós-graduação em saúde | | | |

Tabela 21 | Produtos esperados do Eixo 2

| Área de Intervenção | Produtos esperados | Realizado | Data |
|--|--|-----------|------|
| Saúde Comunitária e Medicina Tradicional | <ul style="list-style-type: none">• PEN de Saúde Comunitária 2026-2030.• Guia de implementação do PEN 2026-2030.• Diretrizes de orientação de saúde comunitária.• Manuais técnicos de saúde comunitária. | | |
| Saúde Reprodutiva | <ul style="list-style-type: none">• PEN de Saúde Reprodutiva 2023-27.• Manual Técnico do Programa.• Relatório do estudo sobre mortalidade materna.• Estratégia Nacional da Saúde Reprodutiva, Materna e Neonatal, Infantil e Adolescentes 2019-2024. | | |
| Sobrevivência da Criança, Alimentação e Nutrição | <ul style="list-style-type: none">• Sobrevivência da criança:• PEN Para a Sobrevivência da Criança 2023-2027.• Manuais Técnicos do Programa (9 volumes de AIDI). | | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Alimentação e nutrição:• PEN de Alimentação e Nutrição 2023-2027.• Política Nacional de Nutrição atualizado.• Manuais Técnicos do Programa (Protocolo Nacional de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda). | | |
| Vacinação | <ul style="list-style-type: none">• Relatório de revisão do PEN de Vacinação e do inquérito de cobertura vacinal.• Manual de Vacinação.• Estratégia Nacional de Imunização (ENI).• Despacho de criação do Grupo Técnico Consultivo Nacional de Vacinação. | | |
| Paludismo | <ul style="list-style-type: none">• PEN de luta contra o paludismo 2023 – 2027.• Plano de Seguimento e Avaliação de luta contra o paludismo 2023-2027.• Política Nacional de Luta contra o Paludismo. | | |
| Tuberculose | <ul style="list-style-type: none">• PEN de TB 2025-2029.• Plano de Seguimento e Avaliação de TB. | | |
| IST/VIH/SIDA/Hepatites virais | <ul style="list-style-type: none">• PEN de luta contra o VIH/SIDA/HV 2024-2028. | | |



| Área de Intervenção | Produtos esperados | Realizado | Data |
|--|--|-----------|------|
| | <ul style="list-style-type: none">• Plano de Seguimento e Avaliação.• Relatório do estudo de prevalência de VIH.• Relatório de revisão epidemiológica do VIH. | | |
| Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) | <ul style="list-style-type: none">• Relatórios dos estudos de prevalência e entomológicos.• PEN de Luta Contra as Doenças Tropicais Negligenciadas 2023-2027.• Manual de Seguimento e Avaliação.• Manual Técnico por DTN. | | |
| Doenças ou Enfermidades Não Transmissíveis | <ul style="list-style-type: none">• Relatório de inquérito de base populacional (Stepwise).• PEN Integrado de luta contra doenças crónicas Não Transmissíveis.• PEN Integrado de Segurança rodoviária. | | |
| Prevenção e controlo de infeções (PCI) | <ul style="list-style-type: none">• PEN para prevenção e controlo de infeções em associadas aos cuidados de saúde baseado na estratégia global de PCI 2023-2027.• Manual técnico de orientações sobre prevenção de infeções e de programas de vigilância de infeções associadas aos cuidados de saúde e das resistências nas ES.• Curriculum de PCI para os cursos de graduação e pós-graduação em saúde.• Manual de Biossegurança.• Relatórios de avaliação dos progressos do programa a meio-percurso e final. | | |

Tabela 22 | Indicadores do Eixo 3

| Área de Intervenção | Produtos esperados | Realizado | Data |
|---|---|-----------|------|
| Pacote Mínimo de Atividades | <ul style="list-style-type: none"> Revisão do Pacote Mínimo de Atividades e implementação em todo o SNS. | | |
| Oferta integrada de serviços nos diferentes níveis de cuidados | <ul style="list-style-type: none"> Planos Operacionais Regionais e seus relatórios de implementação. Plano de referenciação de doentes nos diversos níveis de cuidados e seus relatórios de implementação. Plano de acesso aos serviços de transporte inter-hospitalar, pré-hospitalar e da central de comunicações (Call Center), 2023-2027 e seus relatórios de implementação. Revisão do quadro de referência que regula evacuação internacional de doentes, reforçando os acordos com os parceiros atuais e alargando as possibilidades de cooperação com outros países e organizações. | | |
| Criar economias de escala na rede hospitalar de Bissau e Biombo | <ul style="list-style-type: none"> Declaração de Consenso sobre o Desenvolvimento Hospitalar em Bissau e Biombo 2023. Plano de Desenvolvimento da rede Hospitalar de Bissau e Biombo 2023-2028. Quadro legal para enquadramento de parcerias de ES de vários setores 2023. | | |
| Reforço da capacidade cirúrgica e Banco de Sangues | <ul style="list-style-type: none"> Plano de Acesso a Serviços de Cirurgia Essenciais 2023-2028 e seus relatórios intercalares de implementação. Política Nacional de Sangue 2023. Diretrizes para enquadrar o fornecimento regular, armazenamento e utilização em segurança de Oxigénio às diferentes Estruturas Sanitárias. | | |

Orientações gerais para reportar resultados de avaliação

Os processos de monitoria e avaliação deverão culminar na elaboração de relatórios, permitindo o registo e análise dos resultados alcançados.

Os relatórios de implementação do PNDS, na sua generalidade e especificidade, devem poder ser consultados e servir de ponto de partida no momento de planear estratégias em saúde.

Este aspeto deve ser reforçado em eventos relacionados com a implementação de estratégias em saúde, no sentido de contribuir para a alteração de paradigma que coloca os relatórios num arquivo, anunciando um final de ciclo, não olhando para eles como importantes ferramentas para o arranque de novos ciclos. O tema da utilidade da utilização dos dados de avaliação reportados impõe uma alteração da cultura de planeamento, a qual pode começar no momento presente.

ELABORAÇÃO DE RELATÓRIOS

Para redigir um relatório de avaliação é fundamental a anterior recolha de dados de monitoria, de acompanhamento. O relatório de implementação resultará da compilação e análise crítica desses dados. Assim sendo, começa-se a sublinhar a importância do correto processo de registo de dados de monitoria, tal como da garantia de acesso aos mesmos por parte de quem procede à avaliação.

Cada RS, DG, Programas e demais departamentos do MINSAP deverá elaborar o seu relatório anual, incluindo relatório de execução orçamental. Anualmente a DGEPP elaborará o relatório anual único e respetivo relatório financeiro.

Por outro lado, após 2,5 anos de implementação do PNDS, na sequência da avaliação intercalar conjunta com diversos atores, referida no capítulo de monitoria e avaliação, deverá ser redigido um relatório.

No final dos 5 anos planificados, na sequência da avaliação externa final conjunta da implementação do PNDS III, também já referida, será produzido um relatório próprio.

DISSEMINAÇÃO DE RELATÓRIOS

Para facilitar a disseminação dos resultados, deverão ser adotados alguns procedimentos em relação aos relatórios produzidos:

- Envio de cópias em formato digital (PDF) a todos os atores envolvidos no processo de planeamento e implementação;
- Disponibilização dos planos e dos relatórios no website do MINSAP e demais redes de comunicação.

As reuniões do CCSS devem ser momentos de excelência para a disseminação e discussão dos resultados alcançados na implementação do PNDS III, devendo os relatórios ser considerados documentos de trabalho nestes eventos.

NOTA FINAL

Importa referir que o Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde III (PNDRHS III) 2023-2032 constitui um dos principais anexos do PNDS III, sendo

do domínio transversal e contendo orientações estratégicas específicas para a sua implementação e consequente gestão, sugerindo-se a sua leitura e consulta.

Em segunda instância, informa-se que, com o objetivo de sistematizar a informação contida no presente documento, e numa perspetiva de fixar as orientações para a implementação e gestão desta estratégia de saúde, foi redigido o Manual de Gestão do PNDS III, sugerindo-se a sua leitura e consulta. Este garantirá aos profissionais, envolvidos na operacionalização do PNDS III, acesso de forma rápida e prática, a informação, conceitos e ferramentas fundamentais para as atividades a desenvolver.

Foram também criados Cadernos de Apoio à Implementação do PNDS III, procurando facilitar o acesso e a consulta de informação:

- Caderno A – Ciclo de Planificação Anual e Orientações para o Preenchimento da Ferramenta de Planeamento Operacional Anual
- Caderno B – Plano de Monitoria e Avaliação
- Caderno C – Manual de Planeamento Regional

NOTA TÉCNICA

Documento elaborado com base no documento de PNDS III 2018-2023, o qual foi revisto conforme processo participativo descrito, no âmbito da implementação do Projeto IANDA Guiné Saúde. No quadro do referido projeto, agradece-se ao seu coordenador geral Van Hanegem Moreira (Vany Moreira); à equipa técnica nacional; à equipa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT-NOVA)

que integrou esta ação, concretamente aos consultores nacionais Isabel Garcia de Almeida e Clotilde Neves, e à consultora internacional Cátia Sá Guerreiro; aos elementos contratados da equipa do Camões I.P, André Beja (assistente técnico internacional) e João Magalhães. O processo de revisão decorreu sob a coordenação técnica da consultora internacional Cátia Sá Guerreiro.

Conceção gráfica de Ana Isabel Catarino e fotografias gentilmente cedidas por André Beja e Cátia Sá Guerreiro.

Sugestão de citação: República da Guiné Bissau, Ministério da Saúde Pública (MINSAP), 2023. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III - 2022-2023.

