

Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde PNDRHS 2023-2032



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

Plano Nacional de Desenvolvimento Recursos Humanos para a **Saúde** (PNDRHS) 2023-2032



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

LISTA DE ABREVIATURAS

Termos	Descrição
CAP	Comportamento, Atitude e Práticas
CS	Centro de Saúde
CEDEAO	Comunidade Económica de Estados da África Ocidental
CPS	Cuidados de Saúde Primário
DSRHAS	Direção de Serviços de Recursos Humanos e Administração em Saúde
DENARP	Documento Estratégico Nacional para Redução da Pobreza
ENS	Escola Nacional de saúde
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical
MINSAP	Ministério de Saúde Pública
ODS	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OGE	Orçamento Geral de Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNDRHS	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
PSB	Projeto de Saúde de Bandim
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RNES	Registo Nacional de Estabelecimentos de Saúde
RS	Região Sanitária
SAB	Setor Autónomo de Bissau



ÍNDICE

Sumário Executivo	5
Introdução	8
Análise situacional dos Recursos Humanos em Saúde	28
Uma estratégia para aumento gradual dos rácios/10.000 habitantes no período de 2023-2032, segundo a capacidade de formação existente no país	59
Uma proposta de visão para o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde na Guiné-Bissau	75
Sugestões de estratégias e ações a serem implementadas	79
Apêndices	88
Nota Técnica	172

SUMÁRIO EXECUTIVO

INTRODUÇÃO

O presente documento, que integra o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário da Guiné-Bissau para o período 2023-2028 (PNDS III), constitui-se no Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (PNDRHS) para o período de 2023-2032. A sua conceção atende à pretensão de que possa servir como documento orientador e norteador da gestão e do desenvolvimento dos recursos humanos em saúde (RHS) no período mencionado e, assim, contribuir como um suporte fundamental para o alcance dos objetivos e metas estratégicas da Saúde na Guiné-Bissau. O período de 10 anos para sua vigência e implementação foi sugerido pelo conjunto dos representantes das ordens profissionais, associações e sindicatos das profissões de saúde, em presença da Direção de Serviços de Recursos Humanos do Ministério da Saúde Pública (MINSAP), em reunião presencial, em dezembro de 2021, nomeadamente em razão dos desafios a serem superados e que dificilmente poderiam ser alcançados em menor tempo.

OBJETIVOS

A partir do contexto e da realidade atual dos RHS na Guiné-Bissau, e com a participação ativa de profissionais e trabalhadores de saúde do país, através de reuniões com representantes de suas ordens profissionais e associações, assim como dos quadros técnicos indigitados pelo Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau (MINSAP), este PNDRHS tem por objetivo oferecer elementos com vistas à superação das dificuldades vividas pelo país em termos de formação, alocação e gestão da força de trabalho em saúde.

METODOLOGIA

A elaboração deste documento, compreendida entre novembro de 2021 e junho de 2023, conheceu dificuldades de vários tipos, desde aquelas relacionadas ao período da pandemia da Covid-19, até às questões de articulação com as altas autoridades do

Ministério da Saúde; a recolha de dados fiáveis, sua tabulação e análise, assim como os obstáculos de conectividade para o diálogo com os atores no terreno, nas diferentes regiões do país. Não foi realizada uma avaliação sistemática prévia à elaboração deste documento. O que foi possível fazer, em função das limitações impostas pelas circunstâncias, baseou-se, em grande medida, em documentos consultados e nos relatos dos profissionais de saúde e dos quadros do MINSAP, além de outros atores envolvidos com a problemática da saúde na Guiné-Bissau, incluindo-se os organismos internacionais e parceiros de cooperação. Desde o princípio do trabalho, foram realizadas consultas no nível central e regional, bem como às ordens e associações profissionais, de modo a se buscar a construção de um documento que fosse o produto de uma atividade participativa, com vistas a recolher informações-chaves no sentido de definir os objetivos estratégicos para esse ciclo de planificação de RHS e priorizar as estratégias a implementar.

Três iniciativas, para além das consultas documentais e bibliográficas foram também adotadas no processo de recolha e análise de dados relevantes para uma melhor compreensão da realidade, a saber: (a) a aplicação de um questionário a uma amostra de trabalhadores da saúde nas diferentes regiões e unidades de saúde de diferentes portes (Apêndice I); (b) a recolha de dados sobre a capacidade sanitária instalada no país, realizada por uma equipa sob a coordenação do Prof. Carlos Sangreman (Apêndice II); (c) a contratação de dois consultores que, baseados no inquérito acerca da capacidade sanitária instalada, produziram dois instrumentos informáticos de gestão, quais sejam um Registo Nacional de Estabelecimentos de Saúde (RNES) e um Painel de Disponibilidade de Pessoal da Saúde na Guiné-Bissau.

ENQUADRAMENTO ESTRATÉGICO

Este PNDRHS, enquadrado nas prioridades do PNDSIII, buscou, de modo enfático, trabalhar de forma pragmática com um olhar sobre a realidade; sobre o cenário real que se apresenta como aquele onde progressos podem e devem se verificar ao longo do tempo, visando, nomeadamente, (a) a ampliar a cobertura e o acesso da população aos serviços de saúde, com especial preocupação em fortalecer os cuidados de saúde primários (CSP); (b) a reconhecer as desigualdades na distribuição

de recursos humanos (RH) pelas diferentes regiões do país e sugerir medidas para sua superação; (c) a ampliar os rácios das diferentes profissões de saúde, no horizonte temporal de 10 anos, levando-se em conta o aumento projetado da população, o decréscimo de RH em razão das reformas, abandono do trabalho ou falecimento e, ainda, ajuntando-se a perspectiva de aumento gradual desses rácios, de modo a permitir avançar em direção a uma maior cobertura populacional e, conseqüentemente, à melhoria dos indicadores de saúde da população; (d) a reconhecer a capacidade de formação anual da Guiné-Bissau de RH necessários à reposição, assim como o quantitativo dos profissionais de saúde nacionais, formados ou em formação no estrangeiro, com vistas à ampliação de seus quantitativos nos serviços de saúde, ano a ano, até 2032.

INTRODUÇÃO

Com base no documento “IANDA GUINÉ SAÚDE – Reforço do Sistema de Saúde da Guiné-Bissau 2019/411-998”, que faz menção ao Programa para Resiliência e Oportunidades Socioeconômicas na Guiné-Bissau (Dec. 2018/038-057), a problemática dos RHS é um dos pontos fulcrais a serem enfrentados. Já no item “Objetivo da Intervenção”, tal menção é explícita: “Contribuir para a cobertura universal de saúde através do fortalecimento da governação do Sistema Nacional de Saúde e **da melhoria da qualidade e quantidade dos profissionais de saúde**”. Ademais, menciona explicitamente que o Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (2008-2017) está desatualizado; que há défice de RHS em termos de quantidade e qualidade no sistema (falta de formação de enfermeiros, médicos e outros RHS); uma fraca capacidade de retenção de RHS no sistema, que se traduz por: (a) défice de retenção de RHS no sistema; (b) défice de médicos especialistas em todas as áreas clínicas, com especial relevo para as áreas de Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria, Cirurgia e Saúde Pública; (c) fraca implementação de carreiras profissionais e défice de sistemas de creditação e certificação; (d) assimetria na distribuição geográfica de RHS; e (e) desatualização dos cursos oferecidos pela Escola Nacional de Saúde.

Para melhor compreensão do cenário e dos desafios nele existentes, é importante referir algumas observações consignadas no Relatório da OMS de 2016:

Os países com maiores desafios de recursos devem reconhecer que podem não ter, a curto e médio prazo, os recursos para formar, empregar e reter um número suficiente de profissionais de saúde qualificados com a sua atual combinação de competências ou com o modelo de cuidados curativos hospitalares típicos da maioria dos países de alta renda. Eles devem, portanto, considerar inovações em seus modelos de cuidados e estratégias educacionais que incluam maior dependência de provedores de nível médio (como enfermeiros, enfermeiros de prática avançada e outros substitutos de médicos) e profissionais da comunidade colaborando com profissionais de saúde qualificados para a saúde primária integrada modelos de prestação de cuidados. Paralelamente à melhoria da eficiência do gasto dos recursos atuais, alguns países terão a oportunidade de aumentar a alocação de recursos humanos para investimentos em saúde por meio do crescimento econômico. O gasto interno em recursos humanos para a saúde representa, em média, 33,6% do gasto total do governo em saúde nos países com dados disponíveis; e os gastos governamentais com saúde são, em muitos países de baixa e média renda, inferiores aos 4-5% do produto interno bruto geralmente considerados necessários para progredir em direção à cobertura universal de saúde.¹

Em que pese o fato de a mesma OMS ter desenvolvido, em seu Relatório de 2006, um método para estimar as necessidades dos profissionais de saúde com base na densidade necessária para atingir 80% de cobertura de serviços essenciais de saúde (como partos com profissional de saúde qualificado e imunização), constatando que uma densidade de **2,3 profissionais de saúde, trabalhadores de saúde qualificados² por 1.000 habitantes**, ou seja, **23 por 10.000 habitantes**, era geralmente necessária para atingir-se uma alta cobertura. Com o advento dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) foi projetado um novo “limiar do índice ODS” **com base em 12 indicadores** selecionados, que incluem doenças não transmissíveis; saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil; e doenças infecciosas. Assim, indicadores traçadores no índice ODS composto foram ponderados, de acordo com

¹ WHO-Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals, 2016.

² “Trabalhadores de saúde qualificados” referem-se a médicos e enfermeiros/parteiras.

sua respetiva contribuição para a carga global de doenças, estabelecendo-se, finalmente, que **uma densidade de trabalhadores de saúde qualificados de 4,45 por 1.000 habitantes, ou seja, de 44,5 por 10.000 habitantes** corresponderia ao nível médio de realização de alcance de 80% de cobertura para os 12 indicadores traçadores dos ODS selecionados.

PERCURSO HISTÓRICO

O Programa de Reforma da Gestão Sanitária de 1990 lançou as bases que levaram à elaboração e adoção da Política Nacional de Saúde (PNS) de 1993, ao Primeiro Encontro Nacional de Recursos Humanos da Saúde (RHS) em 1996 e o 1º Plano Nacional de Desenvolvimento dos RHS (PNDRHS) em 1997, na sequência da adoção do 1º Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), também em 1997. Com o apoio da OMS realizou-se um 1º seminário em Junho de 1998 para reflexão, discussão e definição de estratégias da utilização e gestão dos efetivos e, análise do cumprimento das orientações contempladas no PNDHRS de 1997. No entanto, na sequência do conflito político-militar de 1998 a implementação de ambos os planos ficou comprometida.

O planeamento de RHS foi retomado com o 1º DENARP em 2001, com a revisão do PNDS I para um novo horizonte temporal de 2003 a 2007, com a elaboração do DENARP de 2006 e com a atualização do PNDRHS para 2006-2015.

Em julho de 2007 foi feita uma avaliação da situação dos RHS na Guiné-Bissau e, em dezembro, uma avaliação da implementação do PNDS, que lançaram as bases para a elaboração do PNDS II 2008-2017, tendo como anexo o PNDRHS para o mesmo horizonte temporal.

Mais uma vez, a implementação do PNDS e do PNDRHS ficou comprometida com a crise político-militar que se instalou em 2012. Depois das eleições de 2014, orientados pelos resultados dos debates da 1ª Conferência Nacional de Saúde de 2014, pela estratégia do Governo detalhada em Terra Ranka (2015-2020) e por duas avaliações feitas da implementação do PNDS II e dos seus anexos (incluindo o

PNDRHS), conduzidas pelo IHMT e pela CEDEAO em 2015, foi adotada uma nova PNS em 2017 e elaborado o PNDS III (2018-2022). Ambos dão orientações para uma nova estratégia de RHS.

A planificação de RHS surgiu no contexto de elaboração do 1º PNDS I em 1997. Na altura, o serviço deparava-se com os seguintes problemas, apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 | Problemas de saúde e desafios em termos de recursos humanos (RH), no PNDS I (1997).

Grupos de determinantes dos problemas de saúde	Desafios em RH
Fatores relacionados com a organização e o funcionamento do sistema de saúde	Distribuição inadequada de pessoal (excessos e faltas); Falta de incentivos e de motivação; Descoordenação das atividades e da gestão; Formação inadequada ou insuficiente; Ausência de supervisão adequada.
Fatores relacionados com hábitos, costumes e comportamentos	Formação inadequada ou insuficiente também nos aspetos culturais, morais e éticos. Ausência ou inadequação de alojamentos (moradia);
Fatores relacionados com o contexto socioeconómico e o meio ambiente	Pouca integração no meio; Baixos salários; Condições de trabalho precárias em vários aspetos.

O PNDRHS I tinha como objetivo melhorar a utilização e o desempenho dos recursos humanos, através de três estratégias e respetivas metas resumidas no Quadro 2.

Quadro 2 | Estratégias e metas definidas para a questão dos recursos humanos no PNDS I (1997).

Estratégias	Metas
1. Redistribuição e reforço de gestão do pessoal de saúde	Implementar progressivamente as novas normas de afetação do pessoal; Atualizar de forma continua a base de dados informatizada e introduzi-la em cada região; Modernizar fisicamente a administração do pessoal (armários e pastas); Implementar e fazer funcionar as estruturas e mecanismos de coordenação entre a DRH e os outros departamentos, instituições de formação e regiões.

- Rever a tabela de salário;
- Rever os critérios de atribuição dos diferentes subsídios, incluindo os de risco;
- Rever e melhorar o sistema de pagamento, incluindo os subsídios (processo e regularidade) a todos os níveis do sistema de saúde;
2. Melhoria das condições de trabalho e motivação do pessoal

Desenvolver e aplicar um novo plano de carreiras;

Estabelecer e aplicar um sistema de bolsas de estudo (formação contínua e especialização) que responda às necessidades do país;

3. Formação e reforço institucional

Melhorar as condições de alojamento do pessoal conforme as necessidades estabelecidas (construção, reabilitação e equipamento).

Criar a ENS;

Formar enfermeiros e parteiras em número suficiente para cobrir as necessidades atuais (ver as normas de afetação);

Organizar cursos de aperfeiçoamento e especialização em diferentes domínios, conforme as necessidades e prioridades do PNDS;

Desenvolver/reforçar os sistemas de formação contínua, articulados com os mecanismos de supervisão em prática nas DRS nos domínios de gestão, administração e contabilidade;

Desenvolver um plano a médio e a longo prazo de formação no exterior.

Foi com o PNRHS I que se definiu o pacote mínimo de atividades e o quadro de lotação mínimo de pessoas, na época, para cada estrutura de prestação de cuidados. Esta última, caracterizada por sua capacidade de intervenção, conforme ilustrado abaixo (Quadro 3).

	CS "A"	CS "B" urbano	CS "B" rural	CS "C" urbano	CS "C" rural	Hospital Regional	Equipa Regional
Médicos	2	3	1	1	0	5	1
Enfermagem Geral	2	6	1	2	1	5	1
Enfermagem aux	6	6	2	2	1	15	0
Parteira geral	1	3	1	1	1	2	1
Parteira aux	2	2	0	2	0	4	0
Tecn. Laboratório	0	1	0	0	0,5	2	0
Tecn. aux. Lab	2	2	1	2	0	4	0
Tecn. Radiologia	0		0	0	0	1	0
Tecn. Oftalmologia	0	0	0	0	0	1	0
Tecn. Estomatologia	0	0	0	0	0	1	0
Tecn. Farmácia	0	0	0	0	0	1	1
Aux. Administrativo	0	1	0	1	0	1	1
Administrador	0	0	0	0	0	1	1

TOTAL	15	24	6	11	3,5	43	6
-------	----	----	---	----	-----	----	---

Quadro 3 | Lotação mínima de pessoal segundo o tipo de estrutura sanitária, de acordo com o PNDRHS I.

Devido ao conflito político/militar de Junho de 1998, toda a sua implementação ficou comprometida. As escassas infraestruturas de prestação de cuidados e de apoios ficaram destruídas; muitos profissionais (na maioria, médicos especialistas) emigraram; estabeleceu-se a desorganização e instabilidade no setor, motivando progressivas fugas dos profissionais e desconhecimento quase que total do documento (PNDRHS I).

O PNDRHSII foi elaborado na sequência do PNDSII, que o considera um dos eixos prioritários, seguido de dois outros: a governança e a liderança. Foi motivado, essencialmente, por duas pressões importantes:

1. Pressões internas, ou seja, o desconhecimento quase que total do PNDRHS I; serviços estagnados; falta de condições de trabalho; fraca capacidade de gestão; fraca motivação de pessoal; falta de financiamento e migração aguda e

2. Pressões externas: greves e ameaças de greve; pressões exercidas pelo Banco Mundial e pela OMS (pelo considerável apoio à DSRHS) e pela resolução da reunião de Sandton (África de Sul), de 2005.

O PNDRHS II, para o horizonte temporal de 2008-2017, assenta-se sobre cálculos de perdas e necessidades de pessoal e nos estudos dos custos de formação dos recursos humanos e do crescimento da massa salarial. Levou em consideração os desafios e riscos económicos e políticos com os quais o país se defrontava e pressupunha, claramente, a continuação do apoio da comunidade internacional ao desenvolvimento do país, bem como o aumento do número e diferenciação da força de trabalho em saúde, com conseqüente diminuição dos trabalhadores menos diferenciados.

Quatro vertentes estratégicas foram propostas para corrigir a situação dos RHS na Guiné-Bissau, a saber: (1) Reforço da governação, administração e gestão do pessoal de saúde; (2) Reforço dos valores de referência; (3) Melhoria das condições de trabalho e motivação do pessoal, e; (4) Reforço da capacidade de formação/produção

dos recursos humanos da saúde.

A grande condicionante da pouca implementação e divulgação do PNDRHSII esteve relacionada à instabilidade política, governamental e, sobretudo, administrativa. Destacam-se o golpe de estado de Abril/2012, sucessivas mudanças dos dirigentes e técnicos e reformulação significativa do organigrama do MINSAP.

O PNDSIII 2018-2022, dentre muitas orientações em termos estratégicos, destaca elaborar o 3º PNDRHS tendo por base uma avaliação independente da implementação do PNDRHSII. Uma análise dos desafios e progressos dos PNDRHS de 1997 e de 2008 estão no Quadro 4.

Quadro 4 | Problemas enfrentados e progressos alcançados no âmbito do PNDS I e PNDS II.

GRUPOS DE DETERMINANTES DOS PROBLEMAS DE SAÚDE	PROBLEMAS EM RHS (1997) Fonte: PNDS I	PROGRESSOS ALCANÇADOS	PROBLEMAS EM RHS (2008) Fonte: PNDS II	PROGRESSOS ALCANÇADOS
<p>Fatores relacionados com a organização e o funcionamento do sistema de saúde.</p>	<p>Distribuição inadequada de pessoal (excessos e faltas); Falta de incentivos e de motivação; Descoordenação das atividades e da gestão; Formação inadequada ou insuficiente; Ausência de supervisão adequada.</p>	<p>Nenhum progresso alcançado, devido o acontecimento político militar de junho de 1998.</p> <p>Contudo foi revisto para o horizonte temporal de 2003 a 2007, de modo a permitir que todas as atividades inicialmente programadas pudessem ser implementadas, mas não foi o caso.</p>	<p>Desconhecimento quase que total do primeiro plano; Serviços de RHS estagnados; Falta de condições de trabalho; Fracas capacidade de gestão; Fracas motivação de pessoal; Falta de financiamento: baixa contribuição do OGE para a saúde; Migração aguçada e má gestão (distribuição) dos profissionais que se encontram a disposição do sistema; Ausência de um programa de supervisão educativa; Instabilidade Administrativa: Mudanças políticas (ou politicamente motivadas) frequentes sem apropriação das políticas e estratégias de saúde vigentes pelos novos líderes; Dependência quase que total dos parceiros; Incumprimento dos compromissos com parceiros de desenvolvimento: BM; OMS & resolução da reunião de Sandton de 2005; Pressão dos parceiros sociais – greves e ameaças constantes de greve</p>	<p>Instalação do Sistema de informação e Gestão dos Recursos Humanos; Aprovação e implementação da nova grelha salarial; Aprovado o subsídio de isolamento e aumento do subsídio de vela; Capacitação dos gestores em técnicas de Gestão de Recursos Humanos; Curso de anestesia para enfermeiros; Equipamento informático para a Direção de Serviços dos RH e Escola Nacional de Saúde; Curso da língua francesa; Novos recrutamentos; Comissão de acompanhamento do desenrolar PNDRHS</p>

GRUPOS DE DETERMINANTES DOS PROBLEMAS DE SAÚDE	PROBLEMAS EM RHS (1997) Fonte: PNDSI	PROGRESSOS ALCANÇADOS	PROBLEMAS EM RHS (2008) Fonte: PNDS II	PROGRESSOS ALCANÇADOS
Fatores relacionados com hábitos, costumes e comportamentos	Formação inadequada ou insuficiente também nos aspetos culturais, morais e éticos.		A falta de recursos humanos em quantidade e qualidade	
Fatores relacionados com o contexto socioeconómico e o meio ambiente	Ausência ou inadequação de alojamentos (moradia); Pouca integração no meio; Baixos salários; Condições de trabalho precárias em vários aspetos		Falta de infraestruturas e de equipamentos essenciais; Constante fuga de quadros técnicos da saúde para o exterior com maior incidência no período de conflito de junho de 1998; Precárias condições de linhas de comunicação; Precariedade e insuficiência da rede de transportes; Aumento de práticas nocivas à sustentabilidade do SNS: roubo de painéis solares e outros materiais das unidades sanitárias.	

O comprometimento da implementação e execução dos dois planos fez persistir os antigos problemas e motivou outros mais, como se constata nos quadros 5 e 6. As questões mais relevantes foram identificadas, tanto pela análise documental, quanto pela compilação dos principais resultados da pesquisa realizada junto aos trabalhadores de saúde (anexo I) já mencionada, e que será detalhada a seguir.

Quadro 5 | Problemas existentes, atualmente, na visão dos parceiros socio profissionais, sindicatos, associações e ordens.

1. Fraca implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS);
2. Ausência de coordenação entre as instituições estatais (Ministério da Finanças, Função Pública e Ministério da Saúde Pública, na definição do tempo limite para apresentação das listas dos candidatos para admissão de novo ingresso;
3. Ausência de concertação entre a Direção dos Recursos Humanos (DRH), escolas de formação em saúde e ordens profissionais na definição das necessidades de RHS;
4. Falta de um banco de dados funcional e atualizado no MINSAP (neste momento está-se a elaborar o novo PNDRHS e, paralelamente, o registo nacional dos estabelecimentos de saúde e o painel de disponibilidade de pessoal de saúde;
5. Os mecanismos de recrutamento e colocação de RH não têm acompanhado os procedimentos legalmente previstos, “concurso público, cabimentação de verba”;
6. Insuficiência no cumprimento do Estatuto do Pessoal da Administração Pública (EPAP), dos Decretos Leis nº 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11 e 13/2012 e de Decreto Lei nº 17 do Código de procedimento administrativo;
7. Ausência de retro informação entre instituições (MINSAP, Primatura, MinFuP, MinFin e Trib. Contas);
8. Demora/falta de regularidade na atribuição de subsídios de instalação e a sua institucionalização.



Quadro 6 | Problemas existentes, atualmente, na visão de MINSAP, Ministério da Função Pública, Ministério das Finanças, Primatura e Tribunal de Contas.

PARA O MINSAP

1. Falta de previsão da necessidade de pessoal (RH) em números e custos;
2. Falta de solicitação de abertura do concurso público;
3. Incumprimento dos Decretos-Leis nº 4 e 5/2012, de 18 de outubro - regime de Emprego Público;
4. Falta de coordenação entre MINSAP e instituições de formação (relativo a planificação, previsão de necessidades, definição de critérios para a certificação de competências);
5. Falta de coordenação entre MINSAP, Ministério da Administração Pública, Ministério das Finanças, Primatura e Tribunal de Contas na execução dos processos;
6. Falta de supervisão técnica a nível central e local;
7. Falta de dados atualizados e fiáveis sobre o estado, a composição, a distribuição e a evolução da força de trabalho;
8. Ausência de partilha de informação e comunicação entre os serviços desconcentrados (público, privado, ONGs e confissões religiosas) e as estruturas centrais do MINSAP;
9. Proliferação do duplo emprego;
10. Desconhecimento do Decreto Lei nº 10/2012, de 19 de outubro - regime de incompatibilidade na Administração Pública;
11. Fraca priorização dos componentes de investigação e de estudos sobre RH;
12. Falta de valorização de competências dos gestores de RH no seio do MINSAP;
13. Inexistência de um software de gestão de RH nas regiões sanitárias e no nível central;
14. Inexistência de TDR para o pessoal administrativo e dos profissionais de saúde;
15. Insuficiência de equipamentos, materiais, meios tecnológicos e de espaço físico;
16. Ausência de previsão orçamental para formação contínua (mudanças de categorias);
17. Falta de Observatório de RHS (planificação);
18. Problemas perenes no recrutamento, colocações, retenção e incentivos;
19. Baixa motivação do Pessoal, devido a equipamentos inadequados e falta de formação no uso dos existentes;
20. Desmotivação associadas a questões salariais, incentivos e ao reconhecimento como funcionários públicos;
21. Mudanças políticas (ou politicamente motivadas), frequentes sem apropriação das políticas e estratégias de saúde vigentes pelos novos líderes;
22. Insuficiência e distribuição desigual de RHS em todos os níveis e superlotação na capital;
23. Falta de rigorosidade na aplicação de critérios ao pessoal em situação irregular (os que ausentaram para formação ou tratamento médico no exterior por tempo indeterminado).

PARA O MINISTÉRIO DA FUNÇÃO PÚBLICA

24. Envio das listas nominais dos candidatos para ingressar na Função Pública ou para reclassificação para o Ministério das Finanças (MF) sem antes passar pelo Ministério da Função Pública (MFP), o que impossibilita a uniformização de dados, entre os três ministérios (MINSAP, MFP e MF);
25. Falta de separação entre as listas nominais do pessoal administrativo e da dos profissionais de saúde;
26. Falta de classificação das competências (Leis Orgânicas);
27. Atraso na receção do parecer sobre cabimento de verba;
28. Recusa ou autorização tardia da abertura de concurso;

29. Falta de seguimento de dossiês por parte de RH do MINSAP por forma a comunicar os interessados, sobre a necessidade de pagamento de emolumentos, de recensear e entrega de documentos, caso necessário para conseqüente publicação no Boletim Oficial;
30. Falta de atualização permanente do SIGRHAP.

PARA O MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

31. Atraso na emissão do parecer sobre cabimento de verba;
32. Atraso no processamento e pagamento de vencimentos, em particular, aos novos ingressos, e em geral, as renumerações acessórias;
33. Contratação em massa (processos) sem prévia coordenação entre ministérios relevantes (MINSAP, MFP e MF);

PARA A PRIMATURA

34. Submissão tardia de despacho para assinatura do Primeiro-ministro;
35. Demora no envio de dossiês para Ministério da Função Pública, após assinatura.

PARA O TRIBUNAL DE CONTAS (TC)

36. Falta de seguimento de dossiês por parte de RH do MINSAP por forma a comunicar os interessados sobre a necessidade de pagamento de emolumentos relativos ao processo e entrega de documentos, caso necessário;
37. Instrução de processos pelos serviços ou organismos em desacordo com as disposições da Lei Orgânica do Tribunal de Contas (LOTIC), aprovada pelo Decreto-Lei N.º 7/92, de 27 de novembro de 1992;
38. Encargos sem cabimento em verba orçamental própria;
39. Incumprimentos de prestação de informação ao TC ou de prestação da informação deficiente ou fora dos prazos estipulados;
40. Falta de colaboração com o TC;
41. Inobservância dos prazos legais de remessa ao TC de processos relativos a atos ou contratos que produzam efeitos antes do visto, ou ainda introduzindo elementos que possam induzir o TC em erro.

A aplicação do questionário seguiu os critérios de uma amostragem probabilística por conveniência e envolveu 126 trabalhadores da saúde de diferentes regiões sanitárias e de distintos tipos de estabelecimento. Isso se deu em decorrência da reunião havida com representantes de ordens profissionais, sindicatos e associações, no dia 3 de dezembro de 2021, nas dependências do MINSAP, em Bissau.

Das questões levantadas, as principais respostas objetivas podem ser sintetizadas da seguinte maneira:

- 91% dos entrevistados disseram desconhecer a existência de políticas, estratégias e planos de desenvolvimento de recursos humanos em saúde;
- 72 % afirmaram que a elaboração de um PNDRHS é importante para se ter um melhor dimensionamento e clareza das estruturas de saúde, seu papel e a força de trabalho necessária; já 24 % disseram ser importante para melhor gerir a



força de trabalho e apenas 4% disseram que seria apenas para cumprir uma exigência burocrática;

- Sobre a expectativa com relação a um novo PNDRHS, 41 % acham que sua elaboração e aplicação são indispensáveis; 45 % muito importante e 12 % importante. Apenas 2% julgaram pouco importante;
- Apesar disso, 75 % apontam que não houve suficiente informação por parte do MINSAP sobre a iniciativa e a importância de sua elaboração; 18 % disseram ter havido alguma informação e 7% disseram ter havido comunicação suficiente;
- Sobre as condições para sua efetiva implementação, 60% creem que haverá; 40% acreditam que não;
- Sobre os temas a serem abordados no PNDRHS que constam do questionário (recrutamento; distribuição; incentivos; pagamento atempado dos incentivos, inclusive do isolamento, risco, vela; carreira; migração; regulação dos profissionais; gestão de desempenho; ambiente de trabalho; condições de trabalho inclusive a biossegurança), 75% afirmaram que todos eles deveriam ser contemplados;
- Sobre o desempenho da DSRHAS, 6% pensam que é bom; 72% acham que é regular; 17% mau; e 6% que deveria ser melhor do que é atualmente;
- Sobre os sistemas de informação para a gestão dos RHS, 87 % disseram que existem, mas que não funcionam bem. Já 13% responderam que não existem;
- Sobre a adequação da posição atual da DSRHAS no organograma do MINSAP, 75% acham que deve ser modificada; 11% que atende parcialmente as necessidades; 10% julgam adequada e 4% acham inadequada;
- Sobre quem deve responsabilizar-se pela gestão de RH na região sanitária, 58% são favoráveis que seja a DRS em sintonia com o DSRHAS/MINSAP; 21% pensam que deva ser o administrador da região; 12% acham que deva ser o administrador adjunto da região e apenas 5% são de opinião que deva ser feito unicamente pela DSRHS;
- Sobre a possibilidade do duplo emprego (no setor público e no setor privado), 25 % são contra; 71 % são a favor, desde que haja regras claras e estritas. Apenas 4 % são favoráveis;
- Sobre a capacidade do DSRHAS em desenvolver, implementar e monitorar estratégias de RHS, 7 % disseram sim; 9% não; 19% em parte e 65% disseram que é preciso melhorar;
- Sobre a qualidade de formação dos profissionais de saúde proporcionada pelas instituições de ensino, 55,6% disseram ser inadequada; 30 % responderam que necessitam de maior regulação governamental;

- Sobre o que deve ser melhorado nas relações entre MINSAP, o Ministério da Função Pública, o Ministério das Finanças e as Ordens Profissionais quando se trata de recrutamento de RHS, a quase totalidade das respostas apontou para a necessidade de trabalho conjunto, de modo permanente, através de grupo de trabalho formalmente instituído pelos respetivos ministérios, com atribuições e regras de funcionamento.

Em 2018, foi definido um novo enquadramento, atualizado recentemente no manual de procedimento da Administração Pública, para o processo de recrutamento e seleção: os processos de recrutamento e de contratação deveriam passar a ser organizados duas vezes por ano (em março e setembro), de acordo com as necessidades de cada nível do sistema de saúde, com a disponibilidade dos profissionais recém-formados (no País e no exterior) e com as verbas cabimentadas no OGE. Ao mesmo tempo, o processo de concurso público criaria uma lista de candidatos, identificando as suas preferências regionais. Todavia, o documento existe validado tecnicamente, carecendo da sua aprovação pelo Conselho de Ministros, seguido da sua publicação no Boletim Oficial, e de uma nota remetendo ao MINSAP.

A situação continua ainda agravada pelo não cumprimento das normas; pela não implementação das carreiras na sua totalidade; pelas dificuldades relacionadas com o pagamento aos profissionais durante o primeiro ano do exercício das suas atividades laborais; pelas condições de trabalho inadequadas ao bom exercício profissional, que têm contribuído para a redundância de muita da aprendizagem durante a formação inicial ou nos programas de educação contínua (com uma abordagem fragmentada por programas) e avaliação de desempenho. Tudo isso resulta numa grande desmotivação da força de trabalho; numa baixa produtividade (exemplificada, por exemplo, no Quadro 7); em conflitos laborais; no recurso ao múltiplo emprego (que se acentua com o aumento do setor privado) e à pequena corrupção, incluindo cobranças ilícitas. Há registo de saídas de profissionais de saúde para trabalhar no estrangeiro, mas a situação não está bem documentada, não se sabendo o número exato de quadros nesta situação.

Quadro 7 | Média mensal de produtividade no Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) durante o ano de 2022 (número de consultas nos serviços de urgência e consultas externas, por especialidade). Fonte: HNSM/Direção clínica

SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Especialidade	Nº de consultas
Medicina interna	1 974
Cirurgia Geral	623
Maternidade	940
Pediatria	1 611
Orto traumatologia	477

CONSULTAS EXTERNAS

Especialidade	Nº de consultas
Medicina interna	118
Cirurgia Geral	180
Cirurgia Pediátrica	02
Oftalmologia	226
Pediatria	1767
Estomatologia	47
Cardiologia	74
Medicina Geral	456
Dermatologia	114
Otorrinolaringologia	246
Obstetrícia e Ginecologia	193
Orto traumatologia	152
Diabetologia	26
Anestesiologia	39
Urologia	53

Ao longo dos anos, têm-se verificado muitas dificuldades na gestão de RH na Administração Pública, com fraca implementação dos poucos recursos que foram sendo criados, como por exemplo, o “Manual do Gestor de Recursos Humanos - Guia Prático para o Setor da Saúde da Guiné-Bissau”. Para corrigir essa situação, em 2017 o Ministério da Função Pública (MinFuP) treinou uma equipa de pouco mais de duas dúzias de gestores de RH, que foram colocados em todos os ministérios para assumir a direção nacional da força de trabalho do setor público. Devido à instabilidade administrativa, em 2022 poucos permanecem no posto.

Os incentivos contemplados na lei são dos mais diversos, mas são poucos os implementados, geralmente com apoio financeiro dos parceiros (Quadro 8). Está também generalizada a prática de pagamento de um reforço salarial, com base nas receitas auferidas pelas próprias unidades de saúde, sem a devida avaliação de desempenho do funcionário recompensado.

Quadro 8 | Subsídios e incentivos financeiros no setor da saúde.

NOME DO INCENTIVO E BASE LEGAL	ESPECIFICAÇÃO
Subsídio de Vela	Funciona de forma esporádica e sem regulamentação; não é pago mensalmente e é separado da folha de vencimentos. Tem havido atrasos no seu pagamento (2018 - 2022 em dívida). A regulamentação de serviço de vela e isolamento não foi aprovado.
Subsídio de isolamento	Subsídio para as áreas sanitárias (AS) de difícil acesso, divididas em grande, médio e pequeno isolamento com subsídio equivalente a 25, 15 e 10% respetivamente do salário do profissional. Está em discussão a nível dos Sindicatos a sua revisão. Não está regulamentado. Pagamento em dívida para os efetivos dos anos de 2014, 2015 e 2019.
Subsídio de instalação	Destinado às novas colocações, num montante de 150.000 FCFA ainda não foi regulamentado. Os últimos beneficiários foram às novas colocações de 2015.

O Decreto-Lei nº 38/93 regulamenta carreiras do sector e introduz que, por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e das Finanças, poderão ser estabelecidos subsídios ou benefícios aos profissionais da carreira que, em virtude das respetivas funções, se encontrem sujeitos a condições especiais de risco ou isolamento. Existe uma proposta de decreto de 2011 para a regulamentação de serviço de vela e isolamento, mas que não chegou a ser aprovada. Existe, ainda, a possibilidade de se receber subsídios decorrentes de participação em ações financiadas por organismos internacionais, como por exemplo, no combate à tuberculose, SIDA e malária, o que contribui para a existência de desníveis de motivação entre os trabalhadores de saúde.

A gestão do trabalho e dos horários a serem cumpridos pelos RHS apresenta problemas sérios, mas que não estão bem documentados. Os turnos de trabalho podem ser excessivamente exigentes, devido à falta de pessoal. A prática de múltiplos empregos e a vontade de fazer formação universitária também interferem com os horários de trabalho.

A administração de RH é orientada por um conjunto de documentos legais elencado no Quadro 9.

Quadro 9 | Documentos legais orientadores da gestão de RHS

LEGISLAÇÃO	COMENTÁRIOS
Decreto nº 40.708 de 1956	Estatuto do Funcionalismo (ultramarino)
Lei n.º 8/91, de 3 de Outubro (BO 39)	Dispõe sobre a Lei da Liberdade Sindical
Lei n.º 9/91, de 3 de Outubro (BO 39)	Dispõe sobre a Lei da Greve
Lei n.º 10/91 de 3 de Outubro (BO 39)	Dispõe sobre a Lei de Requisição Civil
Ordem nº 1/92, de 30 de Junho	Normas para a Criação, Organização e Controlo dos Serviços Cíveis de Estado
Decreto n.º 38/93, de 16 de Agosto (BO 33)	Dispõe sobre Carreiras Médicas
Decreto n.º 39/93, de 16 de Agosto (BO 33)	Dispõe sobre as Carreiras de Enfermagem
Decreto n.º 40/93, de 16 de Agosto (BO 33)	Dispõe sobre a Carreira de Técnicos de Diagnóstico e Terapêuticos
Lei n.º 9/97, de 26 de Maio	Dispõe sobre as penas a que os funcionários ficam sujeitos no exercício das suas funções
Lei 9/97, de 2 de Dezembro - Suplemento ao Boletim Oficial nº 48, de 1997	Dispõe sobre o Estatuto Disciplinar dos funcionários e agentes da Administração Central, Regional e Local
PNDRHSII 2008/2017	Dispõe sobre estratégias para desenvolvimento dos RHS. No domínio de formação várias formações contínuas foram executadas
Lei n.º 17/2011, 12 de outubro, publicado no 2º Suplemento ao BO nº 41	Código do Procedimento Administrativo
Decreto--Lei n.º 4/2012, de 18 de outubro, publicado no BO nº 42	Recrutamento e Seleção de Pessoal para os Quadros da Administração Pública
Decreto—Lei n.º 5/2012, de 18 de outubro, publicado no BO nº 42	Princípios gerais em matéria de Emprego Público
Decreto-Lei n.º 7/12, de 19 de outubro	Avaliação do desempenho na Administração Pública
Decreto-Lei n.º 8/12, de 19 de outubro	Dispõe sobre o Estatuto de Pessoal Dirigente dos Serviços e de Organismos da Administração do Estado
Decreto-Lei n.º 10/12, de 19 de outubro	Regime de incompatibilidade na Administração Pública
Decreto--Lei 12/2012, de 18 de dezembro, publicado no BO nº 51	Reclassificação e Reversão profissional
Decreto--Lei 13/2012, de 18 de dezembro, publicado no BO nº 51	Regime Jurídico de Férias, Faltas e Licenças na Administração Pública
Regulamento de atribuição de bolsas	Documento para discussão elaborado desde Abril de 2010
Regulamento de Formação continua	Documento para discussão e foi elaborado de Maio 2011
Critério de colocação e transferências Ministério da Função Pública para saúde	Em draft para aprovação desde 2016
Decreto nº 37/2021 de 20 de julho	Estatutos da Ordem dos Enfermeiros
Decreto nº 38/2021, de 20 de julho	Regulamenta o exercício das atividades do profissional de enfermagem

É nesse contexto que o MINSAP/DSRHAS se envolveu, mais uma vez, na elaboração do seu terceiro PNDRHS III 2023-2032, com o objetivo de enfrentar os desafios históricos e atuais, de guiar a gestão da força de trabalho e de catalisar as ações relativamente aos RHS na Guiné-Bissau, bem como de proporcionar acesso às ações e serviços de saúde à população guineense; fortalecer os cuidados de saúde primários; elevar o nível de saúde da população e o grau de satisfação para com os serviços de saúde.

Isto posto, e dispensando-se os aspetos descritivos já devidamente contemplados no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), cuja elaboração é também objeto do IANDA GUINÉ SAÚDE, passa-se a tratar especificamente do tema Recursos Humanos em Saúde, com vistas a responder a dois objetivos principais: (a) a elaboração de um novo Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (PNDRHS) e (b) a formatação de Termos de Referência formais que definam as funções e responsabilidades dos RHS, sem o que não há formas para se avaliar o desempenho, o que inviabiliza o desenvolvimento de carreiras profissionais.

ANÁLISE SITUACIONAL DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

DISPONIBILIDADE

Oferta suficiente e apropriada de técnicos de saúde, com as competências e diversidade necessárias para responder às necessidades de saúde da população;

ACESSIBILIDADE

Distribuição equitativa dos técnicos de saúde, levando-se em consideração a composição demográfica, particularmente entre os ambientes rural e urbano, bem como áreas e populações desassistidas;

ACEITABILIDADE

Características e habilidades dos técnicos de saúde (tais como género, línguas, cultura, idade) para tratar todas as pessoas com dignidade, criar vínculos de confiança e estimular a procura pelos serviços de saúde;

QUALIDADE

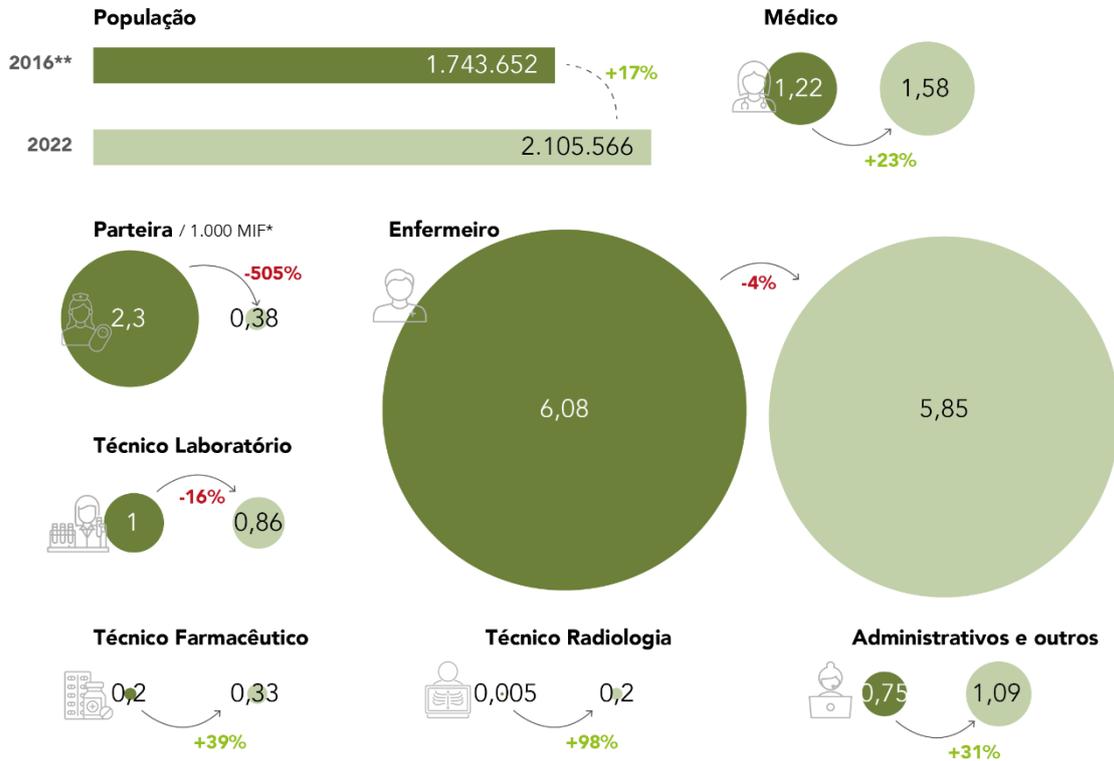
Competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) dos técnicos de saúde avaliadas, através de normas profissionais ou através da percepção dos utentes dos serviços.³

Com relação às quatro dimensões de cobertura mencionadas, as principais constatações são as seguintes:

Disponibilidade de RHS: Comparativamente ao ano de 2016, a categoria dos médicos foi a única que observou um crescimento, apesar de pouco significativo. O rácio do total dos médicos por 10.000 habitantes aumentou de 1.22 para 1.58 (Quadro 10) entre 2016 e 2022. Importante ressaltar que os dados dos rácios apresentados no quadro 10 resultam da soma total dos profissionais afetos às estruturas do funcionalismo público civil (MINSAP), militar e convencionado, os dois últimos com base na parceria existente com o MINSAP. Os números absolutos estão dispostos no Quadro 10.1.

³ Adaptado de OMS. Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Disponível em https://apsredes.org/wp-content/uploads/2019/01/Strategy_HR_CSP29.R15_port.pdf. Acesso em 20 de maio de 2022.

Quadro 10 | Evolução do rácio global de grupos profissionais por 10.000 habitantes, exceto parteiras, cujo índice é de parteiras por 1.000 mulheres em idade fértil (MIF).



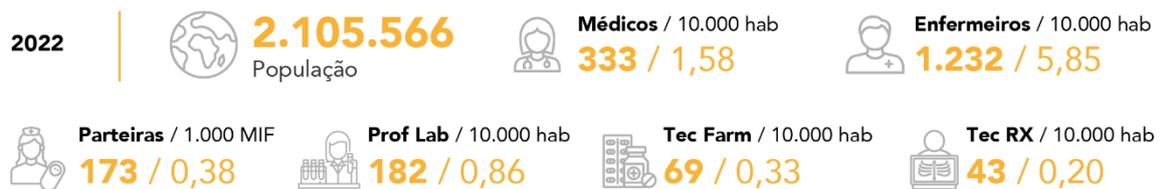
Fonte: DSRHAS, 2022.

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

** Fonte: PNDSIII

*** O rácio de parteiras por 10.000 mulheres em idade fértil é de 3,8.

Quadro 10.1 | Recursos humanos em números absolutos e rácios por 10.000 habitantes, em 2022.



Fonte: DSRHAS, 2022.

Continua a observar-se uma baixa diferenciação, pois apenas 5.4% do total dos médicos são especialistas (área clínica),⁴ e permanece a carência dos médicos especialistas em Saúde Pública. Esse paradigma tem observado um certo avanço com o apoio do projeto “Ianda Guiné Saúde” formando, neste momento, 26 médicos com especialidade em Saúde Pública. Também no âmbito do mesmo projeto foram concluídos os cursos avançados, com 8 médicos nas áreas de cirurgia geral; 8 em ginecologia e 8 em anestesiologia. E, paralelamente, com o projeto bilateral financiado pelo Camões - Instituto da Cooperação e da Língua, I.P. os cursos avançados em medicina interna, igualmente com 8 médicos.

Os profissionais de saúde (clínicos) continuam a ocupar funções não clínicas, contribuindo no aumento do seu défice na base de dados de RHS e na fragilidade da equipe de prestação de cuidados e, conseqüentemente, no pacote da assistência. O Quadro 11 demonstra os números de profissionais envolvidos nas tarefas de gestão, nos níveis de cuidados primário e secundário. O mesmo fenómeno se verifica no nível central, com um contingente importante de profissionais de saúde que estão a desempenhar as tarefas de gestão e, portanto, fora da prestação direta de cuidados à população.

Quadro 11 | Número dos profissionais envolvidos na gestão, nos níveis primários e secundário de cuidados.

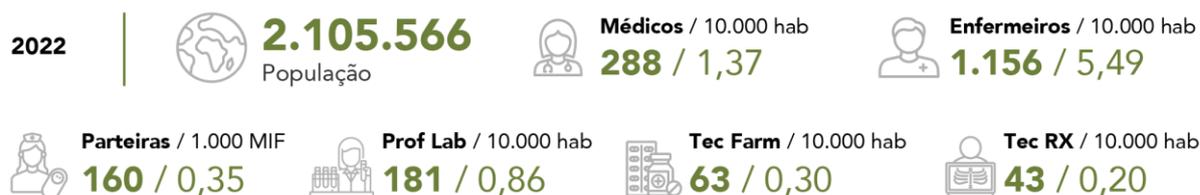
Regiões	MGI	Méd. Gen.	Enf. Lic.	Enf. CG	Parteiras	Téc. Lab.	Téc. Rx	Téc. Farmácia
Bafatá	1		3	1				
Bijagó		1			2			1
Biombo	1	1		2				
Bolama		1	1	2	1			
Cacheu		1	1	2	1			
Farim	1		2	1	1	1		
Gabú		1	2	2	1			
Oio		1	1	2	2			
Quínara		1						
SAB	1	1	4					1
Tombali		1		4	1			
Total	4	9	14	16	9	1		2

Os rácios apresentados no Quadro 12 resultam dos cálculos dos profissionais atualmente (2022) envolvidos na prestação direta de cuidados, incluídos os de outros setores (serviços convencionados e serviços militares). Ou seja, não foram incluídos os profissionais envolvidos em gestão. Portanto, apresenta os rácios inferiores

⁴ Fonte: DSRHAS (Direção de Serviço dos Recursos Humanos e Administração em Saúde)

comparativamente ao quadro 10. Reforça a tese, como demonstrado no quadro 11, de que a ocupação das funções não clínicas por profissionais de saúde contribui no aumento do seu déficit e na fragilidade da equipe de prestação efetiva dos cuidados.

Quadro 12 | Rácio dos grupos profissionais diretamente envolvidos na prestação de cuidados - n.ºs absolutos e por 10.000 habitantes.



Quadro 13 | Disponibilidade de pessoal nos Centros de Referência (Fonte: DSRHAS, 2022).

Centro de Referência	Tipo De referência	Médico generalista	Médico MGI	Enfermeiro Lic+CG	Laboratorista	Tec Farmácia	Imagiologia (Rx)	Parteira
Hosp de Pneumatologia (HRF)	Especializada Pneumatologia	10		20	05	01	07	00
Hospital de Mal de Hansen – Cumura	Especializada Mal de Hansen (lepra)	10		15	06	02	01	05
Hospital Pediátrico São Jose em Bôr	Especializada Pediatria	09		06	05	01	01	00
Centro Saúde Mental	Especializada Descompensação mental	3		10	02	02	00	00
Centro de Recuperação Motora	Especializada Reabilitação Motora	1		03	00	00	00	00
Hospital Nacional Simão Mendes	Nacional nível terciária	95		323	34	20	17	34
Hospital Militar Principal	Nacional		22					
TOTAL		128		377	52	26	26	39

Entre 2016 e 2022, houve um aumento de 34% da categoria de médicos generalistas e 50% da categoria de cirurgião dentista e um decréscimo de 50% da categoria de farmacêuticos. No nível médio, as categorias de técnicos de farmácia e de radiologia cresceram 52% e 84%, respetivamente, conforme demonstra o Quadro 14.

Quadro 14 | Comparativo dos recursos humanos por nível e categoria (2016-2022).

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: Dados de 2016: PNDSIII. / Dados de 2022: DSRHAS.

Nota: Os dados não incluem: (a) profissionais em missão de cooperação que trabalham em instituições do MINSAP (exemplo: expatriados de Cuba e da Nigéria); (b) as admissões em 2021 e 2022 que foram canceladas por despacho ministerial em setembro de 2022; (c) médicos generalistas em atividades de gestão, tanto do nível central como regional. Foram contabilizados os 21 médicos generalistas colocados no hospital militar principal (HMP), por estarem a usufruir de verbas destinadas ao MINSAP (p. exemplo, salário), assim como os profissionais colocados nas estruturas convencionadas. Importa ressaltar que o setor privado lucrativo não foi mencionado, porque a grande maioria de seus profissionais são funcionários em ativo e/ou em reforma no setor público civil (MINSAP).

Em 2007, o MINSAP contava com um efetivo de 2.118 profissionais de saúde para fazer face ao crescimento populacional e perdas de diferentes ordens. Esse efetivo deveria crescer para 2.846 até 2017⁵.

Em 2022, o país contava com 2.148 profissionais de saúde efetivos, o que significa que a redução do déficit continua sendo insignificante. Mesmo no intervalo de 5 anos do PNDRHS II, 2017 – 2022, não obstante as recomendações do Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) exigirem pelo menos 9 médicos por 10.000 habitantes; 12,7 parteiras e 22,8 enfermeiros,⁶ o país continua a enfrentar imensos desafios, pois o número previsto para 2017 de longe não foi alcançado.

⁵ Fonte: PNDRHS II

⁶ Organização Oeste-africana da Saúde. Relatório anual, 2021, p.12.

O relatório da OMS, de 2016, como já referido, aponta a partir de um novo “limiar do índice ODS” a necessidade de uma densidade mínima indicativa de profissionais de saúde qualificados (médicos, enfermeiros e parteiras) de 4,45 por 1.000 habitantes, ou seja 44,5 por 10.000 habitantes para atingir-se o nível médio de realização de alcance de 80% de cobertura para os 12 indicadores traçadores dos ODS (planejamento familiar, cobertura de cuidados pré-natais, assistência qualificada ao parto, DTP3-difteria-tétano-coqueluche vacinação, tabagismo, água potável, saneamento básico, terapia antirretroviral, tratamento de tuberculose, cirurgia de catarata, diabetes e hipertensão).⁷

⁷ Fonte: OMS. Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals, 2016.

DÉFICE E COMPARAÇÃO COM OUTROS PAÍSES

A Guiné-Bissau continua entre os países com piores rácios de profissionais de saúde por 10.000 habitantes, atrás das repúblicas vizinhas de Cabo-Verde e Guiné-Conakry, com 8 e 2 médicos por 10.000 habitantes, respetivamente.⁸

Para fazer face ao crescimento populacional e aos desafios impostos pelos ODS e Cobertura Universal Saúde, o país precisaria aumentar os RHS mais de 5 vezes. Ou seja, necessitaria passar dos atuais **8,19/10.000 habitantes (médicos, enfermeiros e parteiras)**⁹ para os **44,5/10.000 habitantes preconizados pela OMS**. Isso, porém, não pode ser visto de forma isolada, sem se levar em conta a capacidade de formação disponível no país; as projeções do crescimento populacional, as reformas e abandonos do trabalho por diversas causas (óbitos, licenças etc).

ABSENTISMO E PRESENÇA DOS ESPECIALISTAS ESTRANGEIROS

A informação sobre o efetivo e os rácios são fundamentais para analisar a disponibilidade e o défice de profissionais de saúde. Os casos de absentismo não se apresentam devidamente documentados, mas as ausências para formação continuada; o envolvimento em atividades de gestão; a resistência a trabalhar em locais de difícil acesso; as interferências na gestão do pessoal por parte de outrem, principalmente na vertente movimentação, podem contribuir negativamente na disponibilidade real. A ausência para formação, tanto para o exterior como internamente, e as retiradas para trabalhar nos organismos internacionais, tais como as Nações Unidas, reduzem consideravelmente o pessoal comparado ao número constante na base de dados.

A pouca diferenciação justifica a presença dos médicos especialistas expatriados para fazer face às necessidades.

Quadro 15 | Número de médicos especialistas expatriados, por especialidade.

⁸ Base de Dados do inquérito da OMS e Banco Mundial. Disponível em <https://gdhub.unige.ch/implementome/#/>. Acesso em 28/11/2022.

⁹ No cálculo foram considerados 1 parteira/10.000 habitantes (rácio de 0,76); médicos e enfermeiros/10.000 habitantes, com rácios de 1,58 e 5,85, respetivamente, o que perfaz o rácio global para as três categorias, calculado a partir dos dados do efetivamente existente em 2022 (MINSAP), de **8,19 /10.000** habitantes, tomando-se por base a população de 2022, estimada em 2.105.566 (WHO. World Population Prospects, 2022).



Acessibilidade de RHS: Houve uma pequena melhoria na distribuição por nível de cuidado. Já se observa um aumento de profissionais do nível superior (médicos e enfermeiros licenciados) nos cuidados primários, comparativamente aos cuidados secundários. O mesmo ocorre com profissionais do nível médio (enfermeiro de curso geral, parteira, técnicos de laboratório e de farmácia), conforme mostra o Quadro 16. Importa ressaltar que uma parte desses profissionais está concentrada em algumas cidades grandes nas regiões, e a grande maioria na região sanitária do Setor Autónomo de Bissau - SAB. O que significa que ainda existem Centros de Saúde (CS), com critérios para colocação de profissionais de nível superior (por exemplo, médicos), principalmente nas RS, com níveis médio e alto de isolamento, que continuam com défice dos profissionais de nível superior. Ou seja, não obstante a melhoria observada, a distribuição e retenção dos profissionais nos lugares de difícil acesso ainda se constitui em problema para a DSRHAS.

Quadro 16 | Recursos humanos por categoria profissional e por nível de cuidado.

Categorias Profissionais	1ÁRIO = CS C, B, A e CMI e Postos	2ÁRIO = Hospitais Regionais	3ÁRIO = HNSM+ HMP + Centros Especializados	TOTAL
NÍVEL SUPERIOR TOTAL	212	55	478	745
Médico Esp Clínica	0	0	20	20
Médico Esp Mgi	12	2	55	69
Médico Esp Sp	02	0	14	16
Médico Generalista	44	39	128	211
Oftalmologista	0	0	1	1
Cirurgia Pediátrica	0	0	1	1
Cirurgião Dentista	0	0	3	3
Prótese Dentaria	0	0	2	2
Farmacêutico	0	0	1	1
Enfermeiros Licenciados	141	11	199	351

Imagiologia	0	0	1	1
Laboratorista	0	0	37	37
Assistente Social	13	3	7	23
Psicólogo	0	0	9	9
NÍVEL MÉDIO TOTAL	667	174	395	1236
Enfermeiros Curso Geral	447	55	227	729
Parteira	103	58	39	200
Tec Laboratório	77	17	53	147
Tec Farmácia	34	15	21	70
Tec de Rx		11	26	37
Tec Estomatologia			2	2
Tec Cirurgia Catarata		6	2	8
Tec Optometrista		5	3	8
Tec de Anestesiologia	6	7	21	34
Tec Prótese Dentária			1	1

Nota: Não foram incluídos médicos generalistas envolvidos em gestão, tanto do nível central como regional e os expatriados.

ESTRUTURAS POR NÍVEL DE CUIDADOS E EFETIVOS POR REGIÃO SANITÁRIA (RS)

Os quadros 17 e 17-A mostram a relação entre os tipos de estruturas sanitárias, por níveis de cuidados, sob gerência do MINSAP, e RH por RS. Estão incluídos os RH das estruturas convencionadas, com relações rígidas, através de protocolos de parcerias com o MINSAP. Nesses protocolos há cláusulas que comprometem o MINSAP a recrutar, colocar e remunerar os profissionais nelas alocados. Ou seja, a maioria dos profissionais que exerce nas estruturas convencionadas, é composta por funcionários do MINSAP, considerando o fato de serem remunerados e com direito a subsídios de vela e de isolamento, com a verba destinada ao Ministério. Os convencionados envolvem a Igreja Católica (Cáritas), as igrejas evangélicas, agências governamentais estrangeiras e algumas ONGs evidenciadas no PND 2023-2028.

Quadro 17 | Caracterização dos níveis de cuidado primário e total dos RH por categoria e por RS.

RS	Cuidados primários					Total	Med Generalista	Enf Lic	Enf C G	Part	Tec Lab	Tec Far	Mgi	Assist. Soc	Total
	CS "C"	CS "B"	CS "A"	CMI	Posto										
Bafata	12	1	0	1	1	15	3	10	26	11	3	0	2	0	55
Bijagos	10	0	1	0	0	11	3	4	37	1	1	2		0	45
Biombo	6	1	0	2	1	10	3	9	31	8	7	4		0	62
Bolama	4	0	1	0	0	5	1	11	23	3	2	1		0	41

Cacheu	17	1	1	2	0	21	6	8	13	17	7	4	0	55
Farim	4	0	1	0	0	5	2	1	15	4	2	0	0	24
Gabu	17	1	0	1	0	19	3	25	20	4	6	0	0	58
Oio	10	0	0	1	1	12	5	2	34	5	3	1	0	50
Quinara	12	1	1	0	0	14	¹ 0	2	65	9	5	3	0	84
Sab	8	3	0	1	0	12	³ 21	72	136	38	40	20	10	333
Tombali	19	2	0	0	0	21	1	1	52	3	3	0	0	60
Total	119	10	5	8	3	145	45	141	452	103	79	35	12	10

Notas:

¹A região tem apenas um médico que também está envolvido em gestão.

²Não foram incluídos os dados dos hospitais de Cumura e São José em Bôr

³Incluem os dados dos RH afetos aos Centros Ambulatoriais de Cuntum e de Brá e Clínica Madrugada, todos convencionados.

Há fragilidades importantes com respeito aos dados dos RHS e à sua composição, o que requer uma ação específica de atualização por parte do MINSAP. Infelizmente, no curso do trabalho de elaboração deste documento, e até mesmo na oficina presencial de validação, em março de 2023, não foi possível obter elementos suficientes e/ou fiáveis.

Quadro 17-A | Caracterização dos níveis de cuidado secundário e total dos RH por categoria e por RS.

RS	Cuidados Secundários	Med Cirur	Med Gener	Mgi	Enf Lic	Enf C G	Part	Tec Lab	Tec Far	Rx	Assis Soc	Saude Bucal	Tec. Cirq Catarata	Tec Optm
Bafata	Hosp (1)	0	16	1	3	24	2	6	3	5	1	0	0	2
Cacheu	Hosp (1)	0	4	1	3	8	9	4	2	1	2	1	0	2
Gabu	Hosp (1)	0	11		3	16	16	1	4	2	1	1	0	0
Oio	Hosp (1)	0	5		2	7	9	4	3	2	5	0	0	1
Tombali	Hosp (1)	0	3		0	0	22	2	2	1	4	0	0	0
Total	5	0	39	2	11	55	58	17	15	11	13	2	0	5

Nota:

a) Cirurgias de Catarata: dados obtidos junto à Direção do Serviço de Oftamologia.

Antes de se ir mais longe na abordagem da disponibilidade de RHS, é preciso explicitar a metodologia de cálculo adotada no presente trabalho para obter-se a população estimada por setores, regiões sanitárias e regiões administrativas.

UNIDADES DE DIVISÃO TERRITORIAL DA GUINÉ-BISSAU

De acordo com os mapas digitais obtidos por *download* no portal do Global

Administrative Areas (GAMD) na Internet (link para acesso: <https://gadm.org/index.html>), o país divide-se em 37 setores e 9 regiões administrativas. O MINSAP adota modelo de divisão territorial distinto, baseado no agrupamento dos 37 setores administrativos do país em 11 regiões sanitárias. Há duas diferenças básicas entre os modelos de divisão territorial apontados: 1) a subdivisão da região administrativa de Oio nas regiões sanitárias de Oio e de Farim e 2) a subdivisão da região administrativa de Bolama nas regiões sanitárias de Bolama e de Bijagós.

METODOLOGIA DE CÁLCULO DA POPULAÇÃO ESTIMADA DA GUINÉ-BISSAU POR SETORES, REGIÕES SANITÁRIAS E REGIÕES ADMINISTRATIVAS

O último censo demográfico da Guiné-Bissau foi realizado em 2009 e resultou no recenseamento de 1.449.230 habitantes, assim distribuídos em ordem decrescente por regiões sanitárias: 1) 365.097 (25,2%) no Setor Autônomo de Bissau; 2) 215.259 (14,9%) em Oio; 3) 205.608 (14,2%) em Gabú; 4) 200.884 (13,9%) em Bafatá; 5) 185.053 (12,8%) em Cacheu; 6) 93.039 (6,4%) em Biombo; 7) 91.089 (6,3%) em Tombali; 8) 60.777 (4,2%) em Quinara; e 32.424 (2,2%) em Bolama. Tomando por base a distribuição percentual dos dados do censo de 2009, o INE calculou a população estimada para o país e as suas 9 regiões administrativas ao longo do período entre 2010 e 2030. De acordo com os cálculos do INE, a população estimada da Guiné-Bissau em 2022 seria de 1.667.909 habitantes.

Durante o processo de elaboração deste PNDRHS, trabalhou-se com planilhas de dados com estimativas populacionais desagregadas por regiões sanitárias, disponíveis no MINSAP. A planilha de dezembro de 2022 trazia estimativas populacionais para o país – 2.089.531 habitantes – e para ambos os níveis de desagregação mencionados.

Ao analisarem-se os dados da referida planilha, constatou-se que a participação relativa do Setor Autônomo de Bissau, estimada em 40,7% da população total do país, era bem maior que os 25,2% registrados no censo demográfico de 2009. Ainda assim, considerando que se tratava da primeira planilha examinada, com dados populacionais

desagregados por setores, decidiu-se por utilizá-la como base para o cálculo de estimativas populacionais a esse nível de agregação. Para isso, o passo inicial foi o de calcular a fração da população total correspondente a cada um dos setores que compõem as regiões sanitárias da Guiné-Bissau. O passo seguinte foi aplicar as frações assim obtidas sobre a população estimada de cada região sanitária, mantendo-se, por precaução, os percentuais registrados pelo censo demográfico de 2009.

O método acima descrito foi aplicado a quatro estimativas diferentes sobre a população total da Guiné-Bissau em 2022: 1) 1.667.909 habitantes (INE); 2) 2.089.531 habitantes (MINSAP); 3) 2.369.978 habitantes (UNICEF); e 4) 2.105.566 habitantes (ONU). Ao final do processo, para assegurar a coerência interna entre os dados do PNDRHS e queles do PNDIS, optou-se pela utilização da estimativa calculada pela ONU. **Dessa forma, todos os rácios de profissionais por 10 mil habitantes apresentados no presente documento têm por base a população total estimada por aquela organização, que corresponderia a 2.105.566 habitantes em 2022.**

As variações entre as regiões com respeito à distribuição dos RH das diferentes categorias técnico-profissionais, relativamente ao número de população, estão evidentes nos quadros abaixo que retratam o rácio por habitantes (exemplificando as categorias de médico, enfermeiro e parteira) em 2 circunstâncias: (1) rácio resultante da soma de todos os profissionais em efetiva prestação de cuidado, **incluídos os afetos às estruturas parceiras do MINSAP** na RS [quadros 18, 18-A e 18-B] e (2) rácio **somente com os profissionais afetos às estruturas sob gerência direta do MINSAP** [quadros 19, 19-A e 19-B].

Quadro 18 | Distribuição dos rácios de médicos generalistas por 10.000 habitantes em 11 RS (2022), em ordem decrescente.

Regiões sanitárias	População estimada	Médicos generalistas	
		Total	Rácio por 10 mil habitantes
Biombo	110.492	22	1,99
Bolama	13.908	1	0,72
SAB	583.570	20	0,57
Bafatá	304.330	19	0,53
Gabú	291.047	13	0,52
Oio	228.341	10	0,44
Cacheu	256.343	11	0,43

Tombali	132.826	4	0,30
Farim	69.755	1	0,14
Bijagós	28.366	0	0,00
Quinara	86.588	0	0,00
Total	2.105.566	101	0,48

Fonte: DSRHAS (não foram incluídos os profissionais envolvidos na atividade de gestão).

O Quadro 18 mostra que, à exceção da RS de Biombo, com o rácio de médicos generalistas da ordem de 1,99 por 10.000 habitantes, nas restantes o rácio é inferior a 1.

As RS com menor rácio são as regiões de Quinara e de Bijagós, que contam com um médico efetivo cada uma e que, a esta data, não estão envolvidos na atividade de atendimento direto à população (participam na atividade de atendimento direto apenas quando estão na região). Por isso mesmo, não aparecem no Quadro 18, onde foram ponderados no cálculo somente os profissionais em efetiva prestação de cuidados em todas as estruturas, seja sob gerência ou não do MINSAP.

Quadro 18-A | Distribuição dos rácios de enfermeiros por 10.000 habitantes em 11 RS (2022), em ordem decrescente.

Regiões sanitárias	População estimada	Enfermeiros	
		Total	Rácio por 10 mil habitantes
Bolama	13.908	33	23,72
Bijagós	28.366	41	14,45
Quinara	86.588	68	7,85
Tombali	132.826	75	5,65
Biombo	110.492	61	5,52
SAB	583.570	201	3,44
Cacheu	256.343	75	2,93
Farim	69.755	16	2,30
Bafatá	304.330	64	2,23
Gabú	291.047	64	2,20
Oio	228.341	45	1,97
Total	2.105.566	743	3,53

Fonte: DSRHAS (não foram incluídos os profissionais envolvidos na atividade de gestão).

Todas as RS, à exceção de Oio, apresentam mais de 2 enfermeiros (licenciado + curso geral) por 10.000 habitantes. Em ordem decrescente, as RS que mais se destacaram foram Bolama (23,72), Bijagós (14,45) e Quinara (7,85). A RS com menor rácio foi a RS de Oio (1,97). Também não foram considerados, no cálculo, os profissionais em gestão.

Os dados incluem as estruturas sob gestão ou não do MINSAP.

Quadro 18-B | Distribuição dos rácios de parteiras por 10.000 mulheres em idade fértil (2022), em ordem decrescente.

Regiões sanitárias	Mulheres em idade fértil	Parteiras	
		Total	Rácio por 10 mil mulheres (MIF)
Bolama	3.060	3	9,80
Biombo	24.308	13	5,34
Quínara	19.049	8	4,20
Cacheu	56.395	5	0,88
Farim	15.346	4	2,60
SAB	128.385	38	2,96
Bafatá	66.953	13	1,94
Oio	50.235	9	1,79
Tombali	29.222	5	1,71
Bijagós	6.241	1	1,60
Gabú	64.030	5	0,78
Total	463.225	104	2,24

Fonte: DSRHAS.

Com a exceção da RS de Bolama (9,80) todas as demais apresentaram um rácio inferior a 5,5 parteiras / 10.000 mulheres em idade fértil (MIF), em ordem decrescente. A RS com menor rácio é Gabú (0,78). Igualmente, a ponderação no cálculo foi com os profissionais em efetiva prestação de cuidados, envolvendo todas as estruturas sob gestão ou não do MINSAP.

Os números absolutos e os rácios das categorias de médico, enfermeiro e parteira nas 11 RS, em estruturas públicas sob gestão do MINSAP estão explicitados nos quadros a seguir (Quadros 19, 19-A e 19-B).

Quadro 19 | Distribuição dos rácios de médicos generalistas em estruturas sob gestão do MINSAP por 10.000 habitantes em 11 RS (2022), em ordem decrescente.

Regiões sanitárias	População estimada	Médicos generalistas em estruturas sob gestão do MINSAP	
		Total	Rácio por 10 mil habitantes
Bolama	13.908	1	0,72
Bafatá	304.330	19	0,53
Gabú	291.047	13	0,44
Oio	228.341	10	0,43
Cacheu	256.343	11	0,43

SAB	583.570	20	0,34
Tombali	132.826	4	0,30
Biombo	110.492	3	0,27
Farim	69.755	1	0,14
Bijagós	28.366	0	0,00
Quínara	86.588	0	0,00
Total	2.105.566	82	0,39

Fonte: DSRHAS.

Quadro 19-A | Distribuição dos rácios de enfermeiros em estruturas sob gestão do MINSAP por 10.000 habitantes em 11 RS (2022), em ordem decrescente.

Regiões sanitárias	População estimada	Enfermeiros em estruturas sob gestão do MINSAP	
		Total	Rácio por 10 mil habitantes
Bolama	13.908	28	20,13
Bijagós	28.366	41	14,45
Quínara	86.588	65	7,85
Tombali	132.826	75	5,65
SAB	583.570	201	3,44
Cacheu	256.343	75	2,93
Biombo	110.492	30	2,71
Farim	69.755	16	2,29
Gabú	291.047	64	2,20
Bafatá	304.330	64	2,10
Oio	228.341	45	1,97
Total	2.105.566	704	3,34

Fonte: DSRHAS.

Quadro 19-B | Distribuição dos rácios de parteiras em estruturas sob gestão do MINSAP por 10.000 mulheres em idade fértil (2022), em ordem decrescente.

Regiões sanitárias	Mulheres em idade fértil	Parteiras em estruturas sob gestão do MINSAP	
		Total	Rácio por 10 mil MIF
Bolama	3.060	3	9,80
Quínara	19.049	8	4,20
Biombo	24.308	8	3,29
Gabú	15.346	5	3,25
SAB	128.385	38	2,96
Bafatá	66.953	13	1,94
Oio	50.235	9	1,79
Tombali	29.222	5	1,71
Bijagós	6.241	1	1,60
Cacheu	56.395	5	0,88

Farim	64.030	4	0,62
Total	463.225	99	2,13

Fonte: DSRHAS.

Da análise dos elementos apresentados nos quadros acima, há algumas constatações inequívocas com respeito à **disponibilidade de RHS sob gestão do MINSAP:**

- a. Não obstante o Sector Autónomo de Bissau (SAB) concentrar a maior população (583.570 habitantes), possui um rácio de apenas 0,34 médicos generalistas/10.000 habitantes, inferior às regiões de Bolama, Bafatá, Oio, Gabu e Cacheu, todas menos populosas. A discrepância com relação a Bolama é notável (uma população de apenas 13.908 habitantes, com um rácio de médicos da ordem de 0,72/10.000 habitantes);
- b. No que respeita o rácio dos enfermeiros, a mesma disparidade se encontra com relação à RS de Bolama. Enquanto as duas RS mais populosas (SAB e Bafatá) têm apenas 3,44 e 2,10 enfermeiros, respetivamente, por 10.000 habitantes, Bolama possui quase 6 e 10 vezes mais em comparação a cada uma delas, respetivamente;
- c. A disparidade se verifica também no rácio das parteiras: apesar das RS de Bafatá e SAB apresentarem maior número de mulheres com idade fértil, a RS de Bolama foi a única região com quase 10 parteiras por 10.000 mulheres em idade fértil, com grande distância para o rácio encontrado nas demais regiões;

Para além da simples análise isolada do rácio de profissionais de saúde, com especial destaque para médicos, enfermeiros e parteiras, cumpre ressaltar as incongruências encontradas, que favorecem a RS de Bolama, em particular, em detrimento das regiões com maior número de população. Se se levar em conta, ainda, a cobertura vacinal contra sarampo em Bolama, no período de janeiro a novembro de 2022, a despeito dos maiores rácios profissionais, a região foi a que teve as piores coberturas vacinais (37%).¹⁰

Outro elemento que certamente demandará reflexões é o número de estruturas de saúde existentes no SAB, muito possivelmente aquém do necessário para cobrir a maior

¹⁰ MINSAP. Direção Materno-Infantil, Serviço de Imunização e Vigilância Epidemiológica, 22 de dezembro de 2022.

concentração populacional do País. De nada adiantaria aumentar o quantitativo de RHS nessa região, se não houver instalações capazes de comportar o contingente a ser adicionado.

Por outro lado, ao se ponderar o peso do fardo das doenças transmissíveis e não transmissíveis, a taxa da mortalidade materna e cobertura vacinal em cada região sanitária e a carga de trabalho, nenhuma região apresenta um limiar de densidade de profissionais qualificados ao nível médio de realização de alcance de 80% de cobertura dos indicadores traçadores dos ODS.¹¹

Um dos desafios chaves desse novo ciclo de gestão e de desenvolvimento de RHS consiste em reverter o cenário de iniquidade.

ACEITABILIDADE

Os relatos de diferentes estudos, dentre os quais o estudo sobre Comportamento, Atitude e Prática (CAP), realizado pelo Projeto de Saúde Bandim (PSB, 2021); e o relatório preliminar do estudo sobre diagnóstico do género orientado sobre as barreiras de acesso aos cuidados de tuberculose e autonomização das mulheres na Guiné-Bissau (PSB, 2022) demonstram existir um nível muito baixo de aceitabilidade dos profissionais de saúde por parte dos utentes, motivado por falta de profissionalismo – atitudes agressivas, pouca paciência, juízo de valor etc.

Alguns excertos dos estudos acima mencionados exemplificam a resistência à aceitabilidade dos profissionais de saúde por parte dos utentes.

[...] Sentimos também com atitudes agressivas e pouco pacientes de muitos profissionais de tipo: fala rápido o que está a sentir; se estiver com receio [vergonha] saia que tem gente aguardando a sua vez. Não dão oportunidade para criar empatia. Eu sinceramente, fico apreensiva quando penso que tenho que procurar o CS para este assunto.¹²

[...] Nós os profissionais de saúde temos tido atitude julgadora, não está certo, mas fazemos. Existe necessidade de adaptar os profissionais à necessidade desse grupo. [...] Comportamento

¹¹ MINSAP. INASA, Departamento de Sistema de Informação Sanitária e, Direção do Programa Alargado de Vacinação, 22 de dezembro de 2022.

¹² Estudo sobre Comportamento, Atitudes e Práticas (Projeto de Saúde de Bandim, 2021).

inadequado do pessoal de saúde desmotiva muita gente a procurar serviço de saúde.¹³

[...] Os próprios técnicos criam a barreira, o fato de falar mal com as pessoas, pedir dinheiro – corromper as pessoas. Serviço pode ser inteiramente gratuito, mas cria-se artimanhas para tirar dinheiro do outro. Se as pessoas são tratadas somente quando dão dinheiro, o serviço passa a ser traidor, ao invés de atrair as pessoas. Ninguém aceita procurá-lo.¹⁴

Por causa do comportamento dos técnicos de saúde, porque se chegares la 08:00hs não vais sair às 09:00, por exemplo, só vais sair dali às 12:00hs muitos não têm esse tempo; todo precisam ir vender ou fazer outras coisas. A demora dos técnicos para chegarem nos serviços faz outras pessoas desanimarem e se estiveres hospitalizado e o hospital não tiver medicamento tudo isso contribui.¹⁵

GÉNERO

Tanto na categoria de médico, quanto das outras profissões de nível superior, em geral o sexo masculino é o predominante, enquanto na categoria de enfermagem e no nível médio de formação, em geral, predomina o sexo feminino, ambos na faixa etária mediana entre 30 e 39 anos de idade (Quadro 20). Na maioria das vezes, entre os profissionais de saúde, o sexo feminino predomina e, em geral, trata-se de uma enfermeira na faixa etária mediana entre 30 e 39 anos de idade.

Quadro 20 | Distribuição de RHS por sexo e faixa etária.

Categoria	Sexo		Idade					TOTAL
	M	F	Menor de 30	30 a 39	40 a 49	50 a 59	Maior de 60	
Médico	231	102	18	205	72	36	2	333
Enfermeiro	409	823	34	612	386	172	28	1232
Parteira	0	173	5	64	50	46	8	173
Laboratório	93	88	11	58	50	59	3	181
Farmácia	25	44	3	30	23	12	1	69
Radiologia	22	20	3	22	13	4	0	42
Outro	210	139	8	112	124	85	20	349

Fonte: DSRHAS, 2022.

¹³ Estudo sobre Comportamento, Atitudes e Práticas (Projeto de Saúde de Bandim, 2021).

¹⁴ Estudo sobre Diagnóstico do género orientado sobre as Barreiras de acesso aos Cuidados de Tuberculose e Autonomização das Mulheres na Guiné-Bissau (Projeto de Saúde de Bandim,

¹⁵ Estudo sobre Diagnóstico do género orientado sobre as Barreiras de acesso aos Cuidados de Tuberculose e Autonomização das Mulheres na Guiné-Bissau (Projeto de Saúde de Bandim, 2021)

QUALIDADE DE RHS

A dimensão de qualidade parece estar relacionada ao nível de literacia. Nos anos 1970, para os cursos técnicos ou médio e auxiliares (auxiliar de enfermagem e de laboratório, por exemplo), a atual Escola Nacional de Saúde (ENS) exigia no mínimo 6º ano de escolaridade. Essa exigência prologou-se até os finais dos anos 1980, com o início da formação de auxiliar de parteira. A partir do ano de 2017 passou a exigir o 12º ano para ingresso em qualquer curso oferecido pela ENS e fecharam-se os cursos de auxiliar.

Desde a sua origem, a ENS forma enfermeiros gerais e técnicos de laboratório de nível médio em Bissau. Desde 2008 tem vindo a estender a sua oferta à formação de parteiras, de técnicos em radiologia e de farmácia de nível médio.

O percurso dos dois últimos planos e um certo ceticismo demonstrado pelos profissionais de saúde com respeito à implementação e execução das estratégias ora elaboradas pelo MINSAP suscitaram as seguintes perguntas durante o processo da elaboração do presente Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde (PNDRHS): (1) Para que fazer o plano? Qual a expectativa de sua importância e utilidade? (2) Houve suficiente comunicação com o pessoal da saúde sobre a iniciativa e sua importância, de modo a buscar a adesão e o interesse de todos? (3) Haverá condições para sua efetiva implementação?

Em jeito de participar a grande maioria dos profissionais sobre a iniciativa da elaboração da terceira geração do PNDRHS e buscar adesão e o interesse de todos e, também as respostas às perguntas, é que foram inquiridos 126 RHS, compreendendo desde médicos a pessoal de limpeza, nas Regiões Sanitárias (RS) de Setor Autónomo de Bissau (SAB) e de Biombo (localidade arredor de Bissau, a Capital). Devido à falta de condições logísticas, a escolha dessas 2 regiões foi por conveniência. As restantes 9 RS foram participadas, através da carta ofício assinada e enviada pela Direção dos Serviços dos Recursos Humanos e Administração em Saúde (DSRHAS).

O questionário foi composto de 3 módulos: (1) observações sobre as políticas, estratégias e planos de RHS; (2) capacidade de governação da DSRHAS e (3) oferta e demanda. Os dois primeiros módulos foram constituídos por 6 questões e o último por três, de carácter qualitativa (Apêndice I). Uma síntese das principais respostas já foi apresentada em páginas anteriores.

Mais especificamente quanto à oferta e à demanda, várias foram as opiniões sobre as escolas de formação de profissionais de saúde e sua qualidade de formação. Por unanimidade, os inqueridos mostraram-se apreensivos sobre as escolas de formação dos profissionais de saúde, quanto à qualidade de formação que oferecem e à capacidade dos formandos. Dentre outros, os fatores como fragilidade na seleção dos alunos e dos próprios docentes; a frágil condição nos campos de estágios; a procura significativa pela área da saúde visando ao acesso rápido ao emprego; a insuficiência de docentes especialistas; a falta de diálogo entre DSRHAS e instituições de formação; a abertura de cursos à margem das reais necessidades; a proliferação das escolas privadas; o curriculum obsoleto carecendo de harmonização conforme a deliberação da sub-região africana (CEDAO); a pouca qualidade dos formandos; a entrada no serviço nacional de saúde sem concurso; a ausência de mecanismos de avaliação do desempenho foram os mais comentados, justificando a frágil qualidade dos profissionais.

A Faculdade de Medicina (estatal) existe desde 1986. Funciona com um Decano guineense e um homólogo cubano. O curso de medicina é ministrado com docentes cubanos, contratados com a cooperação cubana, sendo a titulação igualmente cubana. Os grandes desafios *“prendem-se, segundo a avaliação da implementação do PNDS II, com a harmonização do ensino a nível da Comunidade Económica de Estados da Africa Ocidental (CEDEAO), com um compromisso com uma formação de melhor qualidade, por uma maior apropriação do curso por professores guineenses e por uma melhor integração no sistema de ensino superior do País.”*¹⁶

Uma das metas do 1º PNDRHS visava formar, em especial, enfermeiros e parteiras em número suficiente, a fim de cobrir as necessidades da lotação mínima desenhada para integrar o quadro de pessoal para diferentes tipos de estrutura. Não obstante a quantidade de RH ser uma meta prioritária, apenas o aspeto quantitativo não basta. Seria preciso pensar ainda em estratégias para assegurar a qualidade adequada da formação, a motivação e as instalações e condições de trabalho apropriadas, bem como a superação de outras deficiências.

GESTÃO DE RHS

¹⁶ Ferrinho, P, 2015. Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau – Evolução das estruturas e processos num Estado Frágil

Para fazer face aos problemas que o país enfrenta no nível de governação dos RHS, foram elaborados, nos anos 1990 e em 2008, documentos de estratégias para desenvolvimento de RHS. Observou-se, porém, o fracasso nas suas implementações e execuções condicionado pelo conflito político/militar de 1998 e sucessivos ciclos de instabilidade, assim como pela instabilidade política e administrativa do golpe de estado de abril de 2012 e as frequentes mudanças nas cúpulas de gestão do MINSAP, respetivamente. No atual organograma, a DSRHAS responde ao gabinete do Secretário-geral. Não fazendo parte das instâncias de decisão, carece da capacidade de influenciar diretamente nas orientações para elaboração das políticas.

As atividades de Desenvolvimento de RHS têm sido limitada às tarefas administrativas ou à gestão operacional imposta pela administração corrente, com um desempenho regular motivado por diversas dificuldades e carência de suportes administrativos, tais como a falta de suportes administrativos e jurídicos que regulamente o exercício de emprego duplo entre o sector público e privado, com ou sem fins lucrativo e vice-versa; a insuficiência de materiais e equipamentos, incluindo acesso limitado à Internet. Do Orçamento Geral de Estado (OEG) para o sector, o serviço beneficia apenas da rubrica para o salário. Apresenta uma base de dados desatualizada, além de falta de um plano de frequência para a sua atualização. Os dados/informações são reportados *offline* à Direção da Função Pública, em forma de ofício para atualizar; dessa forma, as duas bases de dados acabam por não estar sincronizadas e não permitem atualização em tempo real. As componentes de investigação e de estudos nunca foram objeto de atenção.

EFETIVOS ATUAIS

Em 2007, a DSRHAS contava com 2118 ativos. Considerando uma redução estimada, na época, de 63% da força laboral até 2017, por diversos motivos (morte, migração, aposentadoria etc.) foi calculado que, para se atingirem as dotações mínimas de equipas da saúde (estabelecidas no PNDS II) e fazer face ao crescimento populacional, o pessoal efetivo da saúde teria de aumentar 34,4% ao longo de dez anos (2008 – 2017)¹⁷.

¹⁷ PNDRHS II.

Entre 2008 e 2021 (com exceção dos anos de 2017 e 2018), foram recrutados, no total, 3865 profissionais, conforme o Quadro 21. Importa ressaltar que as admissões de 2021 foram canceladas por despacho ministerial em setembro de 2022, o que reduziu a já escassa força de trabalho disponível (Quadro 22). No ano de 2022, não houve novos recrutamentos.

No Quadro 23, encontra-se um comparativo entre os números absolutos e relativos da força de trabalho em saúde, disponível nos anos 2016 e 2022.

Quadro 21 | Caracterização de recrutamento das categorias dos profissionais de saúde.

Categorias Recrutadas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2019	2020	2021	Total
Médico	0	8	0	2	96	29	30	28	0	226	2	180	593
Enf. Licenc	0	0	1	0	43	0	32	39	0	22	62	861	1060
Enf. C.Geral	62	4	30	4	83	0	254	192	0	540		34	1137
Psicólogo	0	1	1	0	2	0	3	2	0	4	0	1	13
Area Administ	7	1	3	6	11	0	32	27	12	29	0	71	191
Parteira	0	0	0	0	0	0	4	9	0	83	16	55	167
Tec. Farmácia	0	0	0	1	0	0	0	17	0	66	0	7	91
Tec. Lab	0	33	0	0	1	0	0	19	0	93	0	19	132
Assist.Social	0	0	0	6	1	0	28	18	0	8	1	21	83
Estomatologia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Optimetria	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Radiologia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	52	0	22	75
Nutrucionista	0	0	0	1	0	0	3	1	0	2	0	0	7
Estatística	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Biólogo	0	1	0	3	7	0	0	7	0	18	0	0	35
Outras Categ	0	0	0	2	1	0	28	30	0	34	0	66	161
Total/Ano	69	48	35	25	245	29	414	393	12	1 177	81	1 337	3.865

Fonte: DSRHAS, 2022.

Quadro 22 | Pessoal existente, por faixa etária, antes da dispensa em setembro de 2022.

Número dos profissionais por diferente categoria							
Categoria	< 30 anos	30–39	40–49	50–59	> de 60 anos	Desconhecidos	Total
Médico	80	278	57	30	1	4	450
Enfermeiros	193	1.067	428	181	1	14	1.884
Parteira	21	80	64	45	2	1	213
Laboratório	17	77	49	63	0	0	206
Tec. Farmácia	2	34	26	10	1	0	73
Tec. Radiologia	4	29	13	2	0	0	48
Outros	25	158	116	108	2	5	414

TOTAL	262	1.723	753	439	7	24	3.288
--------------	-----	-------	-----	-----	---	----	-------

Fonte: DSRHAS, 2022.

Quadro 23 | 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

As debilidades existentes, e já mencionadas, podem ser sintetizadas por algumas variáveis, dentre as quais se destacam:

- a) a fragilidade na implementação dos referenciais estratégicos e operacionais dos planos anteriores;
- b) a frágil regulação estatal sobre o funcionamento do setor privado na saúde;
- c) os problemas nos processos de admissão e reconhecimento dos trabalhadores do MINSAP pelo Ministério da Função Pública, acarretando problemas na gestão e pagamento dos RH;
- d) as dificuldades na retenção dos trabalhadores de níveis superior e no médio;
- e) a limitada capacidade de gestão, em todos os níveis;
- f) as restrições orçamentais para os RHS, agravando-se o quadro de insuficiência

de RH necessários;

g) a indefinição sobre o estatuto dos Agentes de Saúde Comunitários que, mesmo sem vínculo formal com o MINSAP e sem remuneração por ele atribuída, têm encargos e responsabilidades ao nível da saúde da população;

g) a falta de implementação das carreiras;

h) a mudança frequente do pessoal dirigente.

Tendo em vista a situação descrita, antes mesmo de se pensar em um aumento exponencial dos rácios dos trabalhadores em saúde por 10.000 habitantes, é necessário debruçar-se sobre o atual cenário, nomeadamente sobre:

- a) a fraca qualidade dos profissionais de saúde (seja real ou percebida);
- b) a insatisfação latente, que guarda relações com a motivação e com as condições de trabalho, nos trabalhadores de saúde de níveis básico, médio e superior;
- c) a iniquidade entre regiões e entre zonas rurais e urbanas;
- d) a frágil capacidade de gestão, seja no nível central, seja no nível regional e nas próprias estruturas de saúde;
- e) a fragilidade de implementação nos referenciais estratégicos e operacionais;
- f) a formação aparentemente descontrolada para o nível superior;
- g) a escassez orçamental para os RHS;
- h) a falta de enquadramento dos agentes de saúde comunitários, uma notável força de trabalho na dimensão dos cuidados de saúde primários, que precisa ser mais bem aproveitada, sob a orientação e regulação governamentais.

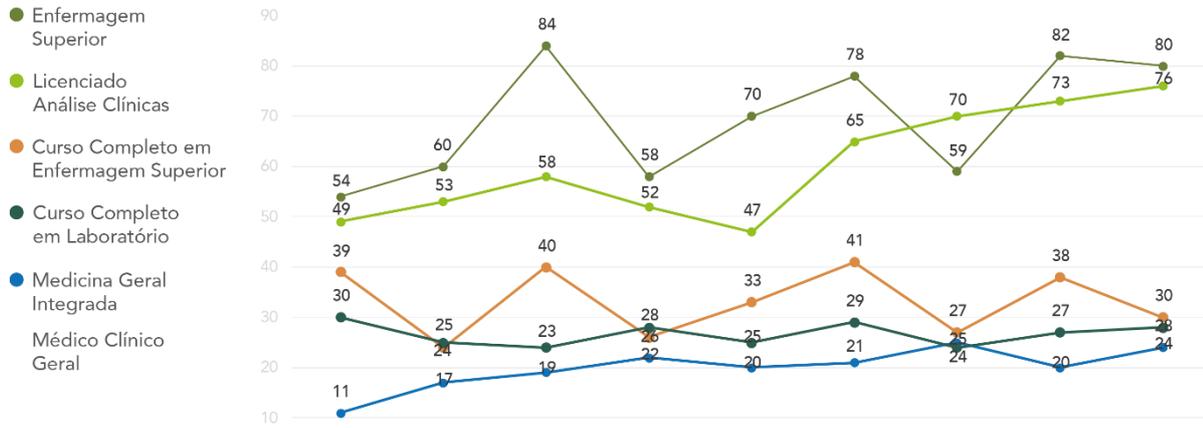
A CAPACIDADE DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEL NA GUINÉ-BISSAU

No decorrer dos trabalhos de elaboração de um novo PNDRHS, houve o cuidado de aferir com as instituições formadoras abaixo mencionadas, sua capacidade anual de formação de profissionais para atuação na saúde da Guiné-Bissau. Para tanto, o MINSAP endereçou expediente a todas as instituições de ensino que oferecem cursos voltados à área da saúde, cujas respostas foram compiladas no Quadro 24, com vistas a aferir a capacidade de reposição das perdas estimadas (Quadro 25) e a ampliar o contingente da força de trabalho em saúde nos próximos anos.

Quadro 24 | Cursos oferecidos pelas diferentes instituições formadoras de RHS e a projeção do número de profissionais formados para o período de 2022 a 2030. Fonte: coleta de informações feita pelo MINSAP, maio/2023.

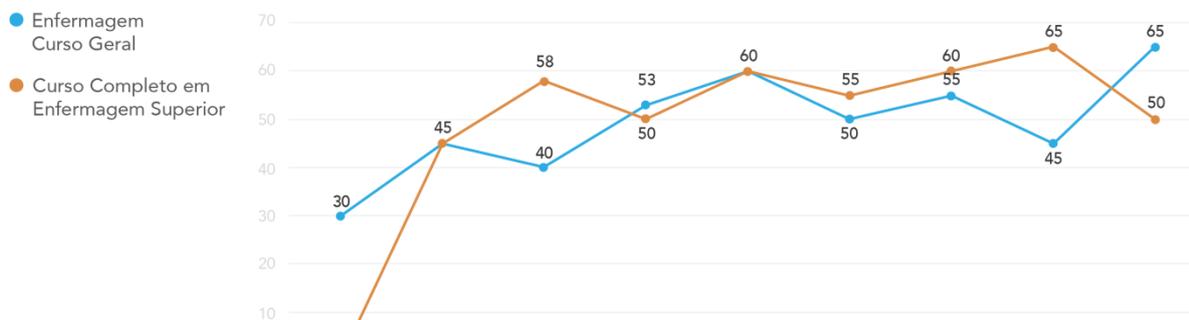
(Nota: a Universidade Lusófona disponibilizou apenas os dados do curso de Enfermagem Superior)

UNIVERSIDADE JEAN PIAGET



	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Médico Clínico Geral	11	17	19	22	20	21	25	20	24	179
Enfermagem Superior	54	60	84	58	70	78	59	82	80	625
Licenciado em Análises Clínicas	49	53	58	52	47	65	70	73	76	543
Enf. Curso Geral										
Parteira Curso Geral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tec. Laboratório										
Tec. Farmácia										
Medicina Geral Integral	11	17	19	22	20	21	25	20	24	179
Curso Completo em Enfermagem Superior	39	24	40	26	33	41	27	38	30	298
Curso Completo em Laboratório	30	25	24	28	25	29	24	27	28	240
Curso de Anestesiologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Curso de Instrumentador	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

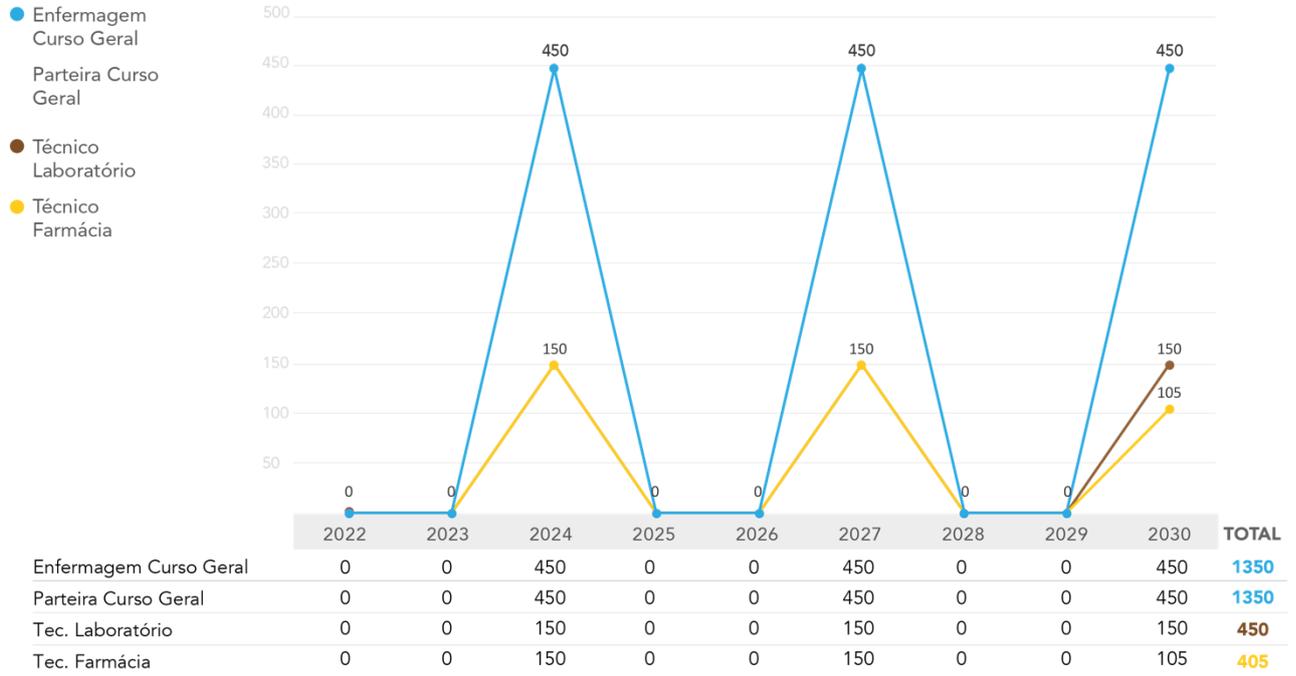
UNIVERSIDADE BA BIAGUE



	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Enfermagem Curso Geral	30	45	40	53	60	50	55	45	65	413
Curso Completo em Enfermagem Superior		45	58	50	60	55	60	65	50	443



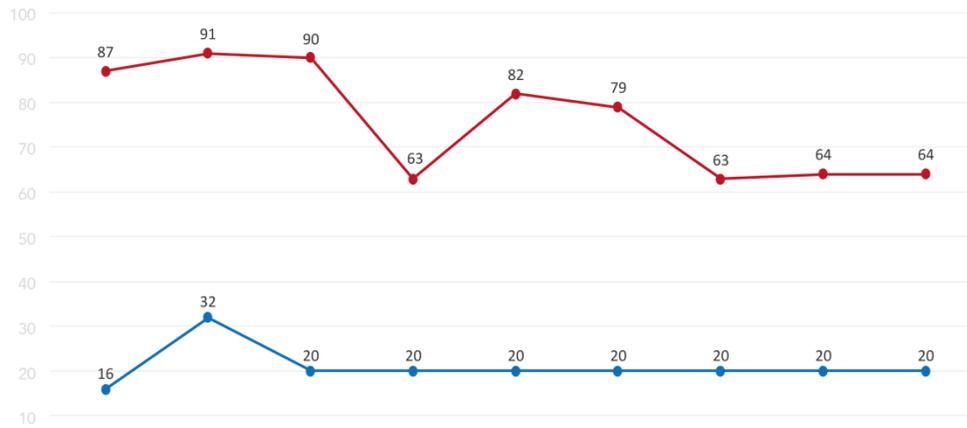
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE





FACULDADE DE MEDICINA

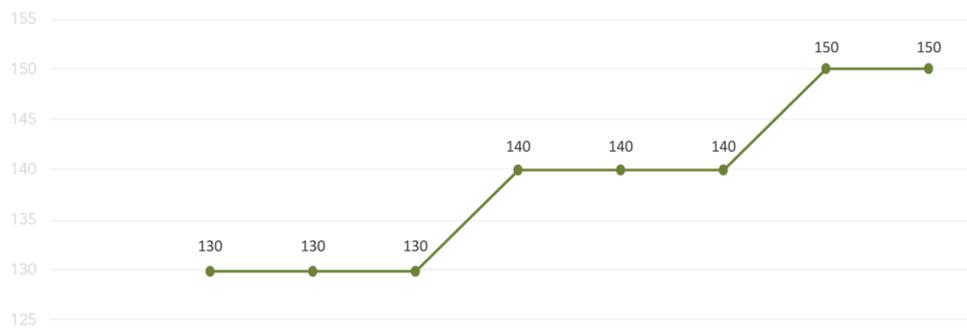
- Médico Clínico Geral
- Medicina Geral Integral



	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Médico Clínico Geral	87	91	90	63	82	79	63	64	64	683
Medicina Geral Integral	16	32	20	20	20	20	20	20	20	188

UNIIVERSIDADE LUSÓFONA DA GUINÉ

- Enfermagem Superior



	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	TOTAL
Enfermagem Superior	0	130	130	130	140	140	140	150	150	1110

Quadro 25 | Perdas estimadas na força de trabalho (2023-2032).

	Total categ.	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	Total categ.	% perdas total
Médico	333	1	15	4	4	2	8	2	3	4	10	53	12,26
Enfermeiro Superior	1062	9	20	8	8	5	4	5	4	2	4	69	6,49
Enfermeiro Curso Geral	937	30	61	26	21	15	10	10	7	5	13	198	21,13
Enf.ª Auxiliar		3	4	1	1	0	0	0	0	0	0	9	
Parteira	212	6	8	2	4	4	4	8	5	6	6	53	25
Laboratório	229	7	21	6	8	12	6	9	6	6	2	83	36,24
Tec Farmácia	75	3	5	2	1	0	2	2	0	1	3	19	25,33
Tec Radiologia	58	1	0	0	0	0	0	2	0	1	0	4	6,89
Biólogos		0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	
Outras Áreas	344	18	39	11	9	10	10	3	9	12	14	135	39,24
Total por ano	3349	78	174	60	56	48	44	41	34	37	54	626	18,69

Fonte: DSRHAS, 2022.

Assim, segundo a análise do cenário atual e das capacidades disponíveis, sugere-se um incremento anual da ordem de 10% nos números absolutos dos RHS, com consequente impacto sobre os respetivos rácios por 10.000 habitantes, levando-se em conta as projeções de aumento populacional a cada ano as reformas, óbitos, abandonos de trabalho e licenças para formação, por razões de saúde ou por outras causas, conforme disposto no Quadro 25.

Pelos elementos apresentados, cumpre ressaltar que um acréscimo da ordem de 10% nos quantitativos de médicos, que implicaria diretamente no aumento do rácio/10.000 habitantes, por exemplo, é em boa parte factível, à luz das informações disponíveis sobre a capacidade de formação das instituições de ensino médico da Guiné-Bissau. Apenas a partir de 2030 seria necessário um número maior de médicos gerais, a continuar a seguir a proposta de incremento numérico anual em 10%, o que exigiria um reforço na capacidade de formação das instituições guineenses. Todavia, a depender do número de médicos atualmente em formação no exterior, o aumento dos rácios poderá ser atingido mais rapidamente, desde que esses profissionais regressem à Guiné-Bissau e passem a integrar os efetivos da força de trabalho. Por outro lado, como será visto e comentado adiante, para os médicos MGI e especialistas, assim como para os profissionais de enfermagem, os défices e a expansão numéricas propostas não

conseguirão ser atendidos com o número de graduados atualmente no País.

UMA ESTRATÉGIA PARA AUMENTO GRADUAL DOS RÁCIOS/10.000 HABITANTES NO PERÍODO DE 2023-2032, SEGUNDO A CAPACIDADE DE FORMAÇÃO EXISTENTE NO PAÍS

A proposta apresentada baseia-se no aumento gradual dos rácios, graças ao incremento do número de profissionais da ordem de 10% a cada ano, com especial enfoque sobre as categorias de médicos, enfermeiros e parteiras, de modo a responder aos parâmetros da recomendação da OMS, levando-se em conta:

- a. as projeções de aumento populacional
- b. o número estimado de reformas
- c. o número estimado de perdas (óbitos, licenças, abandono etc.)
- d. a capacidade de formação de novos profissionais pelas instituições de ensino atualmente existentes na Guiné-Bissau.

Isso permitirá, no caso do rácio de médicos/10.000 habitantes, por exemplo, um aumento da ordem de 172% sobre o existente atualmente, contando apenas com a capacidade de formação local existente no presente momento. Esse rácio poderá vir a ser ampliado ainda mais rapidamente, como já referido, caso haja mecanismos de atratividade para os profissionais que se encontram em formação no estrangeiro. Os quadros 26 a 34, cuja fonte de informação é a DSRHAS (2023), mostram a seguir a evolução dos números absolutos e rácios, tomando-se em conta as principais categorias de RHS existentes, o número previsto de novos graduados no País, as reformas, abandonos, óbitos e licenças estimadas.

A população de 2022, utilizada para fins de cálculo dos rácios foi a estimada em 2.105.566 (fonte: WHO. World Population Prospects, 2022). As projeções para o período 2023-2032 foram feitas tomando-se por base os dados fornecidos pelo MINSAP do quantitativo de RHS disponível em 2022, e revistos em 2023.

Quadro 26 | Proposta de evolução dos rácios de médicos gerais/10.000 habitantes para o período de 2023-2032.

Ano	População	Médicos em 2022	Graduados por ano no país	Total previsto no ano	Rácio previsto	Falecidos	Aposentados	Abandono	Licença sem vencimento	A repor	Resultado	Aumento de 10%	Nº. final estimado	Rácio final
2022	2.105.566	233	71	304	1,444	2	5	4	10	19	285	29	314	1,489
2023	2.150.842		98	412	1,916	2	5	4	10	19	393	39	432	2,010
2024	2.197.149		108	540	2,458	2	5	4	10	19	521	52	573	2,608
2025	2.244.368		109	682	3,039	2	2	4	10	16	666	67	733	3,264
2026	2.291.897		85	818	3,569	2	3	4	10	17	801	80	881	3,844
2027	2.339.677		102	983	4,201	2	1	4	10	15	968	97	1.065	4,551
2028	2.387.792		100	1.165	4,879	2	4	4	10	18	1.147	115	1.262	5,284
2029	2.436.201		88	1.350	5,541	2	2	4	10	16	1.334	133	1.467	6,023
2030	2.484.863		84	1.551	6,242	2	2	4	10	16	1.535	154	1.689	6,795
2031	2.533.716		88	1.777	7,013	2	6	4	10	20	1.757	176	1.933	7,628
2032	2.582.689		95	2.028	7,852	2	6	4	10	20	2.008	201	2.209	8,552

Fonte: DSRHAS, 2023

*O **Resultado** é o número final de médicos gerais no ano (o previsto na coluna “Total previsto no ano”, menos a quantidade de perdas a repor);

** O **Rácio previsto** é o calculado sobre o número de médicos já existente, acrescido do total de graduados no ano que poderiam ser admitidos pelo MINSAP.

*** O **Rácio Final** é calculado sobre o número final de médicos já corrigido com a reposição das perdas e o aumento proposto, sobre a população do ano, por 10.000 habitantes

2026-2032: o número previsto de graduados será inferior às necessidades.

Quadro 27 | Proposta de evolução dos rácios de médicos MGI (Medicina Geral Integrada) /10.000 habitantes para o período de 2023-2032.

Ano	População	Médicos em 2022	Graduados por ano no país	Total previsto no ano	Rácio previsto	Falecidos	Aposentados	Abandono	Licença sem vencimento	A repor	Resultado	Aumento de 10%	Nº. final estimado	Rácio final
2022	2.105.566	81	14	95	0,451	1	0	4	3	8	87	9	96	0,455
2023	2.150.842		16	112	0,521	1	0	4	3	8	104	10	114	0,532
2024	2.197.149		32	144	0,655	1	0	4	3	8	136	14	150	0,681
2025	2.244.368		20	164	0,731	1	0	4	3	8	156	16	172	0,765
2026	2.291.897		20	184	0,803	1	0	4	3	8	176	18	194	0,845
2027	2.339.677		20	204	0,872	1	0	4	3	8	196	20	216	0,921
2028	2.387.792		20	224	0,938	1	0	4	3	8	216	22	238	0,995
2029	2.436.201		20	244	1,002	1	0	4	3	8	236	24	260	1,066
2030	2.484.863		20	264	1,062	1	0	4	3	8	256	26	282	1,133
2031	2.533.716		20	284	1,121	1	0	4	3	8	276	28	304	1,198
2032	2.582.689		40	324	1,255	1	0	4	3	8	316	32	348	1,346

Fonte: DSRHAS, 2023

*O **Resultado** é o número final de médicos MGI no ano (o previsto na coluna “Total previsto no ano”, menos a quantidade de perdas a repor);

** O **Rácio Final** é calculado sobre o número final de médicos MGI, já corrigido com a reposição das perdas e o aumento proposto, sobre a população do ano, por 10.000 habitantes, caso todos sejam admitidos pelo MINSAP.

Em 2028: o número de graduados passará a ser insuficiente para as necessidades.

Quadro 28 | Proposta de evolução dos rácios de médicos MGI (Medicina Geral Integrada) /10.000 habitantes para o período de 2023 -2032.

Ano	População	Médicos em 2022	Graduados por ano no país	Total previsto no ano	Rácio previsto	Falecidos	Aposentados	Abandono	Licença sem vencimento	A repor	Resultado	Aumento de 10%	Nº. final estimado	Rácio final
2022	2.105.566	19	-	19	0,090	0	0	1	2	3	16	2	18	0,084
2023	2.150.842		50	68	0,316	0	0	1	2	3	65	7	72	0,332
2024	2.197.149		-	72	0,328	0	0	1	2	3	69	7	76	0,345
2025	2.244.368		-	76	0,339	0	0	1	2	3	73	7	80	0,358
2026	2.291.897		80	160	0,698	0	1	1	2	4	156	16	172	0,749
2027	2.339.677		-	172	0,735	0	1	1	2	4	168	17	185	0,790
2028	2.387.792		-	185	0,775	0	0	1	2	3	182	18	200	0,838
2029	2.436.201		100	300	1,231	0	0	1	2	3	297	30	327	1,341
2030	2.484.863		-	327	1,316	0	0	1	2	3	324	32	356	1,434
2031	2.533.716		88	444	1,752	0	0	1	2	3	441	44	485	1,915
2032	2.582.689	50	535	2,071	0	1	1	2	4	531	53	584	2,262	

Fonte: DSRHAS, 2023

*O **Resultado** é o número final de médicos especialistas no ano (o previsto na coluna “Total previsto no ano”, menos a quantidade de perdas a repor);

** O **Rácio Final** é calculado sobre o número final, já corrigido com a reposição das perdas e o aumento proposto, sobre a população do ano, por 10.000 habitantes, caso todos sejam admitidos pelo MINSAP.

Já há défice no número de médicos especialistas a partir de 2024; a previsão de formação a cada três anos não atende às necessidades.

Quadro 29 | Proposta de evolução dos rácios de todos os médicos /10.000 habitantes para o período de 2023-2032.

Ano	População	Médicos em 2022	Graduados por ano no país	Total previsto no ano	Rácio previsto	Falecidos	Aposentados	Abandono	Licença sem vencimento	A repor	Resultado	Aumento de 10%	Nº. final estimado	Rácio final
2022	2.105.566	333	86	419	1,990	2	2	6	4	14	405	41	446	2,116
2023	2.150.842		98	544	2,529	2	2	6	5	15	529	53	582	2,705
2024	2.197.149		108	690	3,140	2	4	6	5	17	673	67	740	3,369
2025	2.244.368		109	849	3,783	2	8	6	5	21	828	83	911	4,058
2026	2.291.897		85	996	4,346	2	2	6	5	15	981	98	1.079	4,708
2027	2.339.677		102	1.181	5,048	2	3	6	5	16	1.165	117	1.282	5,477
2028	2.387.792		100	1.382	5,788	2	1	6	5	14	1.368	137	1.505	6,302
2029	2.436.201		88	1.593	6,539	2	3	6	5	16	1.577	158	1.735	7,121
2030	2.484.863		84	1.819	7,320	2	3	6	5	16	1.803	180	1.983	7,982
2031	2.533.716		88	2.168	8,557	2	3	6	5	16	2.152	215	2.367	9,343
2032	2.582.689		95	1.462	5,661	2	4	6	5	17	1.445	145	1.590	6,154

Fonte: DSRHAS, 2023

*O **Resultado** é o número final do total geral de médicos no ano (o previsto na coluna “Total previsto no ano”, menos a quantidade de perdas a repor);

** O **Rácio Final** é calculado sobre o número final, já corrigido com a reposição das perdas e o aumento proposto, sobre a população do ano, por 10.000 habitantes, caso todos os graduados sejam admitidos pelo MINSAP.

A partir de 2028, o número de graduados no país, muito possivelmente, não será suficiente para responder às necessidades. Entre 2023 e 2027, há mais graduados que as necessidades para aumentar o rácio em 10%, porém isso se esgota a partir de 2028.

Quadro 30 | Proposta de evolução dos rácios de enfermeiros /10.000 habitantes para o período de 2023-2032.

Ano	População	Médicos em 2022	Graduados por ano no país	Total previsto no ano	Rácio previsto	Falecidos	Aposentados	Abandono	Licença sem vencimento	A repor	Resultado	Aumento de 10%	Nº. final estimado	Rácio final
2022	2.105.566	1232	105	1.337	6,350	5	14	3	10	32	1.305	131	1.436	6,818
2023	2.150.842		120	1.556	7,234	5	34	3	10	52	1.504	150	1.654	7,692
2024	2.197.149		152	1.806	8,220	5	28	3	10	46	1.760	176	1.936	8,811
2025	2.244.368		130	2.066	9,205	5	43	3	10	61	2.005	201	2.206	9,827
2026	2.291.897		126	2.332	10,175	5	27	3	10	45	2.287	229	2.516	10,976
2027	2.339.677		120	2.636	11,267	5	28	3	10	46	2.590	259	2.849	12,177
2028	2.387.792		193	3.042	12,740	5	21	3	10	39	3.003	300	3.303	13,834
2029	2.436.201		169	3.472	14,252	5	14	3	10	32	3.440	344	3.784	15,532
2030	2.484.863		115	3.899	15,691	5	15	3	10	33	3.866	387	4.253	17,114
2031	2.533.716		186	4.439	17,520	4	9	3	10	26	4.413	441	4.854	19,159
2032	2.582.689		135	4.989	19,317	5	15	3	10	33	4.956	496	5.452	21,108

Fonte: DSRHAS, 2023

*O **Resultado** é o número final de enfermeiros no ano (o previsto na coluna “Total previsto no ano”, menos a quantidade de perdas a repor);

** O **Rácio Final** é calculado sobre o número final de enfermeiros já corrigido com a reposição das perdas, e com o aumento proposto, sobre a população do ano, por 10.000 habitantes, caso todos os graduados sejam admitidos pelo MINSAP.

O número de graduados na Guiné-Bissau, atualmente, é capaz de repor as perdas a cada ano, porém não consegue assegurar plenamente o incremento do rácio nos níveis propostos. Isso se agrava, nomeadamente, a partir do ano 2026.

Quadro 31 | Proposta de evolução dos rácios de parteiras /10.000 habitantes para o período de 2023-2032.

Ano	População	Médicos em 2022	Graduados por ano no país	Total previsto no ano	Rácio previsto	Falecidos	Aposentados	Abandono	Licença sem vencimento	A repor	Resultado	Aumento de 10%	Nº. final estimado	Rácio final
2022	1.039.860	173	80	253	2,433	2	7	0	1	10	243	24	267	2,571
2023	1.088.102		120	387	3,557	2	3	0	1	6	381	38	419	3,852
2024	1.111.023		108	527	4,743	2	6	0	1	9	518	52	570	5,129
2025	1.134.413		109	679	5,985	2	4	0	1	7	672	67	739	6,516
2026	1.157.966		100	839	7,245	2	3	0	1	6	833	83	916	7,913
2027	1.181.651		102	1.018	8,615	2	1	0	1	4	1.014	101	1.115	9,439
2028	1.205.502		100	1.215	10,079	2	6	0	1	9	1.206	121	1.327	11,005
2029	1.229.508		125	1.452	11,810	2	3	0	1	6	1.446	145	1.591	12,937
2030	1.253.647		102	1.693	13,505	2	7	0	1	10	1.683	168	1.851	14,767
2031	1.277.886		120	1.971	15,424	2	6	0	1	9	1.962	196	2.158	16,889
2032	1.302.198		100	2.258	17,340	2	7	0	1	10	2.248	225	2.473	18,989

Fonte: DSRHAS, 2023

*O **Resultado** é o número final de parteiras no ano (o previsto na coluna “Total previsto no ano”, menos a quantidade de perdas a repor);

** O **Rácio Final** é calculado sobre o número final de parteiras já corrigido com a reposição das perdas, e com o aumento proposto, sobre a população do ano, por 10.000 habitantes, caso todos os graduados sejam admitidos pelo MINSAP.

Muito possivelmente, apenas por volta dos anos 2031 e 2032 o número de parteiras graduadas estará aquém das necessidades de reposição e expansão do rácio.

Quadro 32 | Proposta de evolução dos rácios de Técnicos de Laboratório /10.000 habitantes para o período de 2023-2032.

Ano	População	Médicos em 2022	Graduados por ano no país	Total previsto no ano	Rácio previsto	Falecidos	Aposentados	Abandono	Licença sem vencimento	A repor	Resultado	Aumento de 10%	Nº. final estimado	Rácio final
2022	2.105.566	181	90	271	1,287	2	8	0	0	10	261	26	287	1,364
2023	2.150.842		98	385	1,790	2	3	0	0	5	380	38	418	1,943
2024	2.197.149		108	526	2,394	2	5	0	0	7	519	52	571	2,598
2025	2.244.368		109	680	3,030	2	10	0	0	12	668	67	735	3,274
2026	2.291.897		85	820	3,578	2	4	0	0	6	814	81	895	3,907
2027	2.339.677		102	997	4,261	2	8	0	0	10	987	99	1.086	4,640
2028	2.387.792		100	1.186	4,967	2	4	0	0	6	1.180	118	1.298	5,436
2029	2.436.201		88	1.386	5,689	2	7	0	0	9	1.377	138	1.515	6,217
2030	2.484.863		84	1.599	6,435	2	2	0	0	4	1.595	160	1.755	7,061
2031	2.533.716		88	1.843	7,274	2	3	0	0	5	1.838	184	2.022	7,980
2032	2.582.689		95	2.097	8,119	2	4	0	0	6	2.091	209	2.300	8,906

Fonte: DSRHAS, 2023

*O **Resultado** é o número final de Téc. de Laboratório no ano (o previsto na coluna “Total previsto no ano”, menos a quantidade de perdas a repor);

** O **Rácio Final** é calculado sobre o número final já corrigido com a reposição das perdas, e o aumento previsto, sobre a população do ano, por 10.000 habitantes, caso todos os graduados sejam admitidos pelo MINSAP.

A partir de 2028 o número de graduados no país será insuficiente para a reposição e expansão do rácio.

Quadro 33 | Proposta de evolução dos rácios de Técnicos de Radiologia /10.000 habitantes para o período de 2023-2032.

Ano	População	Médicos em 2022	Graduados por ano no país	Total previsto no ano	Rácio previsto	Falecidos	Aposentados	Abandono	Licença sem vencimento	A repor	Resultado	Aumento de 10%	Nº. final estimado	Rácio final
2022	2.105.566	42	-	42	0,199	1	0	0	0	1	41	4	45	0,214
2023	2.150.842		-	45	0,209	1	1	0	0	2	43	4	47	0,220
2024	2.197.149		40	87	0,396	1	0	0	0	1	86	9	95	0,431
2025	2.244.368		-	95	0,423	1	0	0	0	1	94	9	103	0,461
2026	2.291.897		-	103	0,449	1	0	0	0	1	102	10	112	0,490
2027	2.339.677		50	162	0,692	1	0	0	0	1	161	16	177	0,757
2028	2.387.792		-	177	0,741	1	0	0	0	1	176	18	194	0,811
2029	2.436.201		-	194	0,796	1	0	0	0	1	193	19	212	0,871
2030	2.484.863		60	272	1,095	1	1	0	0	2	270	27	297	1,195
2031	2.533.716		-	297	1,172	1	0	0	0	1	296	30	326	1,285
2032	2.582.689		70	396	1,533	1	1	0	0	2	394	39	433	1,678

Fonte: DSRHAS, 2023

*O **Resultado** é o número final de Téc. de Radiologia no ano (o previsto na coluna “Total previsto no ano”, menos a quantidade de perdas a repor);

** O **Rácio Final** é calculado sobre o número final já corrigido com a reposição das perdas, e o aumento previsto, sobre a população do ano, por 10.000 habitantes, caso todos os graduados sejam admitidos pelo MINSAP.

O défice é grave, desde 2022. A previsão de novas graduações só se dá nos anos de 2024, 2027, 2030 e 2032, assim mesmo de modo insuficiente até para alcançar a meta de incremento proposta, nomeadamente a partir de 2027.

Quadro 34 | Proposta de evolução dos rácios de Técnicos em Farmácia /10.000 habitantes para o período de 2023-2032.

Ano	População	Médicos em 2022	Graduados por ano no país	Total previsto no ano	Rácio previsto	Falecidos	Aposentados	Abandono	Licença sem vencimento	A repor	Resultado	Aumento de 10%	Nº. final estimado	Rácio final
2022	2.105.566	69	42	111	0,527	1	1	0	0	2	109	11	120	0,569

2023	2.150.842		-	120	0,558	1	3	0	0	4	116	12	128	0,593
2024	2.197.149		-	128	0,583	1	2	0	0	3	125	13	138	0,626
2025	2.244.368		45	183	0,815	1	3	0	0	4	179	18	197	0,877
2026	2.291.897		-	197	0,860	1	2	0	0	3	194	19	213	0,931
2027	2.339.677		-	213	0,910	1	1	0	0	2	211	21	232	0,992
2028	2.387.792		55	287	1,202	1	0	0	0	1	286	29	315	1,318
2029	2.436.201		-	315	1,293	1	2	0	0	3	312	31	343	1,409
2030	2.484.863		-	343	1,380	1	2	0	0	3	340	34	374	1,505
2031	2.533.716		40	414	1,634	1	1	0	0	2	412	41	453	1,789
2032	2.582.689		68	521	2,017	1	0	0	0	1	520	52	572	2,215

Fonte: DSRHAS, 2022

*O **Resultado** é o número final de Téc. em Farmácia no ano (o previsto na coluna "Total previsto no ano", menos a quantidade de perdas a repor);

** O **Rácio Final** é calculado sobre o número final já corrigido com a reposição das perdas, e o aumento previsto, sobre a população do ano, por 10.000 habitantes, caso todos os graduados sejam admitidos pelo MINSAP.

Neste caso, não haverá, aparentemente, défice de profissionais, desde que todos os graduados sejam incorporados aos quadros do MINSAP

Ao analisar os quadros acima apresentados, algumas conclusões importantes devem ser destacadas:

- a. A estratégia de aumento da ordem de 10% no quantitativo de RHS, a cada ano, entre 2023 e 2032, possibilitaria sair de 1,99 médicos/10.000 habitantes (2022), para se chegar a 5,42/10.000 em 2032, ou seja, **um incremento de 172%. No caso dos enfermeiros, o aumento seria de 232% e, no das parteiras, de 680%;**
- b. Com respeito aos médicos em sua globalidade (generalistas, MGI e especialistas), a partir de 2028, a capacidade de formação atualmente existente na Guiné-Bissau não será capaz de responder às necessidades de reposição e de aumento anual de 10%. Assim, há que se buscar alternativas para suprir o défice, seja por incremento da capacidade local de formação, seja por outras possibilidades vislumbradas pelo governo do País. A situação mais grave é a dos médicos especialistas, seguidos dos MGI, para cuja formação o país já apresenta défice mais precocemente, pelos dados apresentados pela DSRHAS;
- c. No caso dos enfermeiros, a situação de insuficiência de pessoal necessário é também urgente e a capacidade anual de formação, desde o ano de 2023, é insuficiente e torna-se crítica a partir de 2026;
- d. Para os técnicos de laboratório, a partir de 2028 a capacidade ora existente não atenderá às necessidades;
- e. No caso dos médicos generalistas e das parteiras, isso ocorrerá a partir de 2026 e 2031, respetivamente;
- f. Para os técnicos de radiologia e os técnicos em farmácia, será necessário buscar alternativas que permitam a oferta anual de novos profissionais, o que atualmente não ocorre. Na área da Radiologia, estão previstas 40, 50 e 60 novas graduações apenas nos anos de 2024, 2027 e 2030; já para a Farmácia, 45, 55 e 40 novas graduações apenas nos anos de 2025, 2028 e 2031;
- g. Vale ressaltar que o CIESP (Curso de Especialização em Saúde Pública), oferecido no contexto do Projeto Ianda Guiné Saúde, certificou 25 novos médicos especialistas em 2023. Caberá ao MINSAP inserir o número no quadro de médicos especialistas e indicar as lotações atuais, de modo a se ter uma ideia completa e atual, o que já melhora o rácio de médicos especialistas/10.000 habitantes para o ano de 2023.

O HOSPITAL NACIONAL SIMÃO MENDES (HNSM)

Localizado em Bissau, é considerado o maior e mais antigo hospital público do país, referência em cuidados gerais e diversas especialidades. No início do século XX, era designado ora por "Hospital Geral de Bissau", ora como "Hospital Central de Bissau". Em 1951 ganhou um novo edifício-sede, de autoria do arquiteto Mário de Oliveira. Após a independência nacional da Guiné-Bissau, passa a ser denominado definitivamente como "Hospital Nacional Simão Mendes", em homenagem a Simão Mendes, um dos heróis da Guerra da Independência da Guiné-Bissau.

Na década de 1990, na esteira da abertura político-econômica e do colapso do sistema socialista, o hospital fica com estruturas bastante degradadas, sendo que, em 1998, no auge da guerra civil na Guiné-Bissau, continha a única enfermaria pediátrica do país.

Entre 2009 e 2011, passou por uma remodelação significativa. Em 2011, contava com 417 leitos e oferecia 21 especializações, entre quais: maternidade, pediatria e oftalmologia; além disso ganhou um novo setor de radiologia e um laboratório de análises clínicas. Na época, contava com 41 médicos e 82 enfermeiras. Em 20 de outubro de 2016, uma central de armazenamento e conversão de oxigênio medicinal foi inaugurada na área do hospital. No final de 2018, o hospital tinha mais de 500 leitos e um médico era especialista em cardiologia. A enfermaria pediátrica possuía 158 leitos e contava com 9 médicos e 40 enfermeiras.¹⁸

Atualmente, conta com 634 camas, dentre as quais 161 no serviço de maternidade; 187 no serviço de pediatria; 80 no da medicina interna e 14 na unidade de cuidados intensivos (UCI).

A média mensal de produtividade no HNSM durante o ano de 2022, informada pela Direção Clínica da instituição, nos serviços de urgência e consultas externas encontra-se ilustrada nos quadros 35 e 36.

Durante a pandemia da Covid 19, ficaram evidentes as fragilidades em termos do número e da diversidade de médicos especialistas, assim como dos protocolos e dispositivos de biossegurança.

Quadro 35 | Média mensal de produtividade no HNSM durante o ano de 2022 nos serviços de urgência.

¹⁸ https://pt.wikipedia.org/wiki/Hospital_Nacional_Sim%C3%A3o_Mendes



Fonte: Direção Clínica do HNSM, 2022

Quadro 36 | Média mensal de produtividade no HNSM durante o ano de 2022 em consultas externas, por ordem alfabética de especialidades.



Fonte: Direção Clínica do HNSM, 2022

Atualmente, o HNSM conta com 15 especialistas nacionais da área clínica, conforme discriminado no Quadro 37:

Quadro 37 | Distribuição numérica de médicos por especialidade, no HNSM, em 2022.



Fonte: Direção clínica do HNSM

A escassez de especialistas revela, ainda, a importância da presença de médicos especialistas estrangeiros, de modo a fazer face às necessidades. O Quadro 38 descreve o número e a nacionalidade de origem dos médicos especialistas existentes em 2022. Já o Quadro 39 indica o quantitativo dos RHS disponíveis na instituição, em 2022.

Quadro 38 | Número e nacionalidade dos médicos especialistas presentes no HNSM, em 2022.



Fonte: Direção clínica do HNSM, 2022.

Quadro 39 | Quantitativo de RHS existente no HNSM, em 2022.



Fonte: Direção clínica do HNSM, 2022

UMA PROPOSTA DE VISÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU

Recursos Humanos para a Saúde COMPETENTES, DISPONÍVEIS distribuídos de forma equitativa a prestar serviços de qualidade à comunidade.

Para isso, propõe-se, de modo esquemático, os seguintes objetivos estratégicos e os objetivos operacionais requeridos:

Objetivos Estratégicos e Objetivos Operacionais: para o alcance da Visão dos RHS, este PNDRHS propõe o seguinte quadro de Objetivos Estratégicos e Específicos (Quadro 40):

Quadro 40 | Objetivos Estratégicos e Objetivos Operacionais do PNDRHS.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS OPERACIONAIS
1. Aumentar a disponibilidade e promover a distribuição com equidade de profissionais de saúde competentes e bem qualificados	1.1 Garantir equidade na distribuição dos RHS; 1.2 Garantir excelência na oferta de quadros para o setor da saúde; 1.3 Absorver mais e melhores profissionais, segundo as necessidades planificadas.
2. Reter os profissionais e trabalhadores de saúde na sua área ocupacional , em todos os níveis de atenção à saúde, com especial ênfase para os cuidados de saúde primários	2.1 Garantir a evolução dos profissionais e trabalhadores de saúde na sua área de ocupação; 2.2 Reter os profissionais e trabalhadores no nível dos cuidados de saúde primários ; 2.3 Reter os profissionais e trabalhadores de saúde dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde (unidades de cuidados especializados; hospitais regionais; unidades de referência e Hospital Nacional Simão Mendes)
3. Elevar o nível de satisfação, competência e vocação dos profissionais de saúde para a prestação de serviços humanizados e de qualidade	3.1 Reforçar a meritocracia e reconhecer o desempenho por meio de avaliações sistemáticas apropriadas; 3.2 Alinhar compensação ao desempenho ; 3.3 Desenvolver competências de liderança e gestão de pessoas nos diferentes níveis de gestão do MINSAP (central, regional e local); 3.4 Melhorar o nível de competências dos funcionários para a prestação de serviços, incluindo-se sua dimensão ética .

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OBJETIVOS OPERACIONAIS

4. Dar suporte à implementação de um renovado enquadramento legal, institucional e de gestão de RHS.

- 4.1 Elaborar e **implementar reformas** que tenham impacto sobre a gestão dos RHS, com auxílio de novos instrumentos elaborados no bojo deste PNDRHS;
- 4.2 Garantir o **uso das informações** relativas aos RHS a todos os gestores da saúde, a fim de permitir a correta **tomada de decisões, em tempo oportuno**;
- 4.3 Estabelecer uma **base única de dados** relativos aos RHS, **partilhada** entre os diferentes Ministérios (MINSAP, Função Pública, Finanças, Educação...);
- 4.4 A formulação de um Plano de Cargos, Carreiras e Salários poderá fornecer as bases normativas e os referenciais para o remanejamento de RHS baseados em critérios estabelecidos em conjunto pelo MINSAP e as representações das categorias de trabalhadores da saúde.
- 4.5 Estabelecer uma supervisão proativa do trabalho de atualização permanente dos dados necessários à gestão de RHS, nomeadamente o Registo Nacional de Estabelecimentos de Saúde e o Painel de Disponibilidade de Pessoal da Saúde

Para o monitoramento dos Objetivos Estratégicos, propõem-se os seguintes elementos para a mensuração de seu nível de implementação:

Quadro 41 | Objetivo Estratégico 1: Aumentar a disponibilidade e promover a distribuição com equidade de profissionais de saúde competentes e bem qualificados.

INDICADOR		2022	METAS	
		(linha de base)	2023	2032
Médicos (total)	Quantidade	333	544	1.462
	Por 10.000 hab.	1,99	2,52	6,15
Enfermeiros	Quantidade	1.232	1.556	4.989
	Por 10.000 hab.	6,35	7,23	21,10
Parteiras	Quantidade	173	387	2.258
	Por 10.000 hab.	2,43	3,55	18,98

Técnicos lab.	Quantidade	181	385	2097
	Por 10.000 hab.	1,28	1,79	8,9
Técnicos Rx	Quantidade	42	45	396
	Por 10.000 hab.	0,19	0,20	1,67
Técnico Farmácia	Quantidade	69	120	521
	Por 10.000 hab.	0,52	0,55	2,21

Quadro 42 | Objetivo Estratégico 2: Reter os profissionais e trabalhadores de saúde na sua área ocupacional, em todos os níveis de atenção à saúde, com especial ênfase para os cuidados de saúde primários.

INDICADOR	2022	METAS	
	(linha de base)	2023	2032
% de RHS de nível superior afetos ao nível primário	27,14	30,00	50,00
% de técnicos de saúde afetos ao nível primário	59,59	62,00	65,00
% de RHS de nível superior afetos ao nível secundário	7,57	10,00	12,00
% de técnicos de saúde afetos ao nível secundário	10,48	12,00	15,00
% de RHS de nível superior afetos ao nível terciário	64,14	60,00	38,00
% de técnicos de saúde afetos ao nível terciário	29,9	26,00	20,00

Nota: Os níveis de atenção à saúde são os descritos no Quadro 16.

Quadro 43 | Objetivo Estratégico 3: Elevar o nível de satisfação, competência e vocação dos profissionais de saúde para a prestação de serviços humanizados e de qualidade, mediante inquéritos de satisfação junto aos profissionais de saúde e aos utentes e aferição do alcance das metas estabelecidas para o aumento do rácio a cada ano.

INDICADOR	2022 (linha de base)	METAS	
		2023	2032
Índice de satisfação dos profissionais das unidades de saúde do MINSAP (Centros de Saúde; hospitais regionais e Hospital Nacional Simão Mendes)	Não há	Mínimo de 30% de avaliações sistemáticas	Mínimo de 75 % de avaliações sistemáticas
Índice de satisfação dos profissionais das unidades de saúde convencionadas com o MINSAP	Não há	Mínimo de 30% de avaliações sistemáticas	Mínimo de 75 % de avaliações sistemáticas
Índice de satisfação dos utentes em unidades de cuidados de saúde primários	Não há	Mínimo de 20% de avaliações sistemáticas	Mínimo de 60% de avaliações sistemáticas
Índice de satisfação dos utentes em hospitais regionais	Não há	Mínimo de 20% de avaliações sistemáticas	Mínimo de 60% de avaliações sistemáticas
Índice de satisfação dos utentes do Hospital Nacional Simão Mendes	Não há	Mínimo de 20% de avaliações sistemáticas	Mínimo de 60% de avaliações sistemáticas
Índice de satisfação dos utentes de serviços convencionados com o MINSAP	Não há	Mínimo de 20% de avaliações sistemáticas	Mínimo de 60% de avaliações sistemáticas

Quadro 44 | Objetivo Estratégico 4: Dar suporte à implementação de um renovado enquadramento legal, institucional e de gestão de RHS, mediante estabelecimento de instrumentos de avaliação de desempenho dos gestores de RHS, tanto em nível central, quanto em nível regional.

INDICADOR	2022 (linha de base)	METAS		
		2023	2027	2032
Média nacional da avaliação dos padrões de desempenho	Não há	20%	55%	100%
% de gestores do nível regional e das unidades sanitárias que reportam utilizar os sistemas de informação e de gestão de RHS	Não há	10%	60%	100%

SUGESTÕES DE ESTRATÉGIAS E AÇÕES A SEREM IMPLEMENTADAS

Para a consecução do presente PNDRHS, faz-se necessária a adoção de estratégias e ações a seguir enumeradas, agrupadas por eixos temáticos:

a. A formação de Recursos Humanos para a saúde na Guiné-Bissau

- Elaboração de política nacional de recursos humanos em saúde. Responsável: MINSAP
- Edição e/ou atualização de normas para abertura de escolas e cursos para o nível médio e superior. Responsável: MINSAP e Ministério da Educação
- Definição de mecanismos de entrega do diploma de graduação para os formandos no exterior ao voltarem para a Guiné-Bissau;
- Edição e/ou atualização de normas relativas aos procedimentos para a aferição trianual da qualidade das instituições formadoras em funcionamento;
- Elaboração de política de incentivo para o aumento da oferta de vagas por parte das instituições formadoras de RHS, segundo as necessidades já identificadas neste PNDRHS para as diferentes categorias;
- A melhoria e harmonização dos conteúdos curriculares, de modo a se levar em conta a realidade africana e o perfil epidemiológico da região; a diminuição da dependência externa e a melhoria da qualidade dos egressos dos cursos universitários da área da saúde.^{19,20}

¹⁹ Sá Guerreiro, C., Neves, C., Silva, A. P. S., & Ferrinho, P. (2022). Evolução do ensino médico universitário na República da Guiné-Bissau 1985-2020. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 21, 73-89.

²⁰ Sá-Guerreiro, C., Hartz, Z., Neves, C., & Ferrinho, P. (2018). Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau: Evolução das Estruturas e Processos num Estado Frágil. *Acta Médica Portuguesa*, 31(12), 742-753.

b. O exercício profissional e a validação de diplomas obtidos no estrangeiro

- Edição e/ou atualização de normas para a validação de diplomas universitários para as profissões de saúde obtidos em instituições nacionais e estrangeiras de ensino superior, com o estabelecimento de um conteúdo curricular mínimo; comprovado mediante apresentação do histórico escolar, do plano de estudo e do diploma;
- A obrigatoriedade de inscrição da ordem profissional respetiva, tanto para os formados no país quanto no exterior;
- O enquadramento pelo MINSAP, em colaboração com a Ordem dos Médicos, dos médicos generalistas com formação avançada, que não podem ser considerados especialistas, mas que já não são apenas médicos de Medicina Geral;
- Preferência de exercício efetivo em detrimento de funções administrativas

c. A distribuição da força de trabalho no território

- A criação de mecanismos e estratégias de estímulo ao regresso dos profissionais de saúde em formação no estrangeiro, de modo a ampliar o rácio mais rapidamente e, ainda, aumentar o quantitativo de profissionais qualificados;
- É preciso utilizar critérios de equidade na distribuição da força de trabalho nas regiões de saúde, levando-se em conta a população a ser coberta; as peculiaridades relativas à densidade demográfica, vias de acesso e outras particularidades locais, de modo a se corrigir as distorções atualmente existentes;
- A elaboração de um plano de cargos, carreiras e salários permitiria maiores possibilidades de remanejamento de RHS baseado em critérios objetivos, tais como a afetação; o tempo mínimo de permanência na região e/ou na unidade de saúde na qual está lotado; os parâmetros que definam as condições para a mobilidade, dentre outros;
- Realização, pelo MINSAP, de levantamento que permita realizar a redistribuição de RH, assim como a definição da lotação mínima adequada a cada estrutura sanitária. Os dados disponíveis são os do PNDS I (1997).

d. O processo de educação permanente

- A ser estabelecido mediante acordo entre o MINSAP, a Escola Nacional de Saúde, o INASA- Instituto Nacional de Saúde Pública e outras instituições de ensino nacionais e estrangeiras, de modo a promover a permanente capacitação e atualização de conhecimentos dos trabalhadores da saúde vinculados ao MINSAP, de forma presencial ou remota;

e. A articulação entre o MINSAP, o Ministério da Função Pública e o Ministério das Finanças

- A utilização de uma só base de dados, que permita unificar o controlo de pessoal, evitando, assim, os problemas já enfrentados no passado pelo desconhecimento do quadro de pessoal efetivamente em atividade;

- A indigitação de um grupo de trabalho interministerial que se ocupe das questões relativas ao levantamento das necessidades de pessoal; recrutamento; alocação e demais necessidades de gestão da força de trabalho;
- A definição anual do orçamento necessário ao funcionamento da saúde, nomeadamente no que respeita os RHS, com a previsão do acréscimo de despesas anuais, de modo a possibilitar a implementação do PNDRHS e o alcance dos objetivos desejados;
- A abertura de concurso público como forma preferencial de recrutamento dos RHS, a partir da identificação das necessidades pelo MINSAP e posterior submissão da proposta ao Ministério da Função Pública;
- Definição de tempo do pagamento de salários de novos profissionais e daqueles que estavam ausentes em especialização, mestrado ou doutoramento.

f. As condições de trabalho no MINSAP

- Será necessário dotar a Direção de Serviços de Recursos Humanos (DSRHAS) e as Direções Regionais de Saúde (DRS) do MINSAP de condições de trabalho que permitam o pleno exercício de suas atribuições. Isso inclui espaço físico adequado; computadores, impressoras e internet em boas condições de funcionamento e, ainda, número de pessoal adequado ao volume de atividades, com formação necessária e suficiente para tal, assegurada a educação permanente;
- Constituir a Direção de Serviços de Recursos Humanos do MINSAP como Direção-Geral, para a rápida deliberação dos assuntos atinentes à força de trabalho, quando isso se fizer necessário;
- É desejável que a DSRHAS do MINSAP, em articulação com outras instituições (INASA, ENS, Projeto de Saúde de Bandim), promova inquéritos regulares sobre temas que importam à boa gestão de RHS, tais como a qualidade dos serviços; a motivação; as necessidades etc.;

g. Os agentes de saúde comunitária

- É preciso haver definição normativa sobre o número, o papel e o vínculo desses trabalhadores com as autoridades sanitárias, preferencialmente em nível regional; suas atribuições específicas; remuneração a ser atribuída, se for o caso; meios e instrumentos de apresentação de relatórios das atividades quotidianas; estratégias bem definidas que estabeleçam como devem se dar suas ações no terreno, sempre articuladas com as equipas das unidades sanitárias no território em que atuam;

h. Das condições para a implementação do PNDRHS

- Indigitar a equipa que, de modo permanente, deve encarregar-se da atualização dos dados, alimentando os sistemas de informação que vierem a ser postos em uso, ou mesmo o simples controlo dos recursos humanos através de planilhas;

- Para tal, será preciso haver a designação da(s) pessoa(s) responsável por tal tarefa não apenas no nível central, mas, também, no nível regional e nas diferentes unidades de saúde;
- Mecanismos de divulgação do plano;
- Elaboração e captação de recursos financeiros para o desenvolvimento de programa de apoio à implementação do plano;

i. Da atualização do Registo Nacional de Estabelecimentos de Saúde e do Painel de Disponibilidade de Pessoal da Saúde na Guiné-Bissau

- Para que haja efetividade na gestão da capacidade instalada dos serviços de saúde e de seus recursos humanos, é necessário que o Registo Nacional de Estabelecimentos de Saúde seja permanentemente atualizado, a partir do nível regional;
- Dessa forma, será possível a permanente atualização do Painel de Disponibilidade de Pessoal da Saúde já mencionado. Para tanto, o trabalho de atualização dessas informações é vital para que se atinja o objetivo de aprimorar a gestão dos recursos humanos em saúde;
- Assegurar a capacitação do pessoal que irá operar/utilizar o painel;

j. Da atualização dos Termos de Referência

- Impõe-se a definição e permanente revisão dos Termos de Referência relativos às atividades e funções dos diferentes profissionais e trabalhadores da saúde, de modo a que sua efetiva atuação se encontre pautada naquilo que o MINSAP definiu como esperado e necessário;

k. Da avaliação e acompanhamento da execução do PNDRHS

- Será necessário constituir um grupo de trabalho encarregado de monitorar os passos definidos no presente PNDRHS, superando eventuais obstáculos circunstanciais que venham a surgir no horizonte de tempo a que se destina;
- Os parâmetros a serem observados são as metas quantitativas e qualitativas constantes do presente documento, em termos de percentuais alcançados, bem como a aplicação de instrumentos de avaliação do nível de satisfação dos utentes;
- Será importante buscar financiamento para um projeto de apoio à implementação das estratégias sugeridas, assim como do monitoramento dos indicadores de sua implementação no período 2023-2032.

l. Da Biossegurança/Saúde Ocupacional

- É preciso discutir, no âmbito da alta direção do MINSAP, a adoção de uma ampla política de biossegurança que contemple tanto a formação dos RHS no correto

manuseio de equipamentos, insumos e material biológico, quanto o fornecimento adequado e contínuo de equipamentos de proteção individual;

- Estimular a criação de associação nacional de biossegurança.

Quadro 45 | Síntese das sugestões estratégicas; ações necessárias; instituição responsável e indicador.

TEMA	AÇÕES	RESPONSÁVEIS	INDICADOR
A formação de Recursos Humanos para a saúde na Guiné-Bissau	Elaboração de política nacional de recursos humanos em saúde. Responsável;	MINSAP; Função Pública; Educação e Ensino Superior; ENS.	Política elaborada, aprovada pelo Conselho de Ministros e implantada.
	Edição e/ou atualização de normas para abertura de escolas e cursos para o nível médio e superior. Responsável: MINSAP e Ministério da Educação e Ensino Superior;	MINSAP; Educação e Ensino Superior.	Normas elaboradas e/ou atualizadas.
	Definição de mecanismos de entrega do diploma de graduação para os formandos no exterior ao voltarem para a Guiné-Bissau;	MINSAP; Educação e Ensino Superior.	Mecanismos definidos e adotados em normas ministeriais específicas.
	Edição e/ou atualização de normas relativas aos procedimentos para a aferição trianual da qualidade das instituições formadoras em funcionamento;	Ministério da Educação e Ensino Superior; MINSAP.	Procedimentos definidos e adotados em normas ministeriais específicas; implementação da aferição trianual.
	Elaboração de política de incentivo para o aumento da oferta de vagas por parte das instituições formadoras de RHS, segundo as necessidades já identificadas neste PNDRHS para as diferentes categorias;	MINSAP; Educação e Ensino Superior; Função Pública; Finanças.	Política elaborada pelos Ministérios e adotada pelo Conselho de Ministros.
	A melhoria e harmonização dos conteúdos curriculares, de modo a se levar em conta a realidade africana e o perfil epidemiológico da região; a diminuição da dependência externa e a melhoria da qualidade dos egressos dos cursos universitários da área da saúde.	MINSAP; Educação e Ensino Superior, com apoio de parceiros internacionais.	Revisão e harmonização de conteúdos curriculares definidas e implantadas.
O exercício profissional e a validação de diplomas obtidos na Guiné-Bissau e no estrangeiro	Edição e/ou atualização de normas para a validação de diplomas universitários para as profissões de saúde obtidos em instituições nacionais e estrangeiras de ensino superior, com o estabelecimento de um conteúdo curricular mínimo, comprovado mediante apresentação do histórico escolar, do plano de estudo e do diploma;	MINSAP; Educação e Ensino Superior.	Edição/atualização normativas realizadas.
	A obrigatoriedade de inscrição da ordem profissional respetiva, tanto para os formados no país quanto no exterior;	Ministério da Educação e Ensino Superior e Ordens Profissionais.	Normas elaboradas e adotadas.
	O enquadramento pelo MINSAP, em colaboração com a Ordem dos Médicos, dos médicos generalistas com formação avançada, que não podem ser considerados especialistas, mas que já não são apenas médicos de Medicina Geral;	MINSAP; Ordem dos Médicos; Função Pública; Finanças.	Critérios de enquadramento elaborados e adotados.
	Preferência de exercício efetivo da atividade finalística, em lugar de funções administrativas.	MINSAP.	Elaboração e aplicação de regulamentadoras da matéria.
A distribuição da força de trabalho no território	A criação de mecanismos e estratégias de estímulo ao regresso dos profissionais de saúde em formação no estrangeiro, de modo a ampliar o rácio mais rapidamente e, ainda, aumentar o quantitativo de profissionais qualificados;	MINSAP; Função Pública; Finanças.	Elaboração e aplicação de estratégias de estímulo.
	É preciso utilizar critérios de equidade na distribuição da força de trabalho nas regiões de saúde, levando-se em conta a população a ser coberta; as peculiaridades relativas à densidade demográfica, vias de acesso e outras particularidades locais, de modo a se corrigir as distorções atualmente existentes;	MINSAP.	Aplicação de critérios de distribuição já existentes e adoção de outros que se fizerem necessários.

	A elaboração de um plano de cargos, carreiras e salários permitiria maiores possibilidades de remanejamento de RHS baseado em critérios objetivos, tais como a afetação; o tempo mínimo de permanência na região e/ou na unidade de saúde na qual está lotado; os parâmetros que definam as condições para a mobilidade; a realização de levantamentos periódicos e redistribuição de RH, se necessário.	MINSAP; Função Pública; Finanças, com apoio técnico de parceiros internacionais.	Plano elaborado, aprovado e adotado.
O processo de educação permanente	A ser estabelecido mediante articulação entre o MINSAP, a Escola Nacional de Saúde, o INASA- Instituto Nacional de Saúde Pública e outras instituições de ensino nacionais e estrangeiras, de modo a promover a permanente capacitação e atualização de conhecimentos dos trabalhadores da saúde vinculados ao MINSAP, de forma presencial ou remota;	MINSAP; ENS; INASA; em articulação com instituições de ensino nacionais e estrangeiras.	Programa de Educação Permanente elaborado, aprovado e implantado.
A articulação entre o MINSAP, o Ministério da Função Pública e o Ministério das Finanças	A utilização de uma só base de dados, que permita unificar o controlo de pessoal, evitando, assim, os problemas já enfrentados no passado pelo desconhecimento do quadro de pessoal efetivamente em atividade;	MINSAP; Função Pública; Finanças.	Unificação e uso partilhado de uma só base de dados de RHS.
	A indigitação de um grupo de trabalho interministerial que se ocupe das questões relativas ao levantamento das necessidades de pessoal; recrutamento; alocação e demais necessidades de gestão da força de trabalho;	MINSAP; Função Pública; Finanças.	Grupo de trabalho constituído e em atuação.
	A definição anual do orçamento necessário ao funcionamento da saúde, nomeadamente no que respeita os RHS, com a previsão do acréscimo de despesas anuais, de modo a possibilitar a implementação do PNRHS e o alcance dos objetivos desejados;	Finanças; MINSAP; Função Pública.	Orçamento discutido, proposto e aprovado.
	A abertura de concurso público como forma preferencial de recrutamento dos RHS, a partir da identificação das necessidades pelo MINSAP e posterior submissão da proposta ao Ministério da Função Pública;	MINSAP; Função Pública; Finanças.	Efetiva adoção do concurso público para admissão de novos RHS, quando necessário.
	Definição de tempo do pagamento de salários de novos profissionais e daqueles que estavam ausentes em especialização, mestrado ou doutoramento.	Função Pública; Finanças e MINSAP	Normas elaboradas e aplicadas.
As condições de trabalho no MINSAP	Será necessário dotar a Direção de Serviços de Recursos Humanos (DSRHAS) e as Direções Regionais de Saúde (DRS) do MINSAP de condições de trabalho que permitam o pleno exercício de suas atribuições. Isso inclui espaço físico adequado; computadores, impressoras e internet em boas condições de funcionamento e, ainda, número de pessoal adequado ao volume de atividades, com formação necessária e suficiente para tal, assegurada a educação permanente;	MINSAP.	Carências mais importantes superadas; condições de trabalho melhoradas.
	Constituir a Direção de Serviços de Recursos Humanos do MINSAP como Direção-Geral, para a rápida deliberação dos assuntos afins à força	MINSAP; Função Pública.	Direção de Serviços de RH do MINSAP transformada em Direção-Geral.

de trabalho, quando isso se fizer necessário;

É desejável que a DSRHAS do MINSAP, em articulação com outras instituições (INASA, ENS, Projeto de Saúde de Bandim), promova inquéritos regulares sobre temas que importam à boa gestão de RHS, tais como a qualidade dos serviços; a motivação; as necessidades etc.;

MINSAP.

Inquéritos elaborados, aplicados e analisados, de modo a subsidiar o processo de tomada de decisão.

Os agentes de saúde comunitária	É preciso haver definição normativa sobre o número, o papel e o vínculo desses trabalhadores com as autoridades sanitárias, preferencialmente em nível regional; suas atribuições específicas; remuneração a ser atribuída, se for o caso; meios e instrumentos de apresentação de relatórios das atividades quotidianas; estratégias bem definidas que estabeleçam como devem se dar suas ações no terreno, sempre articuladas com as equipas das unidades sanitárias no território em que atuam;	MINSAP; Função Pública; Finanças.	Normas elaboradas, aprovadas e aplicadas.
Das condições para a implementação do PNDRHS	Indigitar a equipa que, de modo permanente, deve encarregar-se da atualização dos dados, alimentando os sistemas de informação que vierem a ser postos em uso, ou mesmo o simples controlo dos recursos humanos através de planilhas;	MINSAP.	Equipa indigitada, com método de trabalho definido.
	Para tal, será preciso haver a designação da(s) pessoa(s) responsável por tal tarefa não apenas no nível central, mas, também, no nível regional e nas diferentes unidades de saúde;	MINSAP.	Identificação das pessoas responsáveis e treinamento para o exercício de suas atividades.
	Estabelecer mecanismos para a divulgação do plano, de modo a fazê-lo conhecido por todos os RHS;	MINSAP; Função Pública.	Mecanismos estabelecidos e divulgação realizada.
	Elaboração de projetos de solicitação visando à captação de recursos financeiros para o desenvolvimento de um programa de apoio à implementação do PNDRHS e do PNDS.	MINSAP; parceiros internacionais	Projetos elaborados e demandas submetidas.
Da atualização do Registo Nacional de Estabelecimentos de Saúde e do Painel de Disponibilidade de Pessoal da Saúde na Guiné-Bissau	Para que haja efetividade na gestão da capacidade instalada dos serviços de saúde e de seus recursos humanos, é necessário que o Registo Nacional de Estabelecimentos de Saúde seja permanentemente atualizado, a partir do nível regional. Dessa forma, será possível a permanente atualização do Painel de Disponibilidade de Pessoal da Saúde já mencionado. Para tanto, o trabalho de atualização dessas informações é vital para que se atinja o objetivo de aprimorar a gestão dos recursos humanos em saúde;	MINSAP.	Responsáveis indigitados em todos os níveis (central, regional e nas unidades de saúde).
	Assegurar a capacitação do pessoal que irá operar/utilizar o painel.	MINSAP, com a colaboração de parceiros internacionais.	Capacitação para operação e utilização do painel realizada em 100%.
Da atualização dos Termos de Referência	Impõe-se a definição e permanente revisão dos Termos de Referência relativos às atividades e funções dos diferentes profissionais e trabalhadores da saúde, de modo a que sua efetiva atuação se encontre pautada naquilo que o MINSAP definiu como esperado e necessário;	MINSAP; Ordens Profissionais; associações e sindicatos.	Revisão dos TRs efetivada a cada ano; elaboração de TRs para novas profissões ou atividades que venham a ser incluídas no rol dos RHS do MINSAP.
Da avaliação e acompanhamento da execução do PNDRHS	Será necessário constituir um grupo de trabalho encarregado de monitorar os passos definidos no presente PNDRHS, superando eventuais obstáculos circunstanciais que venham a surgir no horizonte de tempo a que se destina;	MINSAP, em articulação com outras áreas governamentais e com as representações profissionais.	Grupo de trabalho constituído e em operação.

	Os parâmetros a serem observados são as metas quantitativas e qualitativas constantes do presente documento, em termos de percentuais alcançados, bem como a aplicação de instrumentos de avaliação do nível de satisfação dos utentes;	MINSAP.	Parâmetros estabelecidos; instrumentos de avaliação elaborados e aplicados, com análise de seus resultados.
	Será importante buscar financiamento para um projeto de apoio à implementação das estratégias sugeridas, assim como do monitoramento dos indicadores de sua implementação no período 2023-2032.	MINSAP e parceiros internacionais.	Projetos elaborados e submetidos.
Biossegurança/ Saúde Ocupacional	É preciso discutir, no âmbito da alta direção do MINSAP, a adoção de uma ampla política de biossegurança que contemple tanto a formação dos RHS no correto manuseio de equipamentos, insumos e material biológico, quanto o fornecimento adequado e contínuo de equipamentos de proteção individual;	MINSAP, com apoio de parceiros internacionais.	Política de Biossegurança/Saúde Ocupacional elaborada, adotada e aplicada.
	Estimular a criação de associação nacional de biossegurança	MINSAP, com o apoio de parceiros internacionais.	Associação Nacional de Biossegurança criada e em funcionamento.

Nota: a iniciativa e coordenação das ações conjuntas deverão ser, sempre, do MINSAP.

APÊNDICES

- a. **Apêndice I: Questionário aplicado aos RHS em 2022.**
- b. **Apêndice II: Questionário para recolha de dados sobre a capacidade sanitária instalada no país (equipa sob coordenação do Prof. Carlos Sangreman)**
- c. **Apêndice III: Registo Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Painel de Disponibilidade de Recursos Humanos em Saúde**

APÊNDICE | (Questionário inicial para a elaboração do PNDRHS)



MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA
SECRETARIA GERAL
DIREÇÃO DOS SERVIÇOS DE RECURSOS HUMANOS E ADMINISTRATIVO

Questionário

Data ___/___/___

Região Sanitária: _____

Nome da estrutura: _____

Nome do inquiridor e contato _____

No quadro da elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS 2021-2030), com objetivo de se ter melhor dimensão e clareza das unidades de saúde, seu papel e a força de trabalho necessária;

Considerando a pretensão de suficiente comunicação com o pessoal da saúde, sobre a iniciativa e sua importância, de modo a buscar a adesão e o interesse de todos;

Estamos a realizar um inquérito sobre diversas funções da Direção de Serviço dos Recursos Humanos e Administração em Saúde (DSRHAS). Este inquérito ajuda à DSRHA a planificar ações que permitam melhorar o serviço e a saúde da população.

Gostaríamos de fazer-lhe algumas perguntas e as suas respostas são muito importantes. Sua participação é anónima. A informação recolhida, sua participação, fará do PNDRHS um documento participativo e inclusivo.

A nossa conversa deve durar não mais de 15mn.

Agradecemos, desde já, a sua participação.

Se precisar de mais espaço, use o verso da folha, numerando a questão à qual está a responder.

Observações sobre Políticas de RHS, estratégias e planos

1. Tem conhecimento de políticas, estratégias ou planos sobre RHS?
Sim () Não () Parcialmente () Caso sim qual _____

2. Para que fazer o plano? (Assinale os itens que achar pertinentes)

Para cumprir uma exigência burocrática ()

Para gerir melhor a força de trabalho ()

Para se ter um melhor dimensionamento e clareza das unidades de saúde, seu papel e a força de trabalho necessária ()

Outros mencione _____

3. Qual a expectativa do PNDRHS sua importância e utilidade?

Pouco importante () Importante () Muito importante () Indispensável ()

4. Houve suficiente comunicação, por parte da DSRHAS com o pessoal da saúde, sobre a iniciativa de elaboração do PNDRHS e sua importância, de modo a buscar a adesão e o interesse de todos?

Sim () Não () Em parte ()

5. Haverá condições para efetiva implementação do PNDRHS?

Sim () Não () Não credito ()

Por quê _____

6. Quais os assuntos, achas pertinente abordar neste plano (recrutamento, distribuição, incentivo: pagamento atempado dos incentivos, inclusive do isolamento, risco, vela. Carreira; migração; regulação dos profissionais; gestão de desempenho; ambiente de trabalho; condições de trabalho inclusive a biossegurança.

Todos ()

Alguns deles () especifique _____

Além dos citados, outros mais (especificar e justificar o por quê)

Capacidade de governação

1. O que achas do desempenho da DSRHAS?

Bom () Regular ()

Mau () Por quê _____

Poderia ser melhor () Por quê _____

2. DSRHAS consegue desenvolver, implementar e monitorar estratégias de RHS?

Sim () Não () Em parte () Necessita de melhor capacitação ()

3. Qual a sua opinião sobre a dinâmica do organigrama do MINSAP relativo à dependência da DSRHAS?

Adequado () Inadequado () Atende parcialmente () Deve ser modificado ()

4. Qual a sua opinião sobre o sistema de informação dos RH

Não existe () Existe, mas não funciona bem () Funciona bem ()

5. Quem você pensa que deve responsabilizar da gestão de RH na região sanitária?

Diretor Adjunto da Região () Administrador da Região () DRH/ MINSAP () As DRS em sintonia com o DRH/MINSAP () Outro () _____

6. O que achas do emprego duplo (exercer no público e no privado ao mesmo tempo)

Desejável () Indesejável () Possível, mediante regras claras e estritas ()

Oferta e demanda

1. Qual a sua opinião sobre escolas de formação de profissionais de saúde e qualidade de formação?

Adequadas () Inadequadas () o que falta? _____

Necessitam regulamentação pelo governo ()

2. O que pensa que deve ser melhorado relativo ao triângulo (MINSAP – Ministério da Educação; escolas de formações e Ordens profissionais) quando se trata de Formação

3. O que pensa que deve ser melhorado relativo ao triângulo (MINSAP – Função Pública, Finanças e Ordens) quando se trata de recrutamento

Apenas comunicação formal () Trabalho, conjunto de modo permanente, através de grupo de trabalho formalmente instituído pelos respetivos ministérios, com atribuições e regras de funcionamento () Tenho outra sugestão:

APÊNDICE II

Questionário para recolha de dados sobre a capacidade sanitária instalada no país (equipa sob coordenação do Prof. Carlos Sangreman)

Q1 TIPO DE ESTABELECIMENTO

Hospital ₁ Serviço do Simão Mendes _____

Centro Especializado ₂

Centro de Saúde de Tipo A ₄ Tipo B ₅ Tipo C ₆

Centro Ambulatório ₇

Posto Sanitário ₈

Clínica ₉ Outro ₁₀

Q2 TIPOS DE SERVIÇO/ESPECIALIDADE EXISTEM NESTE ESTABELECIMENTO

Consulta Medicina Consulta Enfermagem

Consulta pré-natal Partos

Laboratório de análises Cirurgia Oxigénio

Eletricidade | Rede ou gerador Painel solar Não tem

Água | Canalizada Poço Bomba de água

Nº De Computadores _____ Quantos têm ligação à Internet? _____

Q3 NÚMERO DE CAMAS DE INTERNAMENTO EM ENFERMARIA _____

Q4 NÚMERO DE CAMAS DE INTERNAMENTO EM UCI _____

Q5 NÚMERO DE CAMAS PARA INTERNAMENTO POR ESPECIALIDADE

Cirurgia ₁ Medicina ₂ Maternidade ₃ Traumatologia e ortopedia ₄ Pediatria ₅

Oftalmologia ₆ Cirurgia ₇ Outro ₈ Não existe atribuição por especialidade ₉

Q6 HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO NA SEMANA PASSADA

Aberto todos os dias 24 horas

Segunda-feira | abre _____ fecha _____ **Terça-feira** | abre _____ fecha _____ **Quarta-feira** | abre _____ fecha _____

Quinta-feira | abre _____ fecha _____ **Sexta-feira** | abre _____ fecha _____ **Sábado** | abre _____ fecha _____

Q7 QUANTOS TURNOS EXISTEM NESTE ESTABELECIMENTO?

Não existem turnos
Dois Três Quatro

Q8 SE EXISTE MAIS DE UM TURNO QUANTAS HORAS DURA CADA TURNO?

Médicos/as	Enfermeiros/as	Parteiras
12 horas <input type="checkbox"/>	12 horas <input type="checkbox"/>	12 horas <input type="checkbox"/>
8 horas <input type="checkbox"/>	8 horas <input type="checkbox"/>	8 horas <input type="checkbox"/>
6 horas <input type="checkbox"/>	6 horas <input type="checkbox"/>	6 horas <input type="checkbox"/>
Outro <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/>

Q9 ATENDIMENTO NA SEMANA PASSADA

Número de consultas com Médico/a _____

Número de consultas com Enfermeiro/a _____

Número de Partos com Parteira _____

Número de Operações ou Cirurgias _____

OBSERVAÇÕES

Q10 PESSOAL PRESTOU SERVIÇO NA SEMANA PASSADA NESTE ESTABELECIMENTO (Mesmo Por Pouco Tempo)?

Médicos homens Quantos _____

Médicas mulheres Quantas _____

Enfermeiros homens Quantos _____

Enfermeiras mulheres Quantas _____

Parteiras Quantas _____

Pessoal auxiliar Número _____

Q11 SE TEM TURNOS QUE PESSOAL HAVIA EM CADA TURNO NA SEMANA PASSADA?

Pessoal	1° turno	2° turno	3° turno
Médicos clínica geral			
Médicos especialistas			
Enfermeiros			
Parteiras			
Pessoal auxiliar			

Q12 QUAL A MEDIDA QUE CONSIDERA MAIS URGENTE PARA ESTE ESTABELECIMENTO FUNCIONAR MELHOR (refira apenas a mais urgente)?

Q13 DO PESSOAL DE SAÚDE QUE TRABALHA NESTE ESTABELECIMENTO QUANTOS TRABALHAM TAMBÉM NOUTROS PÚBLICOS OU PRIVADOS?

Médicos (número)128

nenhum _____

noutros estabelecimentos públicos
ou privados (clínicas, outros hospitais) _____

por conta própria ou consultório pessoal _____

Enfermeiros e partimes

nenhum _____

noutros estabelecimentos públicos
ou privados (clínicas, outros hospitais) _____

outros estabelecimentos públicos
ou privados (clínicas, outros hospitais) _____

Q14 QUANTAS PESSOAS DO PESSOAL QUE TRABALHA NESTE ESTABELECIMENTO FALTOU ALGUM DIA NA SEMANA PASSADA?

Por estar doente _____

Por estar numa formação _____

Q15 DE TODAS AS PESSOAS QUE TRABALHAM ATUALMENTE NESTE - ESTABELECIMENTO QUANTAS COMEÇARAM ENTRE 2019 E HOJE?

OBSERVAÇÕES

APÊNDICE III

Nacional de Estabelecimentos de Saúde e Painel de Disponibilidade de Recursos Humanos em Saúde

Dados e informações sobre capacidade instalada e disponibilidade de pessoal são indispensáveis para o aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde. Na Guiné-Bissau, durante o processo de elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (PNDRHS) para o período 2023-2032, o projeto Ianda Guiné Saúde contratou serviços especializados de dois consultores vinculados ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil (CONASS) para apoiar a equipe do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) na análise de dados e informações sobre disponibilidade de RHS no país.

A contratação visava aproveitar a experiência dos consultores brasileiros na elaboração do painel de indicadores sobre o tamanho e a composição da força de trabalho do sistema público de saúde do Brasil, o SUS, publicado pelo CONASS, o que permite aos gestores das 27 secretarias estaduais de saúde saber quantos são, onde estão e quem são os profissionais em atividade nos estabelecimentos, públicos ou privados, que prestam serviços gratuitos de assistência à saúde à população residente em cada um dos 5.570 municípios brasileiros.

Os dados e informações publicados no painel do CONASS sobre a força de trabalho do SUS são provenientes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, o CNES, sistema informatizado do Ministério da Saúde para registo e atualização dos dados de todo e qualquer estabelecimento de saúde em atividade no Brasil, de unidades básicas a hospitais. Para cada estabelecimento de saúde, o CNES regista dados e informações que são atualizados mensalmente, tais como identificação, localização, natureza jurídica, vinculação ao SUS, atendimento prestado, instalações físicas para assistência, incluindo leitos, salas e consultórios, equipamentos e serviços especializados, e disponibilidade de pessoal para assistência, incluindo profissionais e equipes.

Na Guiné-Bissau, a inexistência de sistema informatizado de registo e atualização dos

dados de estabelecimentos de saúde, similar ao CNES, condicionou a elaboração de painel de indicadores sobre a disponibilidade da força de trabalho em saúde nas estruturas de saúde vinculadas ao MINSAP. Considerando-se as dificuldades de comunicação pela Internet, optou-se pela realização de pesquisa de campo voltada à coleta de dados junto aos estabelecimentos de saúde em atividade na Guiné-Bissau. Essa pesquisa foi realizada nos meses de julho a outubro de 2022 e contou com a participação de 16 pesquisadores que aplicaram formulários de coleta de dados em 174 estruturas de saúde previamente identificadas pelo MINSAP.

O formulário utilizado como instrumento de coleta de dados da pesquisa de campo era composto predominantemente por perguntas fechadas cujas alternativas de respostas visavam o registo de dados sobre a pesquisa de campo, sobre os estabelecimentos de saúde pesquisados e sobre os profissionais em atividade nesses estabelecimentos. Os dados sobre a pesquisa de campo compreendiam as seguintes características ou atributos: identificação dos pesquisadores (nome e número); identificação dos estabelecimentos de saúde pesquisados (nome, localização por região administrativa e sanitária e localização por área urbana ou rural); e identificação dos respondentes do formulário (nome e cargo). Os dados sobre os estabelecimentos de saúde pesquisados compreendiam as seguintes características ou atributos: classificação como hospital (nacional ou regional), centro de saúde (de tipo A, B ou C) ou outro tipo de estabelecimento (centro especializado, centro ambulatorial, posto sanitário ou clínica); classificação por tipo de atendimento prestado (consultas, exames, partos e/ou cirurgias); classificação por condição de acesso a serviços de abastecimento de água canalizada e fornecimento de energia elétrica de rede, gerador ou painel solar; registo do número de computadores instalados e do número de computadores ligados à Internet; registo do número de leitos de observação e do número de leitos de enfermaria; registo do número de leitos por especialidade (cirurgia, medicina, maternidade, traumatologia e ortopedia, pediatria, oftalmologia e/ou outra especialidade); classificação por condição de funcionamento em tempo integral (todos os dias da semana, 24 horas por dia); registo do número de atendimentos realizados na semana anterior à da pesquisa (consultas médicas, consultas de enfermagem, partos e operações ou cirurgias); registo do número de profissionais que prestaram atendimento

na semana anterior à da pesquisa (médicos homens, médicos mulheres, enfermeiros homens, enfermeiros mulheres, parteiras e pessoal auxiliar); e registo do número de profissionais admitidos entre 2019 e 2022. Os dados sobre os profissionais em atividade nos estabelecimentos pesquisados compreendiam os seguintes características ou atributos: registo do número de médicos e/ou de enfermeiros e parteiras que trabalham em outros estabelecimentos; registo do número de médicos e/ou de enfermeiros e parteiras que trabalham por conta própria; registo do número de profissionais que faltaram ao trabalho na última semana por estarem doentes; e registo do número de profissionais que faltaram ao trabalho na última semana por estarem participando de curso ou formação.

Os dados constantes dos 174 formulários da pesquisa de campo foram inseridos manualmente numa planilha de dados do Excel, encaminhada aos consultores brasileiros por e-mail no dia 13 de outubro de 2022. Essa planilha de dados tinha 175 linhas e 88 colunas. A primeira linha da planilha exibía o nome de cada uma das respectivas colunas, as quais correspondiam aos campos destinados à inserção das respostas referentes a cada uma das perguntas que foram objeto do formulário de coleta de dados. As demais linhas da planilha, numeradas sequencialmente de 2 a 175, armazenavam as respostas registadas em cada um dos 174 formulários aplicados durante a pesquisa de campo.

Cabe lembrar que 27 destes 174 formulários foram aplicados em unidades ou serviços do Hospital Nacional Simão Mendes, de modo que, para se ter uma visão geral desta que é a maior e mais complexa estrutura de saúde da Guiné-Bissau, os dados de cada unidade ou serviço foram agregados e somente serão publicados os totais obtidos para o hospital. Assim, a planilha de dados resultante da transcrição dos 174 formulários aplicados durante a pesquisa de campo armazena informações sobre localização, identificação e caracterização de 148 estabelecimentos de saúde em atividade no país, dos quais 10 (6,8%) foram identificados como hospitais, 120 (81,1%) foram identificados como centros de saúde e 18 (12,2%) foram identificados como outros tipos de estabelecimentos de saúde.

O processamento dos dados da pesquisa de campo resultou na organização do Registo Nacional de Estabelecimentos de Saúde da Guiné-Bissau e na elaboração de painéis interativos com informações sobre o tamanho e a composição da força de trabalho em saúde no país. Para esse fim, os consultores brasileiros utilizaram recursos do Tableau, plataforma de análise visual que ajuda as pessoas a usar dados e informações para solucionar problemas. Foram elaborados seis painéis, sendo um referente ao Registo Nacional de Estabelecimentos de Saúde da Guiné-Bissau e os outros cinco referentes ao tamanho e à composição da força de trabalho da saúde no país.

O painel referente ao Registo Nacional de Estabelecimentos de Saúde da Guiné-Bissau exibe dados de localização, identificação e caracterização dos 148 estabelecimentos de saúde que foram objetos da pesquisa de campo realizada entre agosto e outubro de 2022. O painel é composto por um mapa e três tabelas, uma disposta abaixo do mapa e as outras duas dispostas à direita do mapa. O mapa permite ao usuário do painel selecionar a região sanitária cujos estabelecimentos de saúde pretende conhecer. Selecionada a região sanitária, a tabela abaixo do mapa exibe o nome dos estabelecimentos de saúde localizados em cada setor da região. O usuário pode deslizar o mouse e clicar sobre o setor cujos estabelecimentos de saúde pretende conhecer. Mas, se preferir, pode-se selecionar diretamente o estabelecimento de saúde que pretende conhecer. Conforme o caso, as duas tabelas dispostas à direita do mapa exibirão números referentes ao estabelecimento de saúde selecionado ou ao conjunto dos estabelecimentos de saúde localizados no setor ou na região sanitária selecionados.

As duas tabelas dispostas à direita do mapa exibem características dos estabelecimentos de saúde em atividade na Guiné-Bissau que foram objetos da pesquisa de campo realizada entre agosto e outubro de 2022. Essas características são organizadas por temas investigados por meio de variáveis categóricas ou de variáveis numéricas. Para cada variável categórica selecionada, o usuário verá os números absolutos e as percentagens correspondentes às categorias de análise. Para cada variável numérica selecionada, ele verá somente os números absolutos. Em ambos os casos, os valores exibidos no painel corresponderão ao conjunto de estabelecimentos da região sanitária selecionada, ao subconjunto de estabelecimentos do setor da região sanitária

selecionada ou ao estabelecimento de saúde selecionado.

Os cinco painéis referentes ao tamanho e à composição da força de trabalho da saúde na Guiné-Bissau exibem dados sobre a disponibilidade de pessoal para atendimento à saúde da população residente no país.

Dois desses painéis mostram a distribuição do número de médicos, de enfermeiros, de parteiras e de outros profissionais da saúde por atributos selecionados de localização, identificação e caracterização dos estabelecimentos de saúde. Os outros três painéis resumem dados de disponibilidade de pessoal da saúde, medida pela quantidade de profissionais ou pela densidade de profissionais por 10 mil habitantes, para as três unidades de divisão territorial do país: setores, regiões sanitárias e regiões administrativas.

O primeiro painel mostra uma única tabela de dados com o número total de profissionais da saúde na Guiné-Bissau, distribuído por quatro categorias profissionais: médicos, enfermeiros, parteiras e outros profissionais da saúde. Cada linha da tabela corresponde a um dos 148 estabelecimentos de saúde que foram objetos da pesquisa de campo realizada entre julho e agosto de 2022. Mas, para facilitar a análise e a interpretação dos dados, o usuário poderá selecionar a região sanitária, o setor ou o estabelecimento de saúde que pretende conhecer.

O segundo painel também mostra o número total de profissionais da saúde na Guiné-Bissau, distribuído por quatro categorias profissionais: médicos, enfermeiros, parteiras e outros profissionais da saúde. Mas o faz de forma interativa, pois permite que o usuário selecione a categoria profissional, a região sanitária e/ou a variável de interesse que pretende analisar. Por exemplo, se clicar sobre o número de médicos e depois selecionar a região de Bissau, o usuário verá essa região concentra 266 dos 423 médicos em atividade no país. E, ao selecionar a variável tipo de estabelecimento, verá um gráfico de barras indicando que 206 dos médicos lotados na região de Bissau trabalham em hospitais. Assim procedendo, o usuário do painel pode definir a abrangência territorial e a abrangência temática de suas visualizações e análises sobre a disponibilidade de pessoal da saúde nesta ou em qualquer outra região sanitária do país.

O terceiro, o quarto e o quinto painéis também mostram o número total de profissionais da saúde na Guiné-Bissau, distribuído por quatro categorias profissionais: médicos, enfermeiros, parteiras e outros profissionais da saúde. Mas o usuário de cada um destes painéis pode selecionar, para fins de visualização e análise, a quantidade de profissionais, tal como levantada pela pesquisa de campo, ou a densidade de profissionais por 10 mil habitantes, tal como calculada a partir do cruzamento dos dados levantados pela pesquisa de campo e as estimativas populacionais obtidas para o país e para as suas diferentes unidades de divisão territorial — 37 setores, 11 regiões sanitárias e 9 regiões administrativas.

Qualquer que seja a medida selecionada, o usuário dos três últimos painéis poderá visualizar a disponibilidade de pessoal para as quatro categorias profissionais que foram objeto da pesquisa de campo — médicos, enfermeiros, parteiras e outros profissionais— , examinando, separadamente ou em conjunto, os números correspondentes ao total do país e aos subtotais calculados para cada uma das unidades de divisão territorial mencionadas.

No quinto e último painel, referente às regiões administrativas, ao selecionar a quantidade de profissionais, o usuário verá que —de acordo com os dados levantados pela pesquisa de campo— a disponibilidade de pessoal da saúde na Guiné-Bissau seria de 3.049 profissionais, sendo 423 médicos, 1.555 enfermeiros, 242 parteiras e 829 profissionais de outras categorias ocupacionais. Deslizando o mouse sobre o gráfico de barras ou o mapa que integram o painel, o usuário poderá selecionar uma das nove regiões administrativas em que se divide a Guiné-Bissau. Caso selecione o Setor Autônomo de Bissau, o usuário verá que esta região contaria com 1.284 profissionais de saúde, sendo 266 médicos, 745 enfermeiros, 89 parteiras e 184 profissionais de outras categorias ocupacionais.

No mesmo painel, ao selecionar a densidade de profissionais, o usuário verá que —de acordo com os cálculos realizados a partir dos dados levantados pela pesquisa de campo— haveria na Guiné-Bissau 14,9 profissionais de saúde por 10 mil habitantes, sendo 1,5 médicos, 7,2 enfermeiros, 1,1 parteiras e 5,1 profissionais de outras

categorias ocupacionais por 10 mil habitantes. Deslizando o mouse sobre o gráfico de barras ou o mapa que integram o painel, o usuário poderá selecionar uma das nove regiões administrativas em que se divide o país. Caso selecione o Setor Autônomo de Bissau, o usuário verá que esta região contaria com 22 profissionais de saúde por 10 mil habitantes, sendo 4,6 médicos, 12,8 enfermeiros, 1,5 parteiras e 3,2 profissionais de outras categorias ocupacionais por 10 mil habitantes.

Tendo em vista a implementação do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde da Guiné-Bissau para o período 2023-2032, é indispensável assegurar a continuidade dos trabalhos voltados ao levantamento de dados e informações sobre disponibilidade de pessoal nos estabelecimentos de saúde em atividade no país. Há que se planejar a realização de novas pesquisas de campo para complementar os dados já levantados que são passíveis de análise e visualização por meio de painéis interativos similares àquele elaborado pelos consultores brasileiros. Também é importante destacar a necessidade de uma atualização sistemática dos dados coletados, para que as informações traduzam a situação do país. Essa atualização pode ser feita de várias maneiras.

Mas há também que se definir procedimentos e rotinas voltados para a extração de informações armazenadas nos bancos de dados existentes na Guiné-Bissau que permitam identificar e caracterizar cada um dos profissionais que exercem atividade nos 148 estabelecimentos de saúde que foram objetos da pesquisa de campo. Só assim o MINSAP poderá organizar sistema de informação específico para cadastramento e atualização cadastral de estabelecimentos de saúde similar àquele existente no Brasil, cujos dados são utilizados para atualização periódica do painel de indicadores sobre o tamanho e a composição da força de trabalho do SUS.



APÊNDICE IV

Os Termos de Referência (TR) das diferentes categorias profissionais

A despeito dos esforços despendidos, do fornecimento de modelos a serem seguidos a título de exemplo e adaptados à realidade da Guiné-Bissau, essa é a parte do trabalho que mais tempo exigiu para ser completada. Tentou-se, por meses a fio, a realização de uma ou mais oficinas de trabalho em que as diferentes categorias profissionais, juntamente com a DSRHAS/MINSAP, pudessem elaborar conjuntamente a proposta de Termo de Referência a ser analisada e validada. Como isso não foi possível, tratou-se de buscar a colaboração das diferentes ordens profissionais e associações, para a elaboração/validação dos Termos de Referência que se seguem.

Vale destacar que os Termos de Referência levam em conta não apenas a profissão, mas também seu exercício segundo as exigências das diferentes estruturas sanitárias (Centros de Saúde dos tipos “A”, “B” e “C”; hospitais regionais; Hospital Nacional Simão Mendes e centros especializados). Dessa forma, procura-se ajustar o perfil necessário ao desempenho das funções, segundo as peculiaridades de cada tipo de serviço.

Haverá necessidade, no futuro, de se definir as atribuições e lotação adequada aos médicos generalistas de formação avançada, formados no curso do projeto IANDA Guiné Saúde, posto que não são especialistas, mas, por outro lado, deixaram de ser apenas médicos generalistas. Essa situação nova ainda não foi analisada pelo MINSAP, o que exigirá trabalho futuro nesse sentido. Além disso, será necessária a revisão periódica dos Termos de Referência pelo MINSAP, visando ao seu aperfeiçoamento.

Para facilidade de compreensão, os Termos de Referência que se seguem foram categorizados em dois grupos: (1) o dos RHS de nível médio de formação e (2) os RHS de nível superior, com ou sem especialização:

NÍVEL MÉDIO

Termo de referência para Técnico de Laboratório de Análises Clínicas

Termo de referência para Técnico em Radiologia

Termo de referência para Técnico em Farmácia

Termo de referência para Técnico em Estomatologia

Termo de referência para Auxiliar Dentário



Termos de referência para parteiras

Termos de referência para enfermeiros

NÍVEL SUPERIOR

Termo de referência para Licenciado em Laboratório de Análises Clínicas e Saúde Pública

Termo de referência para Licenciado em Laboratório de Análises Clínicas e Saúde Pública, com nível de mestrado e/ou doutorado

Termo de referência para Farmacêutico

Termo de referência para Licenciado em Serviço Social

Termo de referência para Licenciado em Psicologia

Termo de referência para Enfermeiro Licenciado

Termo de referência para Cirurgião-Dentista

Termo de referência para Médicos de Clínica Geral

Termo de referência para Médicos especialistas em Saúde Pública

Termo de referência para Médicos especialistas

Termo de referência para Médicos especialistas em Medicina Geral Integrada (MGI)

TERMO DE REFERÊNCIA PARA TÉCNICO DE LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS (NÍVEL MÉDIO)

Locais de trabalho: Centros de saúde A, B e C; hospitais.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Técnicas de Análises Clínicas de Saúde Pública, com período de formação igual ou superior a 3 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Técnicas de Análises Clínicas de Saúde Pública, acompanhado de curriculum ou histórico escolar;
- Estar regularmente inscrito na Ordem dos Profissionais das Ciências Biomédicas da Guiné-Bissau.

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;

- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e sociabilidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes e utentes;

Atividades a serem desenvolvidas no ambiente de trabalho:

- Preparar o paciente e/ou utente para a colheita da amostra biológica (sangue, tecidos e fluidos corporais);
- Coleta, tratamento e execução dos Exames laboratoriais;
- Avaliar e interpretar o resultado dos testes;
- Liberar o resultado;
- Ter conhecimentos adequados sobre a utilização e boa conservação dos aparelhos;
- Garantir uma boa gestão e conservação adequada dos reagentes/materiais consumíveis do laboratório;
- Extrair e avaliar os dados estatísticos;
- Elaborar relatório anual das atividades;
- Colaborar com os demais profissionais da equipa e com a direção da unidade sanitária em que trabalha.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA TÉCNICO EM RADIOLOGIA (NÍVEL MÉDIO)

Locais de trabalho: Centros de saúde A e hospitais.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Técnicas de Radiologia ou Imagiologia, com período de formação igual ou superior a 3 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Técnicas de Radiologia ou Imagiologia, acompanhado de curriculum ou histórico escolar;
- Estar regularmente inscrito na Ordem ou Associação profissional da Guiné-Bissau, caso existam.

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e sociabilidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes e utentes;

Atividades a serem desenvolvidas no ambiente de trabalho:

- Preparar o paciente e/ou utente para os exames de imagem;
- Realizar o exame, de acordo com a técnica requerida;

- Providenciar a entrega do exame ao médico responsável pela elaboração do laudo competente;
- Diligenciar a entrega do resultado ao paciente;
- Ter conhecimentos adequados sobre a utilização e boa conservação dos aparelhos;
- Garantir uma boa gestão e conservação adequada dos aparelhos com os quais trabalha;
- Extrair e avaliar os dados estatísticos;
- Elaborar relatório anual das atividades;
- Colaborar com os demais profissionais da equipa e com a direção da unidade sanitária em que trabalha.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA TÉCNICO EM FARMÁCIA (NÍVEL MÉDIO)

Locais de trabalho: Centros de saúde A, B e C; hospitais

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Técnicas de Farmácia, com período de formação igual ou superior a 3 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Técnicas de Farmácia, acompanhado de curriculum ou histórico escolar;
- Apresentar o Certificado de estágio curricular;
- Estar regularmente inscrito na Ordem dos Farmacêuticos e Técnicos de Farmácia da Guiné-Bissau (OFTEC-GB);

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e sociabilidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes e utentes;

Atividades a serem desenvolvidas no ambiente de trabalho:

- Atender clientes e pacientes da farmácia diariamente; direcionar casos mais complexos para o farmacêutico ou para a farmacêutica de turno;
- Organizar, fazer a limpeza e manutenção de prateleiras e gôndolas;
- Repor medicamentos e produtos farmacêuticos conforme são vendidos;
- Receber novos produtos e medicamentos da logística, conferir e organizar o estoque;
- Verificar a validade dos medicamentos, protetores solares, cosméticos e outros produtos seguindo a regra FIFO: *first in, first out* (aqueles com

data de expiração mais próxima devem ser dispensados em primeiro lugar)

- Auxiliar o farmacêutico nos registros de dados no sistema;
- Extrair e avaliar os dados estatísticos;
- Elaborar relatório anual das atividades;
- Colaborar com os demais profissionais da equipa, com a direção regional e com o (a) responsável pela área sanitária em que trabalha;
- Explicar claramente ao paciente o modo correto de consumo de medicamentos; suas ações terapêuticas no organismo; suas contraindicações e, em caso de reações adversas, como as identificar e a quem reportar (por exemplo contactar o médico prescritor).

No ambiente hospitalar:

- Auxiliar nas rotinas de armazenamento e manutenção de produtos farmacêuticos;
- Auxiliar no fracionamento de medicamentos (doses individuais ou unitárias);
- Auxiliar no lançamento de receituários no sistema e na verificação de lotes, de validades e no inventário.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA TÉCNICO EM ESTOMATOLOGIA (NÍVEL MÉDIO)

Local de trabalho: atualmente, apenas os hospitais oferecem esse serviço.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em técnicas de estomatologia nível médio, com período de formação igual ou superior a 3 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão do curso em Técnicas de Estomatologia, acompanhado de Curriculum ou *histórico escolar*;
- Estar regularmente inscrito na Ordem ou Associação profissional da Guiné-Bissau, caso existam.

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e sociabilidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

Atividades a serem desenvolvidas no ambiente de trabalho:

Nota: estão capacitados para realizar todas as atividades de prevenção, tratamentos conservadores na cavidade oral, exceto cirurgia.

Prestar todos os serviços obrigatórios como:

- Recolher dados sobre o estado da cavidade bucal do paciente;
- Fazer educação sanitária explicando as medidas de combate dietético, e higiene bucal-dentário para prevenção de patologias boco-dentário
- Colocar seladores de fissuras
- Efetuar limpeza, branqueamento dental
- Ajudar o odontólogo colocar e retirar dique de borracha, matriz de obstrução ou fios dentários
- Aplicar flúor tópico para prevenção de caries
- Realizar extração dentária
- Contribuir com os demais colegas em seu local de trabalho ou de outras unidades sanitárias, em ações de promoção da saúde oral, proteção e recuperação do paciente, assim como nas medidas de prevenção de doenças ou agravos;
- Emitir parecer sobre a necessidade de evacuação do paciente para serviços de referência ou de maior complexidade.

TERMO DE REFERÊNCIA AUXILIARES DENTÁRIOS

Local de trabalho: atualmente, apenas os hospitais oferecem esses serviços

Requisitos indispensáveis:

- Ter uma formação no domínio de técnicas de estomatologia, com período de formação igual ou superior a 18 meses;
- Apresentar certificado de conclusão do curso no domínio de Técnicas de Estomatologia, acompanhado de Curriculum ou *histórico escolar*;
- Apresentar o certificado de estágio curricular.

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

Atividades a serem desenvolvidas no ambiente de trabalho:

- Prestar todos os serviços obrigatórios como: Elaborar a ficha com os dados do paciente (ficha odontológica)
- Auxiliar tecnicamente o Odontólogo em:
 - Responsabilizar pelo revelado e pela montagem de radiografias dentais,
 - Organização geral dos materiais e equipamentos de consulta (limpeza, desinfecção e esterilização dos instrumentos);
 - Manutenção e limpeza de equipamento dental.
- Auxiliar na preparação prévia do paciente (antes de entrar na sala, de modo a não perceber os processos preliminares da visita).
- Identificar o paciente com nome e apelido
- Avisar ao médico de qualquer particularidade que possa influir no tratamento (medo, ansiedade severa, processo gripal etc.)

- Acomodar o paciente no cadeirão dental
 - Colocar o protetor descartável no paciente
 - Facultar o lenço de papel ao paciente
 - Colocar o copo descartável no local apropriado
- Durante o tratamento
 - Proporcionar um campo operatório seco e aclarado, atendendo em todo momento a iluminação de campo, a aspiração, retração de bochecha, língua e lábios.
 - Transferir o instrumento de forma correta.
 - Acompanhar o paciente suspeito de alguma complicação ou dor
 - Ajudar o paciente reconstituir e assegurar que não ficou nenhum rastro de tratamento na roupa ou rosto do paciente.
 - Controlar o armazém e conferir os materiais recebidos

TERMO DE REFERÊNCIA PARA PARTEIRA DE CURSO GERAL (NÍVEL MÉDIO) OU ENFERMEIRO OBSTETRA (EM GRAU ESPECIALISTA), NOS CENTROS DE SAÚDE TIPO B

Local de trabalho: Centro de Saúde do tipo “B”

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em linha vertical (Parteira Curso Geral) ou em linha horizontal (enfermeiro obstetra em grau especialista).
 - Na primeira circunstância (em linha vertical), ser graduado, com período de formação igual ou superior a 3 anos.
 - Na segunda circunstância (enfermeiro com especialidade em obstetrícia), ser graduado, com período de formação igual ou superior a 6 anos;

- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Parteira de Curso Geral ou de especialidade em obstetrícia, acompanhado de curriculum ou *histórico escolar*;
- Estar inscrito na Ordem dos Enfermeiros ou na Associação das Parteias da Guiné-Bissau.

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

HABILIDADES GERAIS:

- Demonstrar comunicação interpessoal eficaz com as mulheres e seus familiares, com equipas de saúde e grupos comunitários;
- Facilitar os processos do parto normal em ambientes institucionais e comunitários, incluindo casas das mães;
- Avaliar o estado de saúde, rastrear riscos à saúde e promover a saúde de forma geral e o bem-estar das mulheres e bebês;
- Prevenir e tratar problemas de saúde comuns relacionados à reprodução e início da vida;
- (Re)conhecer anormalidades e complicações e iniciar tratamento e encaminhamento apropriados;
- Prestar atendimento as mulheres vítimas de violência e abuso físico e sexual. (sugiro MUDAR nº de caracteres em 10)

Prestar todos os serviços obrigatórios como:

- O seguimento das grávidas em serviço de internamento (maternidade);
- Aconselhar em matéria de Saúde Reprodutiva/Infeção Sexualmente Transmitida/ VIH/SIDA (SR/IST/VIH/SIDA) e promoção de testes voluntários;
- Consulta de Planeamento familiar (PF);

- Consultas pré-natais incluindo vacinação; prevenção e tratamento de paludismo (Tratamento Preventivo Intermitente e promoção de uso de Mosquiteiro Impregnado com Inseticida de Longa Duração de Ação - MILDA) e Prevenção de Transmissão Mãe e Filho (PTMF);
 - Cuidados obstétricos e neonatais de urgência de base (administração de antibióticos injetáveis; administração de oxitocina injetável; administração de sedativos /anticonvulsivos injetáveis; corticosteroides injetáveis; extração manual de placenta; cuidados pós-aborto/parto; parto por via baixa assistido com ventosa conforme normas);
 - Fornecer os cuidados pós-aborto/parto;
 - Administração de Vitamina K no recém-nascido para a prevenção de anemia; de fluidos endovenosos (Lactato Ringer, Cloreto de Sódio etc.);
 - Prevenção e despistagem das fístulas obstétricas;
 - Diagnóstico e tratamento de doenças de foro urogenital;
 - Prevenção do cancro do colo de útero e de próstata (aconselhamento, referência);
 - Elaborar e executar o plano de cuidados e atualizá-lo de forma contínua, dentro da estrutura, em tempo apropriado;
 - Observar a grávida/parturiente e detetar precocemente a sintomatologia que exija a intervenção do médico ou a evacuação para um hospital mais equipado;
 - Conduzir o parto normal seguro, praticando a episiotomia, se necessário;
 - Prestar a assistência à puérpera durante o puerpério imediato e tardio;
 - Prestar a assistência imediata ao recém-nascido, incluída a reanimação neonatal;
 - Solicitar exames de Hemograma, Serologia (teste rápido: paludismo, VIH, Labstix), parasitologia e urina;
 - Aplicar o processo de Prevenção das infeções /Esterilizar os materiais;
 - Zelar pelo aprovisionamento e gestão de medicamentos essenciais, para o serviço da maternidade;
-
- Participar ativamente no:
 - Envio atempado de todos os relatórios/boletins de informação sanitária e vigilância epidemiológica
 - Ensino teórico e prático promovido para a capacitação;
 - Nas ocorrências matinais;
 - Nas apresentações de temas vocacionadas ao serviço;
 - Encaminhar pacientes de risco aos serviços de maior complexidade e apresentar relatório ao chefe de turno;

- Colaborar na prestação de cuidados diferenciados em meio hospitalar, sempre que solicitado;
- Contribuir com os demais colegas em seu local de trabalho ou de outras unidades sanitárias, em ações de promoção de saúde, proteção e recuperação de paciente, assim como nas medidas de prevenção de doenças ou agravos;
- Colaborar no processo de registo civil do recém-nascido;
- Colaborar no processo de administração da primeira vacina.

Cuidados com os imprevistos:

Nem todas as complicações obstétricas podem ser previstas durante o período pré-natal, sobretudo aquelas que ocorrem nos períodos mais críticos - intraparto e pós-parto imediato. Essa imprevisibilidade exige aplicar “Cuidados Obstétricos de Urgência”, assentes num sistema de referência organizado por níveis de diferenciação hospitalar, suportado por um plano de evacuação pronto e eficaz.



TERMO DE REFERÊNCIA PARA PARTEIRA DE CURSO GERAL (NÍVEL MÉDIO) OU ENFERMEIRO OBSTETRA (EM GRAU ESPECIALISTA), NOS CENTROS DE SAÚDE DO TIPO C

Local de trabalho: Centro de saúde do tipo “C”

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em linha vertical (Parteira Curso Geral) ou em linha horizontal (enfermeiro obstetra em grau especialista).
 - Na primeira circunstância (em linha vertical), ser graduado, com período de formação igual ou superior a 3 anos.
 - Na segunda circunstância (enfermeiro com especialidade em obstetrícia), ser graduado, com período de formação igual ou superior a 6 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Parteira de Curso Geral ou de especialidade em obstetrícia, acompanhado de curriculum ou *histórico escolar*;
- Estar inscrito na Ordem dos Enfermeiros ou na Associação das Parteias da Guiné-Bissau.

1. Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

HABILIDADES GERAIS:

- Demonstrar comunicação interpessoal eficaz com as mulheres e seus familiares, com equipas de saúde e grupos comunitários.
- Facilitar os processos do parto normal em ambientes institucionais e comunitários, incluindo casas das mães.
- Avaliar o estado de saúde, rastrear riscos à saúde e promover a saúde de forma geral e o bem-estar das mulheres e bebês.
- Prevenir e tratar problemas de saúde comuns relacionados à reprodução e início da vida.
- (Re)conhecer anormalidades e complicações e, iniciar tratamento e encaminhamento apropriados.
- Prestar atendimento as mulheres vítimas de violência e abuso físico e sexual.

trabalho

Prestar todos os serviços obrigatórios como:

- Promover e apoiar comportamentos que melhorem a saúde e bem-estar;
- Promover a saúde e bem-estar da mulher;
- Aconselhar em matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva (Infeção Sexualmente Transmitida, VIH/SIDA) e promoção de testes voluntários;
- Incentivar a consulta de Planeamento familiar, diagnóstico e tratamento de doenças de foro urogenital;
- Prevenir e tratar problemas de saúde comuns relacionados a reprodução e início da vida sexual
- Atender as mulheres vítimas de violência e abuso físico e sexual;
- Fornecer os cuidados pós-aborto/parto;
- Incentivar as consultas pré-natais incluídas as vacinas antitetânica;
 - Trabalhar na Prevenção e Tratamento de Paludismo: Tratamento Preventivo Intermitente (TPI) e promoção de uso de Mosquiteiro Impregnado com Inseticida de Longa Duração de Ação (MILDA) e Prevenção de Transmissão Mãe e Filho (PTMF);
- Avaliar a saúde da mãe e do feto;
- Monitorar o progresso da gravidez
- Aconselhar sobre a gravidez, parto, amamentação, paternidade e mudanças no sei familiar;
- Ajudar a mulher e sua família a planear um local apropriado para o parto
- Conduzir o parto normal e seguro, praticando a episiotomia se necessário;
- Fornecer cuidados obstétricos e neonatais de urgência de base (Administração de antibióticos injetáveis; Administração de oxitocina injetável; administrar sedativos / anticonvulsivos injetáveis; Extração manual de placenta);
- Prestar a assistência à puérpera nas primeiras 48 horas;
- Prestar a assistência imediata ao recém-nascido, incluído a reanimação neonatal (Ajudar o Bebê a Respirar - ABR);
- Zelar para a Prevenção e despistagem das fístulas obstétricas;

- Zelar para a Prevenção e despistagem do cancro do colo (aconselhamento, referência);
- Observar a grávida/parturiente e detetar precocemente a sintomatologia que exija a intervenção do médico e evacuar para o hospital de referência;
- Elaborar e executar o plano de cuidados e atualizá-lo de forma contínua, dentro da estrutura, em tempo apropriado;
- Realizar procedimentos da Prevenção das infeções /Esterilização de material.

Participar ativamente nas:

- Vigilância clínica às parturientes: (1) detetar, tratar e estabilizar as complicações pós-natais e, se necessário, orientar ou transferir para os serviços apropriados; (2) detetar, estabilizar e gerir os problemas de saúde do recém-nascido e, se necessário, orientar ou transferir para os serviços apropriados
- Promoção e apoio à amamentação;
- Participar nas apresentações de temas vocacionados ao serviço;
- Limpeza do centro;
- Zelar pela manutenção física do centro e aprovisionamento de água;
- Planificações trimestral, semestral e anual;
- Supervisão periódica aos (às) Agentes de Saúde Comunitário(a)s (ASC);
- Sessões de capacitações dentro ou fora da região;
- Participar no seguimento das parteiras e /ou enfermeiras durante o estágio na maternidade
- Contribuir com os demais colegas no seu local de trabalho em ações de promoção da saúde, proteção e recuperação do paciente, assim como nas medidas de prevenção de doenças ou agravos;
- Colaborar no processo de registo civil do recém-nascido;
- Colaborar no processo de administração da primeira vacina.

Cuidado com os Imprevistos

Nem todas as complicações obstétricas podem ser previstas durante o período pré-natal, sobretudo aquelas que ocorrem nos períodos mais críticos - intraparto e pós-parto imediato. Esta imprevisibilidade exige aplicar “Cuidados Obstétricos de Urgência”, assentes num sistema de referência organizado por níveis de diferenciação hospitalar suportado por um plano de evacuação pronto e eficaz.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA PARTEIRA DE CURSO GERAL (NÍVEL MÉDIO) OU ENFERMEIRO OBSTETRA (EM GRAU ESPECIALISTA) NOS CENTROS DE SAÚDE TIPO A E HOSPITAIS

Locais de trabalho: Centros de saúde do tipo “A” e hospitais.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em linha vertical (Parteira Curso Geral) ou em linha horizontal (enfermeiro obstetra em grau especialista).
 - Na primeira circunstância (em linha vertical), ser graduado, com período de formação igual ou superior a 3 anos.
 - Na segunda circunstância (enfermeiro com especialidade em obstetrícia), ser graduado, com período de formação igual ou superior a 6 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Parteira de Curso Geral ou de especialidade em obstetrícia, acompanhado de curriculum ou *histórico escolar*;
- Estar inscrito na Ordem dos Enfermeiros ou na Associação das Parteiras da Guiné-Bissau.

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

HABILIDADES GERAIS:

Demonstrar comunicação interpessoal eficaz com as mulheres e seus familiares, com equipas de saúde e grupos comunitários.

Facilitar os processos do parto normal em ambientes institucionais e comunitários, incluindo casas das mães.

Avaliar o estado de saúde, rastrear riscos à saúde e promover a saúde de forma geral e o bem-estar das mulheres e bebês.

Prevenir e tratar problemas de saúde comuns relacionados à reprodução e início da vida.

(Re)conhecer anormalidades e complicações e, iniciar tratamento e encaminhamento apropriados.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE DE TRABALHO

Prestar todos os serviços obrigatórios como:

- Despistar a gravidez extrauterina,
- Zelar pela sutura de desgarros e lacerações;
- Aspirar o produto de concepção em caso de aborto incompleto que põe em risco a vida da mulher pela aspiração manual intrauterina /AMIU (conforme as normas);
- Decidir-se pela transfusão sanguínea, se necessário;
- Decidir-se pelos Cuidados intermédios (ventilação) Reanimação, se necessário;
- Zelar pelos partos complicados (p. exemplo, ventosa);
- Solicitar exames laboratoriais (p. exemplo, bioquímica);
- Solicitar ecografia ginecológica e obstétrica;
- Seguir as grávidas hospitalizadas e prestar cuidados de enfermagem às puérperas pós – cesarianas e portadoras de outras patologias;
- Administrar corticosteroides injetáveis, antibióticos, e medicamentos de urgência e Vitamina K ao recém-nascido;
- Administrar fluídos endovenoso (Lactato de Ringer, Cloreto de Sódio etc.);
- Solicitar a intervenção imediata do médico, sempre que detetar complicações.

Participar ativamente nas:

- Ocorrências matinais;
- Apresentações de temas vocacionados com serviço;

- Prestações de cuidados diferenciados colaborando em meio hospitalar, sempre que solicitado;
- Contribuições com os demais colegas, em seu local de trabalho ou de outras unidades sanitárias, em ações de promoção da saúde, proteção e recuperação do paciente, assim como nas medidas de prevenção de doenças ou agravos;
- Colaborar no processo de registo civil do recém-nascido;
- Colaborar no processo de administração da primeira vacina

TERMO DE REFERÊNCIA PARA PROFISSIONAL LICENCIADO EM LABORATÓRIO DAS ANÁLISES CLÍNICAS E SAÚDE PÚBLICA (NÍVEL SUPERIOR)

Locais de trabalho: Centros de Saúde dos tipos “A” e “B”; hospitais; programas nacionais (paludismo, tuberculose e HIV/Hepatites Virais); Central de Compras de medicamentos, materiais de laboratório e reagentes.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Análises Clínicas e Saúde Pública, com período de formação igual ou superior a 4 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de licenciatura em Análises Clínicas e Saúde Pública, acompanhado de curriculum ou histórico escolar;
- Estar inscrito na Ordem dos Profissionais das Ciências Biomédicas da Guiné-Bissau.

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e sociabilidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes e utentes;

Atividades a serem desenvolvidas no ambiente de trabalho:

- Preparar o paciente e/ou utente para a colheita da amostra biológica (sangue, tecidos e fluidos corporais);
- Coletar, tratar e executar os Exames laboratoriais;
- Avaliar e interpretar o resultado dos testes;
- Liberar o resultado;
- Ter conhecimentos adequados sobre a utilização e boa conservação dos aparelhos;
- Garantir uma boa gestão e conservação adequada dos reagentes/materiais consumíveis do laboratório;
- Extrair e avaliar os dados estatísticos;
- Elaborar relatório anual das atividades;
- Ter a capacidade de supervisão e de investigação em saúde pública;
- Atuar em biologia molecular;
- Elaborar um plano de atividades anual;
- Colaborar com os demais membros da equipa e com a direção da unidade sanitária em que trabalha.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA PROFISSIONAL LICENCIADO (COM MESTRADO OU DOUTORAMENTO) EM LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E SAÚDE PÚBLICA (NÍVEL SUPERIOR)

Locais de trabalho: Centros de Saúde dos tipos “A” e “B”; hospitais; programas nacionais (paludismo, tuberculose e HIV/Hepatites Virais); Central de Compras de medicamentos, materiais de laboratório e reagentes.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Análises Clínicas e Saúde Pública, com período de formação igual ou superior a 4 anos, com mestrado de, no mínimo 2 anos, ou doutoramento em 4 anos;
- Apresentar Diplomas de conclusão de curso (Licenciatura, Mestrado ou Doutorado) de Análises Clínicas e Saúde Pública, acompanhado de curriculum ou histórico escolar;
- Estar regularmente inscrito na Ordem dos Profissionais das Ciências Biomédicas da Guiné-Bissau

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e sociabilidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes e utentes;

Atividades a serem desenvolvidas no ambiente de trabalho:

- Preparar o paciente e/ou utente para a colheita da amostra biológica (sangue, tecidos e fluidos corporais);
- Coletar, tratar e executar os exames laboratoriais;
- Avaliar e interpretar o resultado dos testes;
- Liberar o resultado;
- Ter conhecimentos adequados sobre a utilização e boa conservação dos aparelhos;
- Garantir uma boa gestão e conservação adequada dos reagentes/materiais consumíveis do laboratório;
- Extrair e avaliar os dados estatísticos;
- Elaborar relatório anual das atividades;
- Ter a capacidade de supervisão e de investigação em saúde pública;
- Atuar em biologia molecular;
- Elaborar um plano de atividades anual;
- Atuar na execução de exames de imagens;



- Analisar resultados de exames clínicos;
- Manipular microrganismos na área de Biotecnologia;
- Atuar com genética forense;
- Analisar agentes microbiológicos;
- Atuar em perícias criminais, na saúde pública, na hematologia, na embriologia, na bioquímica, na biofísica e na biologia molecular;
- Colaborar com os demais membros da equipa e com a direção da estrutura sanitária em que trabalha.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA FARMACÊUTICO (NÍVEL SUPERIOR)

Locais de trabalho: Centro de Saúde do tipo “A”, hospitais e Centrais de Compras de medicamentos

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Ciências Farmacêuticas, com período de formação igual ou superior a 5 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Farmácia, acompanhado de curriculum ou *histórico escolar*;
- Apresentar o/s certificado/s de estágio/os realizados durante o curso;
- Estar inscrito na Ordem dos Farmacêuticos da Guiné-Bissau

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

Atividades a serem desenvolvidas no ambiente de trabalho:

- Dispensação dos medicamentos padronizados em conformidade com os protocolos clínicos e as diretrizes farmacêuticas;
- Gestão logística dos medicamentos e outros produtos da saúde (encomendas, armazenamento, aviamentos, inventários, distribuição e stockagem);
- Atenção e assistência farmacêutica;
- Responsável pela realização de ações de educação em saúde, informação/formações sobre o uso racional dos medicamentos;
- Inspeccionar todos os estabelecimentos da saúde com medicamentos e outros produtos da saúde;
- Assegurar a capacidade de prestar serviços integrados interprofissionais durante crises humanitárias, catástrofes e emergências de saúde;

- Assegurar a colaboração com outros membros da equipa da farmácia e outros prestadores de cuidados de saúde, especialmente em casos de transição de cuidados e de prestação de cuidados de saúde ao longo da vida;
- Supervisionar e orientar o trabalho dos técnicos de farmácia sob sua coordenação;
- Participar nas supervisões integradas e formativas do Ministério da Saúde Pública;
- Estabelecer uma linha de contato com os outros prescritores, por exemplo médicos, de modo a se comunicarem diretamente em caso de necessidade de substituição do fármaco prescrito na receita médica, por intolerância do paciente ao fármaco prescrito, entre outras situações.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA PROFISSIONAIS DE SERVIÇO SOCIAL (NÍVEL SUPERIOR)

Locais ideais de trabalho: Centros de saúde dos tipos “C” e “B”.

Requisitos obrigatórios:

- Graduação na área de Serviço Social em estabelecimento de ensino superior, no período igual ou superior a 4 anos.
- Inscrição e situação regular perante a Associação da Classe/Ordem profissional

Competências necessárias, para a atuação profissional, segundo o tipo de estabelecimento de saúde em que está colocado:

- Para Centros de Saúde dos tipos “C” e “B” (mais próximo da comunidade):

Instruir as mães cujas crianças menores de 5 anos sem registo, para registarem os seus filhos.

- Abrangência:
 - Enquadram-se nesta competência a assistência; a informação sobre a localidade do serviço de notariado mais próximo; os contatos e condições indispensáveis.

Esta atividade converge com o interesse do governo e dos parceiros de desenvolvimento, nomeadamente UNICEF, em promover a aderência ao registo dos menores de 5 anos.

Para tal, o profissional (Assistente social) deve fornecer a informação sobre a localização do serviço de notariado mais próximo, os contatos e requisitos necessários e dar seguimento.

Levantamento de dados - caracterização e identificação das condições socioeconômicas, familiares e sanitárias dos usuários.

- Abrangência: enquadram-se nesta competência:
 - A identificação dos aspetos socioeconómicos, culturais e sanitários que interferem na capacidade dos usuários em cuidar da própria saúde, interferindo diretamente na eficácia dos programas;
 - A facilidade na localização da família ou dos próprios usuários, nos casos de abandono de tratamento, ou para comunicação de resultados de exames que envolvam urgência no tratamento ou providências/colaboração da família na sua resolução.
 - A realização de um levantamento dos dados socioeconómicos e culturais dos usuários e/ou da comunidade. Responde pela necessidade de sistematizar informações sobre as condições de vida dos usuários, da sua família ou do grupo de referência, com a finalidade de: a) conhecer as variáveis que interferem no processo saúde/doença, no diagnóstico e no tratamento; b) identificar as possibilidades e condições de participação da família, responsáveis, cuidadores, agregados, vizinhos e até de empregadores na consecução de meios viabilizadores do diagnóstico e tratamento do usuário.
 - A realização desse processo através de instrumentos como entrevistas, questionários, formulários cadastrais, fichas sócias, fichas de evolução / diagnósticos sociais, nos quais são privilegiados os dados relativos às condições sanitárias, habitacionais, composição familiar, emprego, renda, religião e referências pessoais;
 - A utilidade primeira em facilitar o fluxo de informações e a comunicação entre o serviço e a família/cuidadores do usuário para agilizar a resolução de problemas surgidos no decorrer do processo de prestação dos serviços.

Em geral essa atividade relaciona-se a necessidade do sistema de saúde de obter informações e controle a respeito dos fatores intervenientes no processo saúde/doença do usuário, seja em nível individual ou coletivo, fatores esses considerados indispensáveis ao diagnóstico e ao tratamento.

Nas estruturas e equipes de Cuidados de Saúde Primário, essa atividade faz parte da coleta de informações que devem ser anotadas na ficha individual que integra o prontuário do usuário na estrutura. Esse prontuário é utilizado pelo assistente social para registrar os problemas que determinaram a busca do atendimento naquele momento. Também funciona nos moldes de um atendimento individual (uma espécie de "consulta social"), na qual se registra o diagnóstico social" e se anota os encaminhamentos/orientações realizadas.

O objetivo dessa atividade é identificar os aspetos socioeconómicos, culturais e sanitários que interferem na capacidade dos usuários cuidarem da própria saúde, interferindo diretamente na eficácia dos programas. Além dessa finalidade, essa atividade facilita a localização da família ou dos próprios usuários, nos casos

de abandono de tratamento, ou para comunicação de resultados de exames que envolvam urgência no tratamento ou providências/colaboração da família na sua resolução.

Nesse tipo de estrutura, os profissionais também participam de levantamentos sócio sanitários junto às comunidades. Sobretudo, é decorrente da incorporação, no nível local, da necessidade de construção do diagnóstico (cenário) sobre a realidade epidemiológica, sanitária, socioeconômica e cultural da população e comunidade que fazem parte da área de abrangência dos estabelecimentos /equipes, indispensável ao planejamento das ações no atual processo de reorganização dos serviços.

Essa atividade consiste basicamente na realização de um levantamento dos dados socioeconômicos e culturais dos usuários e/ou da comunidade. Responde pela necessidade de sistematizar informações sobre as condições de vida dos usuários, da sua família ou do grupo de referência, com a finalidade de: 1) conhecer as variáveis que interferem no processo saúde/doença, no diagnóstico e no tratamento; 2) identificar as possibilidades e condições de participação da família, responsáveis, cuidadores, agregados, vizinhos e até de empregadores na consecução de meios viabilizadores do diagnóstico e tratamento do usuário.

Esse processo, em geral, é realizado através de instrumentos como entrevistas, questionários, formulários cadastrais, fichas sócias, fichas de evolução / diagnósticos sociais, nos quais são privilegiados os dados relativos às condições sanitárias, habitacionais, composição familiar, emprego, renda, religião e referências pessoais.

A sua principal utilidade reside em facilitar o fluxo de informações e a comunicação entre o serviço e a família/cuidadores do usuário para agilizar a resolução de problemas surgidos no decorrer do processo de prestação dos serviços.

Interpretação de normas e rotinas

- Abrangência: enquadram-se nesta competência:
 - A formação de atitudes e de comportamentos do paciente, dos acompanhantes e da família, durante a sua permanência nas estruturas. Consiste num conjunto de orientações sobre os regulamentos, o funcionamento e as condições exigidas pelas estruturas, tais como: observância de horários (de visita, refeição...); prazos de retorno do paciente; documentos exigidos ao cumprimento rigoroso dos procedimentos terapêuticos recomendados, como é o caso do esquema de imunização previsto para as crianças até cinco anos e para gestantes durante o pré-natal; gratuidade existente etc.
 - conhecimento dos documentos normativos e normas de funcionamento, por parte do profissional, das unidades e do próprio sistema de saúde, além dos manuais de funcionamento dos programas, horários de atendimento dos estabelecimentos, setores



(sobretudo dos serviços de apoio ao diagnóstico) e dos profissionais (principalmente médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas etc.).

É voltada para a formação de atitudes e de comportamentos do paciente, dos acompanhantes e da família, durante a sua permanência nas estruturas. Consiste num conjunto de orientações sobre os regulamentos, o funcionamento e as condições exigidas pelas estruturas, tais como: observância de horários (de visita, refeição...), prazos de retorno do paciente, documentos exigidos, ao cumprimento rigoroso dos procedimentos terapêuticos recomendados, como é o caso do esquema de imunização previsto para as crianças até cinco anos e para gestantes durante o pré-natal; gratuidade existente etc.

No cotidiano dos serviços, sua utilidade tem sido a de assegurar o disciplinamento e o enquadramento dos usuários e acompanhantes às normas e rotinas do estabelecimento.

Para a realização dessa atividade, o assistente social precisa dispor e conhecer documentos normativos e normas de funcionamento das unidades e do próprio sistema de saúde, além dos manuais de funcionamento dos programas, horários de atendimento dos estabelecimentos, setores (sobretudo dos serviços de apoio ao diagnóstico) e dos profissionais (principalmente médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas etc.).

Procedimentos de natureza educativa, como orientações, aconselhamentos e encaminhamentos individuais e coletivos;

- **Abrangências: Enquadram-se nesta competência:**
 - As orientações e esclarecimentos quanto a condutas ou preparação para realização de exames e nos critérios para inscrição nos programas desenvolvidos na estrutura e, principalmente, identifica-se com a articulação de atividades educativas como reuniões, palestras, cursos, seminários e discussões em grupos de espera, grupos terapêuticos, entre outros;
 - A atuação do assistente social, sobretudo nos programas que dizem respeito à assistência à saúde da mulher e da criança, entre os quais se destacam especificamente o de imunização; o de acompanhamento do pré-natal e o de recuperação das crianças desnutridas até seis anos de idade. A essas atividades acrescentam-se a divulgação da programação do estabelecimento de saúde junto a entidades comunitárias, da gratuidade e/ou cobrança definidos pelo governo ou parceiro, ocasião em que o assistente social participa de campanhas de esclarecimentos sobre doenças epidêmicas, imunização em massa, reuniões dos conselhos de unidade etc.



Nas estruturas de atenção básica o assistente social concentra-se nas comunicações sobre resultados de exames, particularmente aqueles que indicam sério comprometimento do estado de saúde, ou de doenças transmissíveis como é o caso de VIH/SIDA, ou, ainda, de doenças crônicas degenerativas, ou ainda no caso das neoplasias, leucemias etc.

Para a viabilização dessas atividades, o instrumento utilizado é basicamente a linguagem e o conhecimento, tanto das razões que levam o usuário e/ou sua família a ter determinado comportamento, quanto das razões técnicas básicas que levaram o médico/equipe de saúde a optar por agregar determinada terapêutica.

O papel do assistente social centra-se nas orientações e esclarecimentos quanto a condutas ou preparação para realização de exames e nos critérios para inscrição nos programas desenvolvidos na estrutura e principalmente identifica-se com a articulação de atividades educativas como reuniões, palestras, cursos, seminários e discussões em grupos de espera, grupos terapêuticos, entre outros.

Nesse tipo de unidade, a atuação do assistente social incide sobretudo nos programas que dizem respeito à assistência à saúde da mulher e da criança, entre os quais se destacam especificamente o de imunização, o de acompanhamento do pré-natal e o de recuperação das crianças desnutridas até seis anos de idade. A essas atividades acrescenta-se a divulgação da programação do estabelecimento de saúde junto a entidades comunitárias, da gratuidade e/ou cobrança definidos pelo governo ou parceiro ocasião em que o assistente social participa de campanhas de esclarecimentos sobre doenças epidêmicas, imunização em massa, reuniões dos conselhos de unidade etc. Nas unidades de atenção básica, o trabalho de educação em saúde tende cada vez mais a assumir uma perspectiva coletiva, através da realização de eventos como oficinas, palestras, debates, cursos, seminários, campanhas e/ou semanas de prevenção, que em geral versam sobre os seguintes temas:

HIV/SIDA, cólera, hipertensão, paludismo, saúde bucal, prevenção de câncer na mulher etc.;

- . Coleta, tratamento e destino do lixo e dejetos;
- . Qualidade, origem e manuseio de alimentos, sobretudo os perecíveis e os enlatados;
- . Alimentação, medicação;
- . Meio-ambiente, saneamento e saúde, particularmente acesso, qualidade, armazenamento e tratamento da água etc.

Agenciamento de medidas e iniciativas de caráter emergencial – assistencial

- Abrangência: enquadra-se nesta competência
 - A adoção de providências junto aos serviços para obter certas autorizações excepcionais que possam facilitar a comodidade e mobilidade do paciente.

Nas unidades de atenção básica as "urgências sociais" se referem principalmente à:

- . Agilização de exames e consultas extras;
- . Prorrogação da permanência em programas de suplementação alimentar,
- . Inscrição em programas, fora do prazo estabelecido, que consistem em renegociar a manutenção de um atendimento perdido por falta de comparecimento do usuário no dia e hora marcada por razões de ordem, social, como: falta de transporte, impedimento por determinação do empregador, nojo (tchur), etc.;



. Antecipação de data e muitas vezes do horário de marcação de um exame ou consulta, acesso a um medicamento ou de preservativos (quando o usuário necessita viajar, ou quando tem compromisso inadiável que o impossibilite de comparecer na data prevista etc.);

. Adoção de providências em relação a transporte social e clínico para deslocamento de pacientes graves, argumentando para obter agilidade e liberação de ambulâncias.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA (NÍVEL SUPERIOR)

Locais ideais de trabalho: Centros de saúde dos tipos “A”, hospitais e centros especializados.

Requisitos obrigatórios:

- Graduação na área de Psicologia em estabelecimento de ensino superior, no período de 5 anos;
- Inscrição e situação regular perante a Ordem profissional e/ou Associação;

Competências necessárias para a atuação profissional, segundo o tipo de estabelecimento de saúde em que está colocado:

- Para os Centros de Saúde do tipo “A”, hospitais em geral e Centros Especializados:

Assistência baseada na psicoterapia breve focalizada.

- Abrangências: Enquadram-se nesta competência:
 - A humanização do ambiente hospitalar, para não ser percebida pelo paciente como privação de liberdade, afastamento do ambiente familiar e da roda dos amigos, do trabalho etc.;
 - O apoio ao paciente no sentido de encarar a hospitalização, em si, como positiva, de modo a conseguir ganhos que possam interferir positivamente no tratamento e na colaboração com a equipe multidisciplinar.

A internação, seja no UCI, ou na enfermaria, é um ambiente estranho ao ambiente familiar. Pode causar medo, ansiedade, impotência, frustração. O tratamento pode ser invasivo ou não. Se o paciente não entende o diagnóstico, a internação, não sabe lidar com essas situações – *a priori*, pode até mesmo desejar a morte, dificultando a adesão ao tratamento e interferindo negativamente no curso e na duração do tratamento.

Tríade de atuação:

- Abrangência: enquadram-se nesta competência:
 - Participação nas sessões de ocorrência e passagem de turno, demonstrando ser integrante da equipe. Por outro lado, facilita a tomada de conhecimento de novos casos e a troca com restantes profissionais de equipe; facilita passagem de casos e definição de casos prioritários e o acesso rápido ao prontuário dos casos prioritários.

Auxiliar na adaptação, intervindo na qualidade do processo de adaptação e recuperação do paciente internado.

- Abrangência: enquadram-se nesta competência
 - O acolhimento psicoemocional: ter uma percepção do paciente e familiar e/ou cuidador relativo ao *setting* hospitalar;
 - A atividade que tem por finalidade trabalhar com o paciente a questão de adoecimento, hospitalização e tratamento (que tem a ver com possíveis alterações emocionais e comportamentais voltadas ao contexto hospitalar);
 - A posição do Psicólogo como elo entre paciente e família ou cuidador; entre paciente e equipe multidisciplinar e entre família e equipe multidisciplinar.

Assistência psicoeducacional, com o paciente, os familiares e equipa multidisciplinar

- Abrangência: enquadram-se nesta competência

- A posição do Psicólogo como mediador entre equipe multidisciplinar, paciente e familiar. A equipa pode ter dificuldade em compreender a fragilidade do paciente, da família, quando certos comportamentos (tanto do paciente como de familiares) interferem negativamente no tratamento;
- Possível procedimento: trabalhar como mediador da percepção do paciente e familiar com a equipe assistencial. Explicar o plano terapêutico ou os cuidados paliativos adotados para o paciente e familiares é salutar;
- As ações de aclarar a demanda e promover a transferência. É muito comum a família esconder do paciente o diagnóstico, por achar que ele não vai aceitar ou entender. Esse comportamento constitui uma demanda do familiar e merece assistência do psicólogo. Pode acontecer que o paciente não deseje que os familiares conheçam o diagnóstico – neste caso, a demanda é do paciente e deve ser trabalhada com ele. Essa falta de comunicação entre o paciente e familiares deve ser trabalhada, respeitando ou compreendendo sempre o sujeito em questão.

GERENCIAMENTO DAS EQUIPAS ASSISTENCIAIS

Ajudar os profissionais a gerenciar o stress laboral

- Abrangência: enquadram-se nesta competência:
 - Gerenciar as equipas assistenciais;
 - Prestar consultorias ou “*djumbai*” aos profissionais sobre atos assistenciais;
 - Apoiar os profissionais ou técnicos no gerenciamento das emoções;
 - A quebra do sigilo com os membros da equipe se o paciente corre risco ou põe em risco a vida de outrem;
 - A consciência do que deve ser partilhado com membros da equipa, e que poderá ser útil para uma melhor tomada de decisão para o tratamento;
 - Elaborar relatórios, laudos e prontuários: são documentos que entre outras funções servem de comunicação com outros profissionais. Por isso demanda uma linguagem profissional, além da observação da ética profissional.



TERMO DE REFERÊNCIA PARA ENFERMEIROS NOS CENTROS DE SAÚDE “A”, “B” E “C”

Locais de trabalho: Centros de Saúde dos tipos “A”, “B” e “C”.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em enfermagem, seja em nível médio – técnico de curso geral ou nível superior, licenciado.
 - Na primeira circunstância, nível médio (técnico de curso geral), ser graduado, com período de formação igual ou superior a 3 anos.
 - Na segunda circunstância, licenciatura, ser graduado, com período de formação igual ou superior a 4 anos;
 - Apresentar Diploma de conclusão de curso de Enfermagem, acompanhado de curriculum ou *histórico escolar*;
 - Estar inscrito na Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau.

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

Nota:

De modo geral, as atribuições do enfermeiro podem ser enquadradas em três grandes áreas: administrativa, técnico-assistencial e ensino – educação;

Nas atribuições técnico-assistenciais, o profissional de Enfermagem pode exercer várias atividades essenciais nas estruturas de atendimento (hospital, centros de saúde e postos de saúde) auxiliando pacientes e médicos.

Uma das principais funções do enfermeiro é garantir uma qualidade de vida melhor aos pacientes e aos familiares. Os enfermeiros são os primeiros profissionais a entrar em contato com os doentes; confortam e amparam o paciente, atendendo as condições de cada um.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE DE TRABALHO

- **Prestar todos os serviços obrigatórios como:**
 - Realização de consultas de Enfermagem: atendimento, solicitação de exames complementares e prescrição de medicamentos autorizados pelo Ministério da Saúde para serem receitados pelos enfermeiros;
 - Supervisão e promoção de capacitação dos Agentes de Saúde Comunitários;
 - Gerenciar e planejar as ações das estruturas de Saúde de Atenção Primária, conforme necessidades de saúde da comunidade abrangida;
 - Promover atividades de conscientização e educação sanitária na comunidade e entre os membros da comunidade;
 - Encaminhar pacientes de risco aos serviços de maior complexidade e apresentar relatório a chefe de turno;

Participar ativamente nas:

- Ocorrências matinais e/ou seguimento dos pacientes;
- Participar nas apresentações de temas vocacionados com serviço;
- Contribuir com os demais colegas em seu local de trabalho ou de outras estruturas sanitárias, em ações de promoção da saúde, proteção e recuperação do paciente, assim como nas medidas de prevenção de doenças ou agravos.



TERMO DE REFERÊNCIA PARA ENFERMEIROS NOS HOSPITAIS

Local de trabalho: os hospitais.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em enfermagem, seja em nível médio – técnico de curso geral ou nível superior, licenciado.
 - Na primeira circunstância, nível médio (técnico de curso geral), ser graduado, com período de formação igual ou superior a 3 anos.
 - Na segunda circunstância, licenciatura, ser graduado, com período de formação igual ou superior a 4 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Enfermagem, acompanhado de curriculum ou *histórico escolar*;
- Estar inscrito na Ordem dos Enfermeiros da Guiné-Bissau.

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

Nota:

De modo geral, as atribuições do enfermeiro estão distribuídas em três grandes áreas: administrativa, técnico-assistencial e ensino – educação;

Nas atribuições técnico-assistenciais, o profissional de Enfermagem pode exercer várias atividades essenciais nas estruturas de atendimento (hospital, centros de saúde e postos de saúde) auxiliando pacientes e médicos.

Uma das principais funções do enfermeiro é garantir uma qualidade de vida melhor aos pacientes e aos familiares. Os enfermeiros são os primeiros profissionais a entrar em contato com os doentes; confortam e amparam o paciente, atendendo as condições de cada um.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE DE TRABALHO**Prestar todos os serviços obrigatórios como:**

- Procedimentos invasivos: cateterismos, punções, sondagens, intubações etc.;
- Supervisão e execução do tratamento médico: reportar ao médico a evolução do paciente (seja no pós-operatório ou em casos mais críticos), suas queixas e outras informações relevantes para que a conduta seja mantida ou alterada;
- Prevenção da infecção hospitalar: supervisionar e aplicar protocolos específicos;
- Atuação na saúde do trabalho: em conjunto com o médico do trabalho, zelar pela promoção e preservação da saúde dos funcionários;
- Atuação no centro cirúrgico: organizar a sala onde a operação será realizada e conferir se os instrumentos estão disponíveis. Durante a cirurgia, supervisionar os sinais vitais do paciente e administrar medicamentos, caso solicitado pelo médico;
- Seguir protocolos da área de especialização escolhida (Enfermagem oncológica, obstétrica, em centro cirúrgico, em urgência e emergência etc.)

Participar ativamente nas:

- Ocorrências matinais;
- Participar nas apresentações de temas vocacionados com serviço;
- Contribuir com os demais colegas em seu local de trabalho ou de outras estruturas sanitárias, em ações de promoção da saúde, proteção e recuperação do paciente, assim como nas medidas de prevenção de doenças ou agravos;
- Colaborar na prestação de cuidados diferenciados em meio hospitalar, sempre que solicitado;

TERMO DE REFERÊNCIA PARA CIRURGIÃO-DENTISTA

Locais de trabalho: atualmente, nos hospitais regionais e/ou hospitais de referência

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Cirurgia Dentária, com período de formação igual ou superior a 5 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso em Cirurgia Dentária, acompanhado de curriculum e *histórico escolar*;
- Estar inscrito na Ordem dos Médicos da Guiné-Bissau.

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

Atividades a serem desenvolvidas no ambiente de trabalho

- Prestar todos os serviços obrigatórios como:
- Atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento das anomalias e doenças dos dentes, da boca, maxilas e tecidos conexos;
- Realizar cirurgia sempre que a incisão seja intrabucal;
- Prescrever medicamentos, próteses e produtos sanitários relacionados com a área buco-dentária;

Participar ativamente nas:

- Ocorrências matinais;
- Visitas a pacientes graves ou críticos internados;
- Participar ativamente, sempre que solicitado, nas discussões dos casos com diagnóstico incerto e/ou raro;
- Participar, sempre que solicitado, nas discussões de casos para possível evacuação médica para o estrangeiro;
- Participar nas apresentações de temas vocacionados com o serviço, em cada trimestre;
- Encaminhar pacientes de risco aos serviços de maior complexidade para tratamento e/ou hospitalização;
- Colaborar na prestação de cuidados diferenciados em meio hospitalar, sempre que solicitado;
- Contribuir com os demais colegas em seu local de trabalho ou de outras estruturas sanitárias, em ações de promoção da saúde, proteção e recuperação do paciente, assim como nas medidas de prevenção de doenças ou agravos.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA MÉDICO DE CLÍNICA GERAL

Local de trabalho: nos Centros de Saúde do tipo “B”.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Medicina, com período de formação igual ou superior a 6 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Medicina, acompanhado de histórico escolar e plano de estudo;
- Estar inscrito na Ordem dos Médicos da Guiné-Bissau;

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE DE TRABALHO

Prestar todos os serviços obrigatórios, tais como:

- Visitas diárias aos doentes internados;
- Serviços de urgência (de acordo com a escala);
- Consultas externas (de acordo com a escala).
- Realizar todos os procedimentos médicos necessários ao primeiro atendimento;
- Prestar atendimento aos adultos e atendimento pediátrico em demandas espontâneas, cuja origem é variada e incerta;
- Realizar consultas e exames clínicos; solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados; emitir diagnóstico; prescrever tratamento; orientar os pacientes; aplicar recursos de medicina curativa e/ou preventiva;
- Responsabilizar-se integralmente pelo tratamento clínico dos pacientes;

- Encaminhar pacientes de risco aos serviços de maior complexidade, atendendo o grau da gravidade, respeitando os níveis de referência - CS “A”, hospital regional ou hospitais de referência para tratamento e/ou hospitalização;
- Prestar assistência direta aos pacientes na ambulância, realizar atos médicos possíveis e necessário até a sua receção por outro médico;
- Fazer uso, quando necessário, de todos os recursos e equipamentos disponíveis na estrutura para recuperação do paciente;
- Fazer controlo de qualidade do serviço nos aspetos inerentes à sua profissão;
- Colaborar com as autoridades sanitárias.

Participar ativamente nas atividades de:

- Promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Discussão de óbitos, de acordo com a organização funcional do serviço;
- Apresentação de temas vocacionados com o serviço;

TERMO DE REFERÊNCIA PARA MÉDICO DE CLÍNICA GERAL

Local de trabalho: nos Centros de Saúde do tipo “C”.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Medicina, com período de formação igual ou superior a 6 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Medicina, acompanhado de histórico escolar e plano de estudo;
- Estar inscrito na Ordem dos Médicos da Guiné-Bissau;

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho
- e com os pacientes;

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE DE TRABALHO

Prestar todos os serviços obrigatórios, tais como:

- Consultas externas;
- Atendimentos de urgência e por chamada;
- Realizar consultas e exames clínicos; solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados; emitir diagnóstico; prescrever tratamento; orientar os pacientes, aplicar recursos de medicina curativa e/ou preventiva;
- Responsabilizar-se integralmente pelo tratamento clínico dos pacientes;
- Encaminhar pacientes de risco aos serviços de maior complexidade, atendendo o grau da gravidade, respeitando os níveis de referência, para CS tipo “B”; CS tipo “A”; hospital regional ou hospitais de referência para tratamento e/ou hospitalização;

- Prestar assistência direta aos pacientes na ambulância; realizar atos médicos possíveis e necessário até a sua receção por outro médico;
- Fazer uso, quando necessário, de todos os recursos e equipamentos disponíveis na estrutura para recuperação do paciente;
- Fazer controlo de qualidade do serviço nos aspetos inerentes à sua profissão;
- Colaborar com as autoridades sanitárias;
- Praticar todas as ações médicas oferecidas nos CS do tipo “C”.

Participar ativamente nas atividades de:

- Promoção da saúde e prevenção de doenças;
- Discussão de óbitos, de acordo com a organização funcional do serviço;
- Apresentação de temas vocacionados com o serviço;

TERMO DE REFERÊNCIA PARA MÉDICO DE CLÍNICA GERAL

Locais de trabalho: nos Centros de Saúde do tipo “A” e hospitais regionais.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Medicina, com período de formação igual ou superior a 6 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Medicina, acompanhado de curriculum, histórico escolar e plano de estudo;
- Estar inscrito na Ordem dos Médicos da Guiné-Bissau

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE DE TRABALHO

- Prestar todos os serviços obrigatórios:
 - Visitas diárias aos doentes internados;
 - Prestar serviços de urgência (de acordo com a escala);
 - Consulta externa (de acordo com a escala).
- Realizar todos os procedimentos médicos necessários ao primeiro atendimento;
- Prestar atendimento aos adultos e atendimento pediátrico em demandas espontâneas, cuja origem é variada e incerta;
- Realizar consultas, exames clínicos, solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados, emitir diagnóstico, prescrever tratamento, orientar os pacientes, aplicar recursos de medicina curativa e/ou preventiva.
- Responsabilizar-se integralmente pelo tratamento clínico dos pacientes;
- Fazer uso, quando necessário, de todos os recursos e equipamentos disponíveis na estrutura, visando à recuperação do paciente;
- Receber e analisar os relatórios correspondentes à intervenção do serviço referente;
- Fazer controlo de qualidade do serviço nos aspetos inerentes à sua profissão;

Participar ativamente em:

- Ocorrências matinais;
- Visitas coletivas a pacientes graves ou críticos internados; pacientes com diagnóstico incerto; pacientes com diagnóstico raro;
- Discussões de casos para possível evacuação médica para o estrangeiro;
- Discussões de óbitos, de acordo com a organização funcional do serviço;
- Apresentação de temas vocacionados com serviço;
- Encaminhar pacientes de risco aos serviços de maior complexidade para tratamento e/ou hospitalização;
- Contatar o hospital de referência, garantindo a continuidade de atenção médica ao paciente grave ou crítico necessitando de cuidados diferenciados, até a sua receção por outro médico no serviço de urgência, ou na remoção e transporte do paciente crítico de nível intermediário (regional) para Centro de referência ou cuidado terciário (HNSM);
- Prestar assistência direta aos pacientes na ambulância, realizar atos médicos possíveis e necessários até a sua receção por outro médico;
- Colaborar na prestação de cuidados diferenciados em meio hospitalar, sempre que solicitado por um especialista;
- Colaborar com as autoridades sanitárias naquilo que estiver a seu alcance;
- Contribuir com os demais colegas em seu local de trabalho, ou de outras unidades sanitárias, em ações de promoção da saúde, proteção e recuperação do paciente, assim como nas medidas de prevenção de doenças ou agravos.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA MÉDICO DE CLÍNICA GERAL DO HOSPITAL NACIONAL

Local de trabalho: Hospital Nacional Simão Mendes

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Medicina, com período de formação igual ou superior a 6 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Medicina, acompanhado de histórico escolar e plano de estudo;
- Estar inscrito na Ordem dos Médicos da Guiné-Bissau;

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

Atividades a serem desenvolvidas no ambiente de trabalho:

- Prestar todos os serviços obrigatórios:
 - Visitas diárias aos doentes internados;
 - Serviços de urgência (de acordo com a escala);
 - Consultas externas (de acordo com a escala).
- Realizar todos os procedimentos médicos necessários e que estejam a seu alcance;
- Prestar atendimento aos adultos e atendimento pediátrico em demandas espontâneas, cuja origem é variada e incerta;
- Realizar consultas, exames clínicos, solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados, emitir diagnóstico, prescrever tratamento, orientar os pacientes, aplicar recursos de medicina curativa e/ou preventiva.
- Responsabilizar-se integralmente pelo tratamento clínico dos pacientes;
- Fazer uso, quando necessário, de todos os recursos e equipamentos disponíveis na estrutura, visando à recuperação do paciente;
- Receber e analisar os relatórios correspondentes à intervenção do serviço referente;
- Fazer controlo de qualidade do serviço nos aspetos inerentes à sua profissão;

Participar ativamente em:

- Ocorrências matinais;
- Visitas coletivas a pacientes graves ou críticos internados; pacientes com diagnóstico incerto; pacientes com diagnóstico raro;
- Discussões de casos para possível evacuação médica para o estrangeiro;
- Discussões de óbitos de acordo com a organização funcional do serviço;
- Apresentação de temas vocacionados com serviço;
- Prestar assistência direta aos pacientes na ambulância, realizar atos médicos possíveis e necessários até a sua receção por outro médico;
- Colaborar na prestação de cuidados diferenciados em meio hospitalar, sempre que solicitado por especialista;
- Colaborar com as autoridades sanitárias naquilo que estiver a seu alcance;
- Contribuir com os demais colegas em seu local de trabalho, ou de outras estruturas sanitárias, em ações de promoção da saúde, proteção e recuperação do paciente, assim como nas medidas de prevenção de doenças ou agravos;
- Emitir parecer sobre a necessidade de evacuação do paciente para serviços no estrangeiro.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM SAÚDE PÚBLICA

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Medicina, com período de formação igual ou superior a 6 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Medicina, acompanhado de curriculum e histórico escolar;
- Ter certificado de conclusão de especialidade em saúde pública em instituição habilitada para tal, do país em que tal curso for realizado, acompanhado do histórico, carga horária e plano de estudo;
- Estar inscrito na Ordem dos Médicos da Guiné-Bissau

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

Nota:

Possíveis locais para o exercício profissional

O médico especialista em saúde pública pode exercer o seu perfil profissional em serviços operacionais de saúde, tais como: Centros de Saúde, hospitais (particularmente em atividades ligadas à administração de saúde – no perfil de saúde da população utilizadora daquela estrutura; no planeamento de atividades, rastreios, na vigilância e controlo de riscos específicos à comunidade hospitalar etc.); na investigação e formação em saúde pública. E, também, nos Serviços de Oncologia, Serviços de Sangue e de Transplante; na Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde; e ainda na administração de saúde (nível central e regional - DRS), no serviço vocacionado para o ensino da saúde pública e da epidemiologia de instituições de ensino do ensino superior ou similar.

Em suma: pelos conhecimentos e competências na área da administração da saúde, o especialista em saúde pública adequa-se à gestão de serviços de saúde.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE DE TRABALHO

Prestar todos os serviços obrigatórios como:

- Elaboração do diagnóstico de saúde de uma população nas suas dimensões básicas: medição dos problemas de saúde; aferição, medição e análise de fatores determinantes da saúde; identificação das necessidades de saúde;
- Elaboração de prognósticos de saúde de uma população através da identificação das consequências dos problemas de saúde, designadamente pelo cálculo de tendências ou de projeções;
- Monitorização do estado de saúde de uma população e seus determinantes;
- Elaboração de relatórios técnicos para comunicação da informação de saúde analisada;
- Elaboração de planos de contingência em emergências de saúde pública;
- Elaboração e apresentação de candidaturas a financiamento de projetos de intervenção em saúde, incluindo a definição e operacionalização dos respetivos termos de referência;
- Análise de risco, a gestão de risco, e a comunicação de risco no contexto da vigilância epidemiológica de doenças (correntes ou emergentes) e de fatores de risco;
- Vigilância epidemiológica e a investigação epidemiológica de casos e surtos de doenças transmissíveis correntes (evitáveis pela vacinação; de notificação obrigatória) ou emergentes, e a aplicação das respetivas medidas de prevenção e controlo;
- Estudo de outras doenças ou fenómenos que, pela sua dimensão ou transcendência, possam ser considerados problemas de saúde pública;
- Responsabilização global (a nível dos serviços de saúde pública locais, regionais ou nacionais) pelo Programa Nacional de Vacinação;
- Elaboração de relatórios de recomendações corretivas e/ou manuais de melhoria da qualidade decorrentes dos resultados da auditoria;
- Desenhar e conduzir uma investigação epidemiológica, de tipo descritivo ou explicativo, que acrescente conhecimento a doenças, problemas ou outros fenómenos de saúde;
- Avaliação de sistemas de vigilância epidemiológica;
- Desenhar e conduzir uma investigação de serviços de saúde;
- Cumprimento das normas e procedimentos conducentes à publicação de investigação;

- Capacidade para saber apreciar criticamente a literatura científica publicada na área biomédica;
- Análise e transferência de dados de apoio ao processo de planeamento dos serviços de saúde e à sua contratualização (Centros de Saúde, Hospitais; e respetivos departamentos, serviços e unidades funcionais);
- Colaboração entre instituições, departamentos e serviços de nível internacional, nacional, regional e local no âmbito da vigilância epidemiológica de doenças correntes ou emergentes e de outros fenómenos com interesse em Saúde Global e Saúde Pública;
- Utilização de informação em saúde (designadamente diagnósticos e prognósticos de saúde) para influenciar as políticas de saúde nacionais, regionais e, eventualmente, locais;
- Dinamizar o estabelecimento de parcerias com as instituições (de nível local, regional ou nacional) da comunidade, cuja atividade seja relevante para a saúde.

Participar ativamente em:

- Atividades que têm por finalidade garantir, em nome do Estado, o cumprimento do Regulamento Sanitário Internacional;
- Atividades específicas tendentes a informar e/ou capacitar o público em geral (ou grupos específicos desse público) sobre comportamentos que podem proteger ou promover o seu estado de saúde;
- Melhoria dos sistemas informáticos de informação de saúde existentes, designadamente na criação ou adequação de indicadores de saúde;
- Divulgação pública de informação respeitante ao curso de fenómenos de saúde que possam colocar em risco a saúde da população, bem como a divulgação apropriada de medidas tendo em vista o seu controlo ou mitigação;
- Seleção de estratégias de intervenção; a fixação de objetivos de saúde, e de objetivos operacionais; a identificação de intervenções adequadas ao alcance dos objetivos fixados; a identificação das necessidades de serviços e de recursos de saúde; a orçamentação de programas de

intervenção; e a elaboração de planos de implementação e de planos de avaliação.

- Gestão de programas e projetos dirigidos à defesa, proteção, ou promoção da saúde da população;
- Organização e gestão de atividades dirigidas à defesa da saúde de grupos populacionais em trânsito.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS

Locais de trabalho: Hospitais; Centros Especializados e Hospital Nacional Simão Mendes.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Medicina, com período de formação igual ou superior a 6 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Medicina, acompanhado de curriculum, histórico escolar e plano de estudo;
- Apresentar certificado de conclusão de especialidade médica em instituição habilitada para tal, no país em que tal curso for realizado, acompanhado do histórico, carga horária e plano de estudo;
- Estar inscrito na Ordem dos Médicos da Guiné-Bissau;

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;
- Manter-se atualizado, através da participação em cursos presenciais ou à distância; da leitura de periódicos médicos e da participação em eventos científicos.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE DE TRABALHO

- Prestar todos os serviços obrigatórios atinentes à sua especialidade:
 - Visitas diárias aos doentes internados;
 - Serviços de urgência (de acordo com a escala);
 - Consulta externa (de acordo com a escala);
- Realizar todos os procedimentos médicos necessários ao primeiro atendimento, quando for o caso;
- Prestar atendimento aos adultos e atendimento pediátrico quando solicitado;
- Realizar consultas, exames clínicos, solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados, emitir diagnóstico, prescrever tratamento, orientar os pacientes, aplicar recursos de medicina curativa e/ou preventiva, dentro de sua área de especialização;
- Responsabilizar-se integralmente pelo tratamento clínico dos pacientes sob seus cuidados;

- Fazer uso, quando necessário, de todos os recursos e equipamentos disponíveis na estrutura, visando à recuperação do paciente;
- Receber e analisar os relatórios correspondentes à intervenção do serviço referente;
- Fazer controlo de qualidade do serviço nos aspetos inerentes à sua atuação de médico especialista;
- Participar ativamente nas:
 - Ocorrências matinais;
 - Visitas coletivas a pacientes graves ou críticos internados sob sua responsabilidade; pacientes com diagnóstico incerto; pacientes com diagnóstico raro;
 - Discussões de casos para possível evacuação médica, para o estrangeiro;
 - Discussões de óbitos de acordo com a organização funcional do serviço;
 - Apresentação de temas vocacionados com serviço;
 - Encaminhar pacientes de risco a outros serviços ou especialidades requeridas;
 - Contatar o hospital de referência, garantindo a continuidade de atenção médica ao paciente grave ou crítico necessitando de cuidados diferenciados, até a sua receção por outro médico no serviço de urgência, ou na remoção e transporte do paciente crítico de nível intermediário (regional) para Centro de referência ou cuidado terciário (HNSM), quando for o caso;
 - Realizar atos médicos possíveis e necessários até a sua receção por outro médico, quando for o caso;
 - Colaborar na prestação de cuidados diferenciados em meio hospitalar, sempre que solicitado por outro colega;
 - Emitir parecer de sua especialidade, com a máxima brevidade, sempre que solicitado por um colega de outra área de atuação médica;
 - Colaborar com as autoridades sanitárias naquilo que estiver a seu alcance;
 - Contribuir com os demais colegas em seu local de trabalho ou de outras unidades sanitárias, em ações de promoção da saúde, proteção e recuperação do paciente, assim como nas medidas de prevenção de doenças ou agravos.

TERMO DE REFERÊNCIA PARA MÉDICO ESPECIALISTA EM MEDICINA GERAL INTEGRADA - MGI

Locais de trabalho: Centros de Saúde e hospitais.

Requisitos indispensáveis:

- Ser graduado em Medicina, com período de formação igual ou superior a 6 anos;
- Ter pós-graduação em Medicina Geral Integrada (MGI), com período de formação igual ou superior a 2 anos;
- Apresentar Diploma de conclusão de curso de Medicina e de Medicina Geral Integrada, acompanhado de curriculum, histórico escolar e plano de estudos;
- Estar inscrito na Ordem dos Médicos da Guiné-Bissau

Compromissos:

- Ter disponibilidade para cumprir a carga horária determinada;
- Ter assiduidade e pontualidade no desempenho de suas atividades;
- Relacionar-se com respeito e urbanidade com a equipa de saúde no local de trabalho e com os pacientes;

HABILIDADES GERAIS

O modelo ético-humanístico estrutural da formação em MGI habilita o especialista em MGI a executar 5 funções, tais como: Assistência Médica Integral; Ensino-Educação das ciências de saúde; Gestão de saúde; Pesquisa em saúde e Atividades Especiais (gerência de catástrofes, guerras e situações semelhantes) todas interligadas em um sistema, na qual a função regente é a Assistência Médica Integral.

RESPONSABILIDADES

Tem responsabilidades direta no cuidado clínico integral do indivíduo, família, comunidade, grupos e coletivos da área de atuação e estar preparado para identificar quaisquer riscos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS NO AMBIENTE DE TRABALHO HOSPITALAR

- Prestar todos os serviços obrigatórios como:
 - Visitas diárias aos doentes internados;
 - Serviços de urgência (de acordo com a escala);
 - Consulta externa (de acordo com a escala).
- Realizar todos os procedimentos médicos necessários ao primeiro atendimento;
- Prestar atendimento aos adultos e atendimento pediátrico em demandas espontâneas, cuja origem é variada e incerta;
- Realizar consultas, exames clínicos, solicitar exames subsidiários, analisar e interpretar seus resultados, emitir diagnóstico, prescrever tratamento, orientar os pacientes, aplicar recursos de medicina curativa e/ou preventiva;
- Responsabilizar-se integralmente pelo tratamento clínico dos pacientes;
- Fazer uso, quando necessário, de todos os recursos e equipamentos disponíveis na estrutura, visando à recuperação do paciente;
- Receber e analisar os relatórios correspondentes à intervenção do serviço referente;
- Consultar outras especialidades, de acordo com o nível de complexidade do problema do paciente e de familiares;
- Encaminhar pacientes de risco aos serviços de maior complexidade para tratamento e/ou hospitalização
- Prestar assistência direta aos pacientes na ambulância, realizar atos médicos possíveis e necessários até a sua receção por outro médico;
- Colaborar na prestação de cuidados diferenciados em meio hospitalar, sempre que solicitado por especialista;
- Contatar o hospital de referência, garantindo a continuidade de atenção médica ao paciente grave ou crítico necessitando de cuidados diferenciados, até a sua receção por outro médico no serviço de urgência, ou na remoção e transporte do paciente crítico de nível intermediário (regional) para Centro de referência ou cuidado terciário (HNSM);

Participar ativamente:

- Nas ocorrências matinais;
- Nas visitas coletivas a pacientes graves ou críticos internados; pacientes com diagnóstico incerto; pacientes com diagnóstico raro;
- Nas discussões de casos para possível evacuação médica, para o estrangeiro;
- Nas discussões de óbitos de acordo com a organização funcional do serviço;
- Na apresentação de temas vocacionados com serviço;
 - Na assimilação do estado de saúde da população, em especial a da área de atuação, a fim de conhecer, promover e reforçar comportamentos positivos que melhorem a saúde e bem-estar da comunidade, podendo para tal implicar as organizações sociais, estatais, ONGs e a comunidade na identificação de riscos para saúde, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e ações de reabilitação;
 - Na identificação de riscos à saúde individual e coletiva, produzindo para tal, em estreita articulação com organizações sociais, comunidade e estatais, ações de saúde tais como: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e ações de reabilitação;
 - No controlo de qualidade do serviço nos aspetos inerentes à sua profissão;
 - Na realização de ações de promoção da saúde para alcançar mudanças positivas nos conhecimentos, hábitos de vida e costumes higiénico-sanitários da população.

NOTA TÉCNICA

Colaboraram no processo de redação as seguintes personalidades Issis Ferreira (Bastonário Ordem dos Médicos); Marciano Natak (Sindicato dos Médicos); Finhamba Quessangue Silva (Associação dos Psicólogos); Abimite Adozinda Tomé Cá (Imagiologia); Renato (Sindicato dos Médicos); Joana Inácia Gomes (Deputada); Dionísio Pereira (Deputado); Idrisa Biai (Ordem dos Farmacêuticos); Bety Có (Associação das Parteiras); Titina Lopes Gomes (Associação das Parteiras); Joanelha Simões Pereira (Associação das Parteiras); Joana Semedo Cabral (Associação das Parteiras); Signeia (Ordem dos Enfermeiros) Nito Indi (Sindicato Enfermeiro); Zeferina Gomes da Costa (Ordem dos Farmacêuticos).

Documento elaborado no âmbito da implementação do Projeto IANDA Guiné Saúde, entre novembro de 2021 e junho de 2023, tendo enfrentado as dificuldades próprias do período pandémico da Covid19.

Agradece-se ao coordenador geral do Projeto IANDA Guiné Saúde, Van Hanegem Moreira (Vany Moreira); à equipa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/NOVA) que integrou esta ação, concretamente à consultora nacional Clotilde Neves, e ao consultor internacional Fernando Cupertino. O processo de elaboração decorreu sob a coordenação técnica do consultor internacional Fernando Cupertino.

Os trabalhos decorreram em estreita consonância e participação dos atores guineenses, sublinhando-se o elevado grau de interesse e envolvimento dos funcionários do MINSAP, desde o nível central até às estruturas regionais e locais.



**Ianda
Guiné!**
Saudi

República da
Guiné-Bissau



Ministério da
União Europeia



Ministério da
Cultura
Ação Cultural financiada e
gerida pelo Camões



FUNDAÇÃO
CALOUSTE
GULBENKIAN

Ação Cultural financiada pela Fun-
dação Calouste Gulbenkian