



MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA

POLÍTICA NACIONAL DA SAÚDE

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
DECLARAÇÃO SOBRE A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

I.- INTRODUÇÃO

A situação sanitária está subordinada à crise económica e financeira que o país atravessa e ao programa de reajustamento estrutural que o Governo implementa conjuntamente com organismos de cooperação multilateral e bilateral com vista a estabilizar a economia.

Os problemas de saúde pública predominantes continuam a ser o paludismo, doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, a tuberculose, a lepra, a oncocercose, a bilharziose, o sarampo, a malnutrição e o tétano neonatal. A pandemia da SIDA tem-se revelado preocupante entre as doenças transmitidas sexualmente. Os principais indicadores que caracterizam a situação sanitária do país são:

- Mortalidade infantil: 140/1000 nados vivos;
- Mortalidade materna: 914/100 000 nados vivos;
- Cobertura vacinal dos 12 aos 23 anos:
 - BCG 94%
 - DTP3 54%
 - Pólio 54%
 - Sarampo 65%
 - TT2 38,8%
- Esperança de vida à nascença: 47,1 anos
- Cobertura da população com água potável: 22,5%
- Saneamento: 30% no meio urbano
18% no meio rural

A agricultura constitui a componente essencial da economia nacional e representa cerca de ¾ das receitas de exportação e emprega cerca de 80% da população activa do país; os outros principais sectores da produção são as pescas e a silvicultura. Os sectores sociais são em grande parte dependentes da cooperação externa. Por exemplo o sector da saúde é financiado em cerca de 90% pela cooperação multi e bilateral. A contribuição do orçamento geral do Estado para o sector da saúde é cerca de 8% em 1992, apesar da prioridade atribuída a este importante sector.

Os princípios directores da política nacional de saúde baseiam-se nos cuidados primários de saúde, tendo como objectivo a saúde para todos os guineenses. O reforço do sistema nacional de saúde a nível central, regional e local; a descentralização do serviço nacional de saúde; o reforço da capacidade de gestão dos serviços, programas e unidades de saúde; o recenseamento e redistribuição criteriosa do pessoal; as actividades de formação e superação técnico-profissional contínuas; a reabilitação e equipamento das infra-estruturas sanitárias; o fornecimento, a gestão e o uso racional dos medicamentos essenciais; a participação comunitária e a mobilização de recursos internos e externos, constituem os elementos essenciais da política de desenvolvimento sanitário até ao ano 2000.

II.- POLÍTICA DO SECTOR DA SAÚDE

A política do sector da saúde é parte integrante da política do Governo em termos do desenvolvimento socioeconómico global do país. Neste contexto, o objectivo é a implementação das componentes essenciais dos cuidados primários de saúde em todo o território nacional. A estratégia principal assenta no reforço do sistema nacional de saúde, bem articulado entre os níveis central, regional e local, com estruturas e instituições funcionantes, utilizando conhecimentos científicos e tecnologias apropriadas e respondendo às necessidades da população em termos de cuidados da saúde preventiva e curativa; a colaboração intersectorial constitui neste âmbito, um aspecto de capital importância.

A capacidade do sector no domínio da recolha, análise e utilização das informações sanitárias, terá que ser reforçada a fim de criar uma base adequada para a gestão dos programas e serviços de saúde. O reforço da capacidade de gestão a nível central, regional e local permitirá melhorar a elaboração, a execução, o acompanhamento e a avaliação da política nacional de saúde, plano estratégico de desenvolvimento sanitário, planos de acção anuais e planos operacionais das regiões sanitárias do país, com vista a alcançar o objectivo da “saúde para todos”.

A investigação no sector da saúde deverá desenvolver um papel mais efectivo no desenvolvimento do sistema nacional de saúde, e em especial a nível operacional, visando identificar as abordagens, as estratégias e as tecnologias apropriadas ao contexto geográfico, económico e sociocultural da Guiné-Bissau. A valorização dos aspectos positivos da medicina e farmacopéia tradicionais da Guiné-Bissau é igualmente tida em conta no contexto da política nacional de saúde.

No quadro da revisão do seu plano estratégico de desenvolvimento sanitário em 1991, o Governo traçou os seguintes objectivos operacionais até 1996:

1. Descentralizar os serviços de saúde, reforçar as instituições sanitárias, restaurar e equipar as estruturas sanitárias a nível regional e local, garantindo para estes níveis a afectação preferencial de recursos;
2. Introduzir o processo de gestão para o desenvolvimento sanitário em todas as Regiões e reforçar o funcionamento do sistema de saúde em 80% dos sectores administrativos do país;
3. Desenvolver um programa de formação e reciclagem de pessoal, bem como corrigir as distorções existentes na distribuição do pessoal, tendo em conta as necessidades específicas e os objectivos gerais do sector;
4. Criar e implementar um sistema de incentivos que permitirá estimular a retenção de quadros nas zonas rurais com especial relevância para as zonas de maior isolamento relativamente capital;
5. Reforçar a coordenação dos diferentes elementos do sistema nacional de saúde a nível central e integrar as actividades dos cuidados primários de saúde a nível local;
6. Desenvolver um sistema nacional de informação sanitária, incluindo a vigilância epidemiológica;
7. Conceder prioridade absoluta aos programas de saúde Materno-Infantil, inclusive o Planeamento Familiar, Abastecimento de Água Potável e Saneamento do Meio Ambiente, e a Prevenção e Controle das Doenças; promover mecanismos de colaboração intersectorial para o desenvolvimento sanitário;
8. Desenvolver o sector privado da medicina sem detrimento do sector publico;
9. Elaborar um estudo actualizado sobre o financiamento dos serviços de saúde; determinar os custos dos serviços médicos prestados nas instituições hospitalares, definir e aplicar uma estratégia de recuperação de custos; expandir a Iniciativa de Bamako no quadro da política nacional de medicamentos a todas as regiões do país;
10. Reforçar a coordenação entre as diferentes agencias de cooperação no domínio da saúde com vista a optimizar a assistência técnica e financeira; aumentar progressivamente o orçamento do Estado para o sector da saúde;
11. Produzir legislação sanitária de suporte à execução da política de saúde;
12. Prestar uma atenção especial à saúde mental, saúde escolar e saúde buco-dentária no quadro dos cuidados primários de saúde;
13. Desenvolver com o concurso dos organismos afins, um sistema de alerta e de intervenção em caso de catástrofe, assegurando os recursos materiais e humanos para a medicina de urgência em situação de catástrofe;

14. Reorientar e melhorar a coordenação dos escassos recursos disponíveis para a investigação em saúde pública, devendo as diferentes iniciativas dispersas, concentrarem-se numa instituição nacional de investigação em saúde pública;
15. Estabelecer os mecanismos de coordenação das actividades de informação, educação e comunicação entre os programas de saúde e promover a colaboração intersectorial neste domínio;
16. Desenvolver uma política de reabilitação e manutenção de infra-estruturas e equipamentos, para o que será necessário criar uma capacidade técnica ao nível central e regional com possibilidades de intervenção em todas as unidades sanitárias do país. Este plano permitirá sem a melhoria da prestação dos cuidados de saúde.

III.- PROGRAMAS PRIORITARIOS

1. Saúde Materno-Infantil/Planeamento Familiar (SMI/PF)

Este programa tem o objectivo de promover a melhoria progressiva da saúde da mãe e da criança, considerados como indivíduos, membros da família e membros da comunidade, graças à execução de actividades integradas de SMI/PF a todos os níveis. Concretamente através deste programa, pretende-se até ao ano 2000, reduzir de 30% a actual taxa de mortalidade infantil, e para 50% a actual taxa de mortalidade materna. Este programa terá como principais estratégias:

- a) Coordenação ao nível central, entre os diferentes intervenientes na gestão e financiamento;
- b) Elaboração de planos operacionais para cada Região, integrados nas actividades dos cuidados primários de saúde e com envolvimento activo da comunidade;
- c) Elaboração, revisão e divulgação de normas técnicas e de gestão do programa, através de seminários, reuniões ou visitas de supervisão junto do pessoal de SMI nos centros materno-infantis, maternidades e centros de saúde;
- d) Supervisão e avaliação dos planos operacionais a nível dos sectores sanitários, incluindo a selecção, reciclagem, supervisão e apoio às parteiras tradicionais ou matronas.

As iniciativas de maternidades sem risco e de actividades para a sobrevivência infantil, serão encorajadas nas comunidades onde o sistema de saúde conte com o mínimo de elementos para o seu funcionamento. Este programa-maior e prioritário terá como principais componentes os seguintes:

- Cuidados de Saúde Pré-natal e durante o parto;
- Programa Alargado de Vacinação;
- Programa de Alimentação e Nutrição adequadas;
- Prevenção e controle das Doenças Diarréicas Agudas;
- Prevenção e controle das Doenças Respiratórias;
- Planeamento Familiar;
- Informação e Educação para a saúde nas escolas;
- Controle do crescimento dos 0 aos 12 meses.

Eis os objectivos até ao ano 2000:

- Reduzir a mortalidade infantil de 140/1000 n.v. a 98/1000 n.v.;
- Reduzir a mortalidade materna de 914/100 000 n.v. a 475/100 000 n.v.;
- Promover o espaçamento dos nascimentos de pelo menos 2 anos, atingindo 70% a cobertura das novas mães;
- Elevar para 70% a cobertura de cuidados pré-natais até ao termo da gravidez;
- Promover o parto institucional ou assistido por técnicos de saúde, de 10% para 50%;
- Reduzir a prevalência de malnutrição calórico-protéica moderada de 40% a 20% e eliminar a prevalência actual (2,4%) de malnutrição severa;
- Reduzir em 50% a taxa de mortalidade por diarreia em crianças abaixo dos 5 anos de idade;
- Fornecer sais de rehidratação oral a 80% das crianças menores de 5 anos de idade com doenças diarréicas;
- Analisar os factores de risco das Doenças Respiratórias Agudas e desenvolver em consequência, uma estratégia de luta com vista a reduzir para 50% a mortalidade actual de doenças respiratórias agudas;
- Aumentar a cobertura vacinal (PAV) de 60% a 90% e da mulher em idade fértil de 43,8% a 70%;
- Erradicar a poliomielite e eliminar o tétano neonatal;
- Promover a realização de actividades de IEC (informação, educação e comunicação), baseadas nas directivas técnicas da OMS e tendo em conta o contexto sociocultural do país.

2. Abastecimento de Água Potável e Saneamento do Meio Ambiente

As doenças ligadas às carências no abastecimento de água potável e saneamento do meio, figuram entre os principais motivos de consultas nos centros de saúde, dispensários e hospitais do país. Estas doenças de transmissão hídrica e outras resultantes do meio ambiente insalubre, para além de constituírem um problema de saúde, têm efeitos sobre a economia dado os longos períodos de incapacidade laboral que acarretam muitas vezes. Neste contexto, o abastecimento de água potável e saneamento do meio ambiente é considerado como parte integrante da medicina preventiva. A fim de aumentar a cobertura dos serviços e melhorar a saúde da população, o Ministério da Saúde Pública baseia a sua estratégia principal sobre a colaboração intersectorial com os Ministérios das Obras Públicas, dos Recursos Naturais, do Desenvolvimento Rural e Agricultura, a Secretaria de Estado do Turismo, a Câmara Municipal de Bissau e os Comitês de Estado das Regiões.

Os dados disponíveis indicam que a cobertura dos serviços de abastecimento em água nas zonas urbanas é de 48% e para o saneamento apenas 30%. Nas zonas rurais temos 18% para o abastecimento de água e 19% para o saneamento. Considerando que a última avaliação sobre a cobertura de serviços foi feita há mais de 10 anos, o Ministério da Saúde Pública prioriza uma nova avaliação nacional para actualização dos actuais indicadores.

Tendo em conta os resultados da avaliação, o Ministério da Saúde Pública aponta como prioridades e objectivos até ao ano 2000 os seguintes:

- Desenvolver o Departamento de Higiene e Saneamento, reforçando a sua capacidade institucional e competências através da formação de pessoal e abastecimento técnico-material e assegurar a descentralização de referido departamento;
- Aumentar de 30% o saneamento no meio rural e na periferia de Bissau e no meio urbano de 40%;
- Aumentar de 100% o abastecimento em água potável no meio urbano e rural;
- Tornar operacional o controle da qualidade da água para consumo humano nas zonas urbanas e rurais, visando uma cobertura mínima de 30%;
- Abastecer com água potável 50% dos centros de saúde utilizando a energia solar;
- Intensificar as actividades de informação e educação das populações sobre o uso e consumo da água, saneamento e protecção do meio ambiente.

3. Prevenção e Controle das Doenças

3.1. Prevenção e Controle do Paludismo

O paludismo é a principal causa de mortalidade e morbidade geral no país, e um dos principais responsáveis pelas elevadas taxas de mortalidade infantil e materna. O maior número de casos de absentismo no trabalho e nas escolas é igualmente imputável a esta doença. Os dados epidemiológicos disponíveis não são contudo fiáveis nem sequer indicativos da magnitude do problema; contudo, uma ideia geral se pode tirar dos dados do Serviço de Pediatria do Hospital Nacional Simão Mendes que durante o ano de 1991, internou 3.060 crianças com paludismo, 300 das quais faleceram, o que reflecte um elevado índice de letalidade, cerca de 10%.

Também se atribui ao paludismo o baixo peso à nascença cuja estimativa média para ambos os sexos é de 12,4%. Com a assistência técnica da OMS, o Governo elaborou um projecto de Plano de Acção Anti-Palúdica com horizonte temporal até 1997, orçamentado em USD\$ 3.500.000,00. Este plano de acção em processo de aprovação pelo Governo, será posteriormente submetido a doadores.

Objectivos:

- Aumentar para 100% de cobertura e melhorar a acessibilidade das populações ao diagnóstico e tratamento precoce e correcto, no quadro dos cuidados primários de saúde;
- Reduzir os casos graves e complicados de paludismo, assim como as elevadas taxas de mortalidade pela doença, em especial no grupo etário do 0 aos 5 anos e nas grávidas;
- Formar ou reciclar o pessoal técnico dos centros de saúde, sobre os métodos de diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento e vigilância epidemiológica, incluindo os casos de fármaco-resistência.

3.2. Luta contra a Tuberculose e a Lepra

A tuberculose é uma das principais causas de mortalidade no país. O número de casos notificados aumentou de 752 em 1987 para 1 246 em 1991. O país dispõe desde 1980 de um Programa de Luta contra a Tuberculose e a Lepra que funciona sob supervisão e apoio do nível central. Este programa tem como objectivos gerais:

- a) Reduzir o sofrimento humano e prevenir a morte e a incapacidade causadas pela tuberculose;
- b) Deter a transmissão da tuberculose e da lepra e reduzir significativamente os problemas sociais que as originam;
- c) Aumentar a capacidade de rastreio, tratamento e acompanhamento dos casos em 70% dos centros de saúde;
- d) Reduzir a taxa de abandono do tratamento para menos de 25%;
- e) Alargar a cobertura dos serviços a nível dos centros de saúde para 70%.

A infecção por VIH constitui factor de risco, pois, um estudo sobre a prevalência do VIH em doentes tuberculosos realizado pelo Programa Nacional de TUB/LEP, demonstrou que cerca de 20% destes pacientes são seropositivos.

3.3. Luta contra a Oncocercose

Esta é uma doença endémica circunscrita às regiões leste do país, com mais predominância na Região de Gabú. Existe no país um Programa de Luta contra a Oncocercose assistido pela OMS/OCP, em vias de devolução, pois a prevalência é inferior a 5%, obedecendo portanto aos critérios de devolução definidos pela OCP e o JPC. Um programa de devolução foi elaborado e submetido aos doadores, em especial o Banco Mundial. Neste programa, integra-se a luta contra a oncocercose nos cuidados primários de saúde e associa-se à luta contra o paludismo e a schistosomíase; componentes relativas à gestão, formação e reforço/equipamento das infra-estruturas sanitárias das Regiões de Gabú e Bafatá estão igualmente previstas. Trata-se de um programa integrado de grande interesse para o desenvolvimento socioeconómico das Regiões do Leste do país.

3.4. Luta contra a SIDA e outras Doenças Transmitidas por via Sexual (DTS)

As DTS, de uma forma geral, são endémicas no país. A infecção por VIH e a SIDA constituem problema preocupante devido à tendência crescente, desde a identificação dos primeiros casos de seropositividade e de doença. O vírus predominante é o VIH-2, havendo casos raros de VIH-1 e mesmo infecções mistas. A transmissão comum é por via heterossexual; a relação homem/mulher é de 1:1. Em 1989, as taxas de seroprevalência em consultas às grávidas e doadores de sangue, oscilavam entre 5 a 9% no Sector Autónomo de Bissau.

Existe um Programa Nacional de Luta contra a SIDA, executado com assistência técnica e financeira da OMS, ASDI e outros doadores. As principais componentes do programa são: gestão, mobilização de recursos, informação, educação e comunicação social, vigilância epidemiológica, aconselhamento e cuidados de enfermagem. O Ministério da Saúde Pública desenvolverá uma estratégia única comum para a luta contra as DTS e a SIDA.

Objectivos:

- Informar, sensibilizar e educar a população sobre a existência, vias de transmissão e meios de prevenção da infecção e da doença;
- Prevenção da transmissão por via transfusional;
- Aconselhamento às pessoas submetidas ao teste VIH;
- Aconselhamento a membros da família de pacientes com SIDA;
- Integração da luta contra as DTS e SIDA no âmbito dos cuidados primários de saúde, até ao nível local (indivíduo, família e comunidade);
- Melhoria dos conhecimentos sobre a situação epidemiológica da doença.

3.5. Informação, Educação e Comunicação (IEC)

O país beneficia de várias actividades de informação, educação e comunicação social, sendo premente o reforço da coordenação entre os intervenientes neste domínio e a conseqüente rentabilização do equipamento e recursos humanos disponíveis. Para o efeito, deverá ser criada uma estrutura ou um mecanismo intersectorial de coordenação da IEC. Através desta iniciativa, as mensagens educativas poderão alcançar as populações com maior regularidade e contribuir de forma mais eficiente para a transmissão dos conhecimentos, e promover as atitudes e práticas mais favoráveis à saúde. Todos os programas deverão ter uma componente de IEC.

3.6. Medicamentos Essenciais

O Ministério da Saúde Pública elaborou em 1976 um Plano Nacional de Saúde em que foram definidos os objectivos e as estratégias no domínio farmacêutico, que visa a disponibilidade de medicamentos de boa qualidade em todo o país e acessível a toda a população.

Em 1978, a política farmacêutica foi orientada para o Programa dos Medicamentos Essenciais financiado principalmente pela UNICEF, ASDI e OMS. Para a concretização desta estratégia e melhor organização do processo de compras, a importação estatal dos medicamentos foi nacionalizada e confiada a uma empresa – FARMEDI, com exclusividade de importação para o sector privado e publico.

Em 1987, o Governo optou pela liberalização económica, o que contribuirá para dar impulso à abertura de novas farmácias privadas. No entanto, era necessário aprovar e publicar legislação que regulamentasse tanto o processo de licenciamento como o de importação de medicamentos e produtos afins.

Em 1989 a legislação farmacêutica foi aprovada pelo Conselho de Ministros. O Ministério da Saúde Pública, com o apoio da ajuda externa e através do orçamento do Estado equivalente a 70.000 USD (5% do total de despesas em medicamentos), tem feito esforços no sentido de assegurar a população, mesmo as dos níveis mais periféricos, o acesso a medicamentos essenciais que são distribuídos criteriosamente de acordo com as necessidades e competências dos diferentes níveis do serviço nacional de saúde.

O alargamento a partir de 1993 da Iniciativa de Bamako para todo o país, a recuperação de custos dos serviços hospitalares e o sistema da ABOTA, vão permitir o melhoramento do sistema de aprovisionamento de medicamentos e a qualidade dos serviços médicos prestados. Outros factores, tais como a

melhoria da gestão e controle dos medicamentos, a formação e superação de quadros neste domínio, contribuirão decisivamente para o uso mais racional dos medicamentos e conseqüente benefício para o objectivo da “saúde para todos”.

IV.- ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE BASEADA NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

O Ministério da Saúde Pública é o organismo do Estado reitor da política nacional de saúde ao qual todos os elementos do sistema de saúde deverão referenciar-se para o desenvolvimento das suas actividades em todo o espaço nacional. O sistema nacional de saúde estrutura-se em três níveis a saber: o nível central (nacional), regional e local (sector administrativo).

IV. 1. Nível Central

O papel principal deste nível é o de elaborar as políticas e estratégias, e traduzi-las em planos directores e programas para orientação da acção sanitária a nível das Regiões. O reforço do Ministério da Saúde Pública está em curso e traduz-se pela:

- a) Organização de um quadro administrativo e técnico-científico para mobilizar e empregar os recursos a favor dos cuidados da Saúde Primários, secundários e terciários por ordem de prioridade;
- b) Coordenação das actividades e serviços encarregados da gestão dos programas de saúde, a selecção de tecnologias sanitárias apropriadas e estabelecimento de normas;
- c) Melhoria da gestão do conjunto do sistema através dos departamentos encarregados da planificação, avaliação, supervisão, informação, documentação e investigação operacional;
- d) Coordenação intersectorial para as intervenções de carácter interministerial e multidisciplinares ligadas ao desenvolvimento sanitário;
- e) Aprovação e publicação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde Pública.

IV. 2. Nível Regional

Este nível coincide em geral com as Regiões político-administrativas do país e tem como função principal a de transformar os planos estratégicos, os programas nacionais e planos directores do nível central, em planos e actividades operacionais. As estruturas regionais encarregadas da implementação do sistema de saúde são os Comitês de Estado das Regiões (Representantes do Governo central nas Regiões), as Direcções Regionais de Saúde (e as Comissões Regionais de Saúde a serem criadas). As Direcções Regionais de Saúde actuarão em três domínios fundamentais: assistência hospitalar, saúde pública e colaboração intersectorial para a saúde das populações.

IV. 2.1. Hospital Regional

Nas Regiões, a assistência hospitalar será assegurada em hospitais regionais que poderão ser públicos, religiosos, com uma equipa de gestão compreendendo no mínimo um medico-director, um enfermeiro-chefe e um administrador. O hospital regional prestará no mínimo os seguintes serviços: consultas ambulatoriais por generalistas, estomatologia e cuidados de enfermagem; ter uma farmácia, um laboratório, uma unidade de radiologia e outros serviços; assistir a doentes internados nos domínios da medicina geral, pediatria, cirurgia e obstetrícia.

IV. 2.2. Centro Regional dos C.P.S.

Estas estruturas regionais têm como função principal fornecer o apoio técnico à implementação dos cuidados primários de saúde a nível dos Centros de Saúde. A articulação entre a rede de centros de saúde e o hospital regional e vice-versa, a ligação horizontal com outros sectores relacionados com a saúde (educação, agricultura, recursos naturais, obras publicas e urbanismo) far-se-á de igual forma a este nível. Aqui, funcionam as Equipas Regionais de Saúde lideradas pelos Directores Regionais de Saúde – representantes do Ministro da Saúde Pública nas Regiões.

IV. 3. Nível Local

Este, coincide com os sectores político-administrativos do país que se caracterizam pelo seguinte:

- a) São zonas administrativas claramente definidas, compreendendo uma população e uma administração local que actua por delegação do Comitê de Estado da Região;
- b) É o nível mais próximo da comunidade;
- c) É o nível operacional dos cuidados primários de saúde nos centros de saúde.

As estruturas de implementação do sistema de saúde a este nível são o Comitê de Estado de Sector (autoridade político-administrativa máxima), a Equipa de Saúde de Sector e a Comissão de Saúde de Sector a ser criada. As principais atribuições a este nível são o desenvolvimento e gestão do sistema de saúde, a preparação dos planos de saúde comunitária, o apoio e seguimento das actividades de saúde a nível da comunidade, famílias e indivíduos. As estruturas comunitárias de referencia a este nível são as Unidades de Saúde de Base, construídas e funcionando por iniciativa das comunidades com apoio do Estado.

IV. 4. Outros Elementos do Sistema Nacional de Saúde

Neste capítulo serão considerados a rede privada de consultórios médicos, postos de enfermagem, farmácias, gabinetes dentários, hospitais e centros de saúde religiosos e militares, ONG's operando no domínio de saúde, instituições de ensino medico e de técnicos médios, instituições de investigação nacionais e estrangeiras, inclusive entidades singulares, o subsistema da medicina/farmacopéia tradicionais, e os órgãos ou organismos de coordenação multissetorial para o desenvolvimento sanitário.

V. DESENVOLVIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS

Actualmente, e de uma forma geral, assiste-se a uma distribuição desequilibrada dos recursos humanos com uma tendência para a concentração dos mesmos na capital do país, havendo um segundo aspecto saliente ligado à necessidade de superação técnica constante dos técnicos existentes.

Em relação a médicos, a situação actual é de cerca de 1 medico para 8000 habitantes. Existem cerca de 250 enfermeiros gerais, 714 enfermeiros auxiliares, 56 parteiras, 85 parteiras auxiliares e 149 técnicos (incluindo auxiliares) de laboratório. O Governo, neste capítulo especial, está a elaborar uma estratégia de desenvolvimento do pessoal da saúde onde aparecerão em detalhe os seguintes aspectos:

- a) Repertorio actualizado do pessoal por categorias e locais de colocação;
- b) Definição do quadro de pessoal, de acordo com as necessidades do processo de desenvolvimento sanitário;
- c) Estabelecimento de metas de formação medica e técnicos médios em função das necessidades;
- d) Instituição da formação permanente dos quadros técnicos e administrativos a fim de permitir a superação técnico-profissional e a aplicação de uma política de promoção, estimulação e responsabilização dos quadros nacionais;
- e) Correção no melhor prazo, das distorções existentes entre o nível central e regional e as regiões entre si, no que diz respeito à distribuição dos quadros;
- f) Formação a curto prazo de médicos especialistas em cirurgia geral, medicina interna, gineco-obstetrícia, pediatria e saúde publica, dando-se prioridade à formação no país onde deverão ser criadas condições para o efeito; proceder no mesmo sentido em relação à formação especializada em enfermagem e outras especialidades de técnicos médios;
- g) Desenvolvimento do trinómio assistência-docência-investigação nas carreiras medicas e paramedicadas;
- h) Criação de um quadro de pessoal de direcção, das estruturas administrativas e de implementação da política nacional de saúde, desenvolver as suas competências, e conceder a base material para a realização das suas funções.

V. 1. Política de Incentivos

Uma das dificuldades de contenção dos quadros do MINSAP nas regiões é o ISOLAMENTO e DIFÍCIL ACESSO em que se encontram algumas zonas no interior do País.

Para permitir a retenção dos quadros, torna-se necessário criar incentivos e/ou estímulos de modo a facilitar não só a sua permanência nesses locais, como ainda a espontânea vontade de serem transferidos para o interior. Isso irá permitir o descongestionamento do pessoal sanitário no Sector Autónomo de Bissau.

Esse incentivo poderá revestir-se de varias formas, nomeadamente, a atribuição de uma percentagem sobre o salário (subsídio de isolamento) e a atribuição de habitação adequada.

Para este ultimo, o MINSAP tem estado a construir unidades sanitárias com habitação para o enfermeiro-chefe e a parteira, possuindo neste momento cerca de 50 Centros de Saúde com alojamentos, dos quais 13 são novos e distribuídos nas 3 províncias do país.

Para atribuição de subsídio de isolamento foram classificadas as zonas isoladas em 3 tipos: Grande, Médio e Pequeno isolamento, cabendo respectivamente 200.000; 100.000 e 50.000 Pesos Guineenses (ver anexo). A partir de Marco do corrente ano esta política será implementada em menor escala, i.e. 50.000,00 35.000,00 respectivamente para grande e médio isolamento, o que permitirá a fixação progressiva dos enfermeiros, parteiras e outros técnicos médios e auxiliares nas zonas rurais, enquanto se aguarda a aprovação de montantes mais elevados para se proceder à sua implementação a partir de Julho de 1993.

VI. SISTEMA DE FINANCIAMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde são financiados quase totalmente por fundos provenientes do orçamento do Estado em que o sector da saúde beneficia de 8% em media dos últimos cinco anos, e da cooperação internacional (assistência multilateral – 58,7%, bilateral – 19,2% e ONG's estrangeiras – 22,1%) representando cerca de 90% do financiamento total do sector. O gasto virtual anual por habitante para a saúde é de cerca de 12 USD/hab/ano.

A escassez do Orçamento do Estado para a saúde, evidentemente, tem efeitos nefastos sobre a categoria das despesas que devem ser financiadas pelo Estado, em particular no tocante a remuneração do pessoal, pequenas despesas de manutenção, despesas de deslocação e outras despesas indispensáveis ao normal funcionamento da administração sanitária do país. Como consequência, temos a baixa produtividade do pessoal que se sente pouco motivado, a degradação constante do estado das infra-estruturas sanitárias, dos equipamentos e das viaturas, etc..

O programa de Reajustamento Estrutural em curso no país exige medidas de austeridade financeira, com impacto negativo sobre o orçamento para o sector social, sendo o sector da saúde fortemente penalizado (note-se o decréscimo em 27,4% do orçamento do Estado para a saúde, de 3.748.300 USD em 1986 para 1.737.800 USD em 1990); isto agrava ainda mais o desequilíbrio existente entre a categoria de despesas financiadas pela assistência externa e a categoria de despesas financiadas pelo Orçamento do Estado, dificultando e tornando mesmo impossível a disponibilidade de fundos de contrapartida.

Por outro lado, todo o esforço de programas de investimento para o sector, decorrentes da ajuda externa, pode correr risco no que concerne a sua perenidade. Portanto, em resumo, as principais fontes de financiamento dos serviços de saúde são: o Orçamento do Estado com cerca de 13%, a participação comunitária e previdência social com cerca de 2% e a cooperação internacional com cerca de 85%.

VI. 1. Contribuição do Governo

O Governo consagra cerca de 9% do orçamento geral do Estado para o sector da saúde, representando 13% do total das despesas de saúde. As despesas recorrentes são financiadas através do Ministério da Saúde Publica e as de investimento, através da Secretaria de Estado do Plano.

VI. 1.1. Despesas Recorrentes

Cerca de 84% das despesas recorrentes do Ministério da Saúde Publica estão consagradas em três rubricas principais: remuneração do pessoal (60%), viagens (13%) e alimentação para os hospitais (11%). Os medicamentos representam 5% e a manutenção das infra-estruturas e equipamentos 1%. Esta distribuição por diferentes categorias de despesas é desequilibrada e com consequências obvias em relação as necessidades de manutenção e reparação das infra-estruturas e equipamentos.

Em relação aos medicamentos, o problema é menos grave, pois das necessidades totais estimadas em cerca de 1.500.000 USD por ano, a participação nacional representa apenas 70.000 USD.

Com vista a corrigir estas distorções, o Ministério da Saúde Publica procederá a uma redistribuição dos recursos financeiros entre as diferentes categorias de despesas recorrentes, mas esta medida só por si, não será suficiente; importante também será encontrar os meios de aumentar o conjunto dos recursos financeiros destinados ao sector. Neste sentido, três linhas de acção estão previstas: a) redistribuição do orçamento geral do Estado de modo a beneficiar mais o sector da saúde; b) aplicação imediata de um sistema de recuperação dos custos dos serviços hospitalares e dos medicamentos; c) canalização de uma parte da assistência externa para as categorias de despesas pouco favorecidas pelo orçamento do Ministério da Saúde Publica. Em particular encara-se a existência de projectos de reabilitação e equipamento das infra-estruturas, incluindo as despesas de funcionamento, manutenção e reparação.

VI. 1.2. Despesas de Investimento

Estas dependem quase a 100% da assistência externa. A participação do Governo neste tipo de despesas no ano de 1989 foi cerca de 4% apenas; esta contribuição fez-se através de um orçamento de contrapartida alimentada de forma irregular pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento, gerido pelo então Ministério do Plano. Com vista a ultrapassar esta situação, foi tomada a decisão política de considerar a Recuperação de Custos como rubrica essencial do Plano Financeiro do Ministério da Saúde Publica, visto constituir a porta de saída mais credível para o financiamento dos serviços de saúde.

Nesta óptica: a) a Iniciativa de Bamako, cuja experiência se revelou positiva em duas Regiões do país, será implementada em todo o país; b) a recuperação dos custos dos serviços hospitalares será praticada em todo o país, sob reserva da racionalização dos serviços e da optimização dos recursos humanos qualificados para a prestação daqueles serviços; c) a participação voluntária da comunidade, tradicionalmente conhecida como ABOTA, será encorajada pois os pequenos fundos comunitários para a saúde geridos pela própria comunidade, embora no computo geral representem actualmente menos de 1% do total do financiamento do sector, são importantes pois alimentam o sistema de saúde a nível das comunidades.

VI. 2. Contribuição da Cooperação Externa

O Ministério da Saúde Publica beneficia de uma assistência internacional cuja utilização é ainda bastante influenciada pela filosofia dos doadores e que incide sobretudo no financiamento de projectos que cobrem cerca de 75% das despesas recorrentes (pessoal, bens não duráveis, outros tipos de bens e serviços) e cerca de 25% das despesas de investimento. Cerca de 60% da assistência externa é constituída por doações; o resto é normalmente por empréstimo em condições favoráveis e aceitáveis.

As principais agencias de cooperação no domínio da saúde são no quadro multilateral a OMS, UNICEF, PNUD, BANCO MUNDIAL, CEE, FNUAP e BAD; no quadro bilateral a SUÉCIA, a REPÚBLICA DA CHINA, HOLANDA, DINAMARCA, FRANÇA, CUBA e PORTUGAL; no quadro das ONG's CUAMM, RADDA BARNEN, ASCOM, CECI, AIFO, GVC, MANITESE, FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN, IGREJA CATÓLICA, IGREJA EVANGÉLICA, entre outras.

Neste contexto, o Ministério da Saúde Publica elaborou o Plano Financeiro do Sector da Saúde em que as linhas de força são:

- Implementação da recuperação de custos;
- Aumento da contribuição do orçamento do Estado para a saúde;
- Generalização da Iniciativa de Bamako em todo o país;

- Redistribuição dos recursos financeiros entre as diferentes categorias das despesas recorrentes;
- Aumento da percentagem da ajuda externa para as despesas recorrentes, em particular para as categorias de despesas menos favorecidas pela actual repartição do orçamento;
- Criação de mecanismos realmente eficazes para coordenar, controlar e otimizar a execução da ajuda externa para a saúde.

Portanto, nestas condições de austeridade financeira, o plano financeiro do sector da saúde está limitado a projectos e intervenções prioritárias, com repercussão directa sobre a elevação da qualidade de prestação de serviços e cobertura sanitária, com o objectivo de melhorar o estado de saúde da população e, em consequência, a melhoria dos actuais indicadores de saúde.

VI. 3. Política de Recuperação de Custos

A realização dos objectivos definidos pela política nacional da saúde depende de duas principais fontes de financiamento a saber: o Orçamento do MINSAP e a Ajuda Internacional. Mas no quadro da implementação do programa dos cuidados primários de saúde, cuja estratégia exige a participação futura dos beneficiários, o Ministério traçou novas orientações, não somente na política de desenvolvimento dos Cuidados Primários de Saúde, mas a possibilidade de recuperar uma parte de custos destes serviços. Neste âmbito, existem dois sistemas de recuperação dos custos a saber: contribuição financeira ao sistema de “Abota” e Iniciativa de Bamako; que pode ser definida da seguinte maneira:

1. Contribuição Financeira ao Sistema de “Abota”

Abota é a cotização que um grupo de pessoas de uma comunidade paga para ter acesso a um serviço. Esta contribuição destina-se à compra dos medicamentos para assegurar o abastecimento das Unidades de Saúde de Base.

A modalidade de contribuição varia de uma comunidade para outra. Em certos locais, as pessoas idosas é que pagam, enquanto noutros locais toda a população com mais de cinco anos participa no financiamento do sistema a fim de poder beneficiar dos cuidados. As pessoas que não participam nesta contribuição pagam o custo integral do tratamento ao utilizarem as USBs.

Infelizmente, estas contribuições cobrem apenas 10% do custo dos medicamentos que se gasta nestas infra-estruturas. Essa estratégia visa não só uma noção participativa em termos financeiros, mas essencialmente a sensibilização da população em participar no melhoramento do seu estado de saúde. Assim, em algumas regiões, as populações contribuem mais do que é necessário, o que mostra que a população está disposta a pagar mais. Neste sistema, os doentes transferidos de um nível para outro são isentos de novo pagamento.

2. Iniciativa de Bamako

A Iniciativa de Bamako é uma estratégia para fazer participar as populações no financiamento dos serviços de saúde. O seu objectivo visa por um lado a criação de um sistema eficaz dos cuidados primários de saúde, e doutro lado conquistar a credibilidade por parte das populações locais, assegurando-lhes a qualidade de assistência sanitária e fazer-lhes participarem neste novo sistema de financiamento dos serviços.

Este projecto está em fase experimental na Região de Gabú desde 1989. Mas a insuficiência de pessoal qualificado e a degradação das instalações sanitárias e equipamentos não permitiram ainda a extensão às outras regiões do país.

As receitas provenientes desta iniciativa estão divididas da seguinte maneira:

- 50% servem para renovar o stock de medicamentos;
- 25% ficam na sede regional para assegurar uma parte das despesas correntes da supervisão;
- 20% voltam ao nível local para apoiar as eventuais despesas provenientes da própria iniciativa da população, no domínio da saúde;
- 5% servem para incentivar o pessoal técnico.

Os 50% que servem para renovar o stock de medicamentos estão depositados numa conta bancária para serem convertidos em divisas, no sentido de assegurar o abastecimento em medicamentos.

Esta política permitiu a concretização dos seguintes aspectos na região de Gabú:

1. Melhoramento da qualidade dos cuidados, evitando a ruptura de stock de medicamentos;
2. Melhoramento do sistema de manutenção dos equipamentos, em particular os meios de transporte;
3. Melhoramento da qualidade da formação continua através da supervisão permanente;
4. Testar a capacidade participativa das populações no financiamento dos serviços de saúde;
5. Criação e funcionamento adequado da equipa regional de gestão sanitária.

Na realidade, a população está disposta a pagar mais caro se for necessário, desde que seja aumentada a gama e a qualidade dos cuidados.

Na pratica, o Governo decidiu integrar a recuperação de custos em todas as Unidades de Saúde do país, incluindo os hospitais regionais e o hospital nacional.

Efectivamente, o calendário prevê que os decretos de aplicação referente à extensão da Iniciativa de Bamako e à recuperação de custos, serviços hospitalares, como por exemplo hospitais regionais, hospital nacional e Centro de Medicina Tropical, sejam promulgados durante o 1º trimestre de 1993. A implementação deverá começar logo a seguir (2º trimestre de 1993). Uma avaliação terá lugar no fim de 1995.

VI. 4. Orçamento do MINSAP

Em 1992, ao MINSAP foi consignado um orçamento no valor de 8.625.700.000,00, incluindo os acréscimos, o que representa 11,7% do Orçamento Geral do Estado (73.527.000.000,00).

Considerando o Sector Social (Saúde) como prioritário, a Assembléia Nacional Popular aprovou para o ano de 1993, para o sector da saúde, um orçamento no montante de 15.373.410.000,00, o que representa 9% do Orçamento Geral do Estado para este ano.

VI. 5.- Entretanto, como política geral com base na recuperação de custos o Ministério da Saúde Publica irá este ano arrecadar fundos que afectará fundamentalmente à manutenção de infra-estruturas e equipamentos ao reforço de medicamentos essenciais e aos estímulos a trabalhadores, sobretudo nas zonas isoladas.

ESPAÇO PARA O MAPA ORÇAMENTÁRIA

POLÍTICAS/PROGRAMAS: SAÚDE MATERNO INFANTIL E PLANEAMENTO FAMILIAR (SMI/PF)

Objectivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
1.- Diminuir a mortalidade infantil de 140% a 110% por mil nados vivos;	1.- Diminuição das crianças malnutridas;	- Reforço da cobertura vacinal;	EM CURSO 1993 – 1997	- Cobertura vacinal das crianças de 0-1 ano de idade;	MINSAP POPULAÇÃO RADDA BARNEM
2.- Diminuir a mortalidade materna de 914 a 550 por cem mil nados vivos;	2.- Maior coordenação e integração desde o nível central ao periférico;	- Identificação das mulheres com alto risco obstétricos e orientá-las para os serviços de saúde adequados;		- Cobertura nas TT3 nas Mulheres em idade fértil e grávidas;	
3.- Reforçar o programa de	3.- Recursos humanos formados, desde o nível	- Reforço ao nível central do quadro institucional		- Taxa de utilização de	

<p>Pf a fim de atingir uma cobertura de prevalência de contraceptivos de 15% em meio urbano e 7% em meio rural;</p> <p>4.- Fazer compreender e aceitar pela população em geral o conceito de PF como instrumento importante para sobrevivência da mãe e da criança.</p>	central ao periférico;	responsável da gestão do programa nacional de Planificação Familiar e do acompanhamento de estatística dos serviços; - Reforço gradual das estruturas e do pessoal de saúde nos serviços de PF, para todo o País; - Racionalização de formação do pessoal local em PF; - Integração dos elementos de PF no curriculum de todas as estruturas de formação profissional; - Educação para a saúde: indivíduo, famílias e comunidade.	1993 – 1997	SRO - Percentagem do uso de contraceptivos no meio urbano e rural; - Numero de pessoal formado e distribuído; - Taxa de mortalidade materna; - Taxa de mortalidade infantil.	UNICEF
	4.- Maior uso dos contraceptivos.		EM CURSO		FNUAP
			EM CURSO		OMS
			EM CURSO		PAM

POLÍTICAS/PROGRAMAS: LUTA CONTRA O PALUDISMO

Objectivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
<p>PREVENIR E REDUZIR A MORTALIDADE E A MORBILIDADE DE ORIGEM PALÚDICA AO NÍVEL MAIS BAIXO POSSÍVEL.</p>	<p>Redução da mortalidade e da morbilidade de origem palúdica.</p>	<p>1.- Desenvolvimento da luta antipalúdica como parte do sistema CPS; 2.- Protecção das mulheres grávidas por meio da quimio-profilaxia; 3.- Formação de pessoal de saúde em todos os níveis no reconhecimento dos sistemas e sinais dos diferentes aspectos clínicos precoce; 4.- Formação de técnicos de laboratório e microscopistas a todos os níveis (central, regional e periférico) e distribuição equitativa desse pessoal; 5.- Experiência da técnica de mosquiteiros impregnados; 6.- Prevenção ou redução do contacto homem-vector.</p>	1993 - 1994	<p>- Prevenção/Redução da mortalidade; - Índice da mortalidade de crianças menores de cinco anos; - Percentagem dos casos do paludismo severos, segundo idade e sexo; - Índice de letalidades; - Numero de casos hospitalizados segundo idade e sexo; - Percentagem dos casos que não respondem ao tratamento com cloroquina ou outros antipalúdicos; - Protecção das mulheres grávidas; - Percentagem das crianças com baixo peso ao nascer (2.500 Kg); - Porcento das mulheres grávidas com paludismo; - Mortalidade materna.</p>	MINSAP
			1993 – 1997		OMS
			1993 – 1997		ASDI
			1993 - 1997		
			EM CURSO		
			1993 - 1997		

POLÍTICAS/PROGRAMAS: LUTA CONTRA A ONCOCERCOSE

Objectivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
<p>- ELIMINAR E REDUZIR A INCIDÊNCIA DAS LESÕES OCULARES E A CEGUEIRA DEVIDO A ONCOCERCOSE; - ELIMINAR E REDUZIR A MORTALIDADE DEVIDO A ONCOCERCOSE; - INTERROMPER SE POSSÍVEL A TRANSMISSÃO DA ONCOCERCOSE GRAÇAS À QUIMIOTERAPIA.</p>	<p>- Dispor duma Comissão Nacional de Devolução (CND); - Eliminação ou redução devido a Oncocercose; - Elevação do nível técnico profissional do pessoal; - Redução da mortalidade devido a Oncocercose.</p>	<p>1.- Implementação do Comitê Nacional de Devolução; 2.- Informação Educação e Comunicação; 3.- Formação e reciclagem; 4.- Tratamento com MECTIZAM; 5.- Avaliação epidemiológica; 6.- Avaliação entomológica.</p>	1993 - 1997	<p>1.- Comitê Nacional de Devolução implantada; 2.- Numero de Actividades específicas ligados com IEC (TV e Radio); 3.- Percentagem do pessoal formado e reciclado; 4.- Numero de tratamentos feitos com MECTIZAM, numero de comprimidos de MECTIZAM utilizados, numero de pessoas com Oncocercose tratados com o MECTIZAM; 5.- Numero das tabancas visitadas e taxas de prevalência ou incidência; 6.- Numero de analyses efectuados.</p>	MINSAP
			1993 – 1997		OMS
			1993 – 1997		
			1993 - 1997		
			1993 - 1997		
			1993 - 1997		

POLÍTICAS/PROGRAMAS: PROGRAMA NACIONAL DE LUTA CONTRA A TUBERCULOSE E LEPTA

Objetivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- MELHORAR E DESCOBRIR PRECOCEMENTE OS DOENTES; - TRATAR ADEQUADAMENTE A FIM DE INTERROMPER A CADEIA DE TRANSMISSÃO; - REDUZIR PROGRESSIVAMENTE O PROBLEMA DAS DUAS ENDEMIAS E PREVENIR AS INCAPACIDADES; - OBTER UMA REGULARIDADE DE 90%; - TRATAR DE FORMA COMPLETA 90% DOS DOENTES REGISTRADOS; - DESCOBRIR 60% DOS DOENTES ESTIMADOS.	- Maior taxa de despistagem; - Regularidade no tratamento; - Todos os doentes registados foram tratados de forma completa; - Maior controle dos contactos/conviventes.	1.- Formação de 1 a 2 enfermeiros de cada Centro de Saúde;	EM CURSO	- Taxa de deformidade;	MINSAP AIFO MISSÃO CATÓLICA
		2.- Integração do programa na política nacional de Saúde (CPS);	EM CURSO	- Prevalência e incidência;	
		3.- Educação para a Saúde: doentes, familiares e comunidade;	EM CURSO	- Percentagem dos doentes que terminaram o tratamento no espaço definido;	
		4.- Controle obrigatória dos contactos e conviventes.	EM CURSO	- Percentagem dos doentes descobertos em relação ou numero estimado	

POLÍTICAS/PROGRAMAS: LUTA CONTRA O SIDA/DTS

Objetivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
1.- INFORMAR A POPULAÇÃO EM GERAL SOBRE A SIDA: TRANSMISSÃO, MÉTODOS DE PREVENÇÃO, COMPORTAMENTO DE RISCOS; 2.- INFORMAR E EDUCAR JOVENS E GRUPOS ALVOS; 3.- CONHECER A SITUAÇÃO EPIDEMIOLOGICA E SEROPREVALENCIA PARA CADA REGIÃO E AO NIVEL DO PAIS E O NUMERO DE CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS; 4.- PREVENIR A TRANSMISSÃO POR VIA SANGUINEA E CONTAMINAÇÃO INTRA-HOSPITALAR; 5.- FORMAR, ACONSELHAR E MELHORAR OS MEIOS DE DIAGNOSTICOS BACTERIOLOGICOS, SEROLOGICO, CITOLOGICO E IMUNOLOGICO; 6.- MELHORAR AS CONDIÇÕES DE APOIO E TRATAMENTO DOS DOENTES.	1.- Maior nível de informação sobre os aspectos da pandemia do SIDA e, conseqüentemente mudança do comportamento da população, conhecimento da situação epidemiológica; 2.- Garantia mínima das condições de higiene e segurança aos níveis do Banco de Sangue e das Unidades Hospitalares; 3.- Pessoal devidamente formado.	1.- Educação para a Saúde e sensibilização do publico; Regionalização do programa de informação sobre o uso do preservativo; animação sociocultural na comunidade;	EM CURSO	1.- Números de actividades ligadas a Educação para a Saúde: Cartazes, TV, Radio, etc.;	MINSAP OMS CEE ASDI PNUD ASCOM BM
		2.- Formação de formadores; colaboração com o Ministério da Educação;	EM CURSO	2.- Taxa de incidência/seroprevalencia;	
		3.- Inquéritos sero-epidemiologicos de casos de SIDA;	EM CURSO	3.- Numero de casos de SIDA diagnosticados e declarados;	
		4.- Reforço e segurança no banco de sangue, higiene hospitalar, formação e aconselhamento;	EM CURSO	4.- Numero de pessoal formado e reciclado sobre a problemática do SIDA;	
		5.- Meios hospitalares estruturados com equipamentos e meios terapêuticos; Tratamento dos doentes.	EM CURSO	5.- Numero de actividades de aconselhamento;	
				6.- Numero de preservativos distribuídos; 7.- Doentes admitidos, custos, tempo médio de hospitalização, tempo médio de vida e taxa de letalidade.	

POLÍTICAS/PROGRAMAS: CURSO DE AUXILIARES DE LABORATORIO; CURSO DE PARTEIRAS; PROMOÇÃO DE AUXILIARES DE LABORATORIO A TECNICOS

Objetivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- PROGRAMAR, EXECUTAR E AVALIAR AS TECNICAS DE ANALISES CLINICAS; - COLABORAR NA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS DA COMUNIDADE NO AMBITO DA CLINICA E SAUDE PUBLICA; - MELHORAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO DOMINIO DA SMI; - PARTICIPAR NO TREINAMENTO E SUPERVISÃO DAS MATRONAS; - PARTICIPAR NA FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO NA AREA DE LABORATORIO.	- Maior capacidade de resposta de meios de diagnostico; - Redução da taxa de morbi-mortalidade materna e infantil; - Maior capacidade de resposta de meios de diagnostico.	- Cursos teóricos e práticos, dando ênfase a estes últimos;	EM CURSO	- Apreciar o curriculum da ETQS; - Testar o numero de quadros formados;	MINSAP RADDA BARNEM BM
		- Cursos teóricos e práticos, dando ênfase a estes últimos;	EM CURSO	- Apreciar o curriculum da ETQS; - Testar o numero de quadros formados;	
		- Elaboração de um curriculum;	ULTIMO TRIMESTRE DE 1993-1994	- Curriculum elaborado;	
		- Aprovação do curriculum;		- Curriculum aprovado; - 40 auxiliares de laboratório promovidos a técnicos de laboratório.	
		- Implementação do curso.			

POLÍTICAS/PROGRAMAS: PROMOÇÃO DE ENFERMEIROS AUXILIARES A GERAIS; PROMOÇÃO DE PARTEIRAS AUXILIARES A PARTEIRAS

Objetivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- MELHORAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS; - PARTICIPAR NA FORMAÇÃO DO PESSOAL DE SAUDE; - PARTICIPAR NA INVESTIGAÇÃO; - MELHORAR A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS NO DOMINIO DE SMI; - PARTICIPAR NO TREINAMENTO E SUPERVISÃO DAS MATRONAS.	- Obter maior eficiência e eficácia na prestação de cuidados; - Redução da taxa de morbi-mortalidade materna e infantil.	- Cursos teóricos e práticos, dando ênfase a estes últimos; - Cursos teóricos e práticos, dando ênfase a estes últimos;	EM CURSO EM CURSO	- Apreciar o curriculum da ETQS; - Testar o numero de quadros formados; - Apreciar o curriculum da ETQS; - Testar o numero de quadros formados;	MINSAP BM MINSAP BM

POLÍTICAS/PROGRAMAS: ESTATISTICA PARA ENFERMEIROS DE CENTROS DE SAUDE; SISTEMA DE INFORMAÇÃO E ESTATISTICA PARA TECNICOS DE ESTATISTICA

Objetivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- FORNECER UMA LISTA DE DADOS ESTATISTICOS E DE INFORMAÇÃO SOBRE O SISTEMA DE SAUDE, INCLUINDO A ANALISE DE DADOS; - OBTER DADOS ESTATISTICOS E TIRAR CONCLUSÕES A NIVEL OPERACIONAL.	- Elevação de conhecimento em termos estatísticos dos enfermeiros dos Centros de Saúde; - Maior operacionalidade em dados estatísticos.	- Programar sete seminários com duração de duas semanas cada; - Identificar e seleccionar técnicos de estatística; - Preparar e executar um seminário de duas semanas	1994 1994	- 25 participantes formados; - Relatório do seminário; - Técnicos seleccionados; - 25 técnicos formados; - Relatório do seminário.	MINSAP BM MINSAP BM

POLÍTICAS/PROGRAMAS: FORMAÇÃO DE FORMADORES; FINANCIAMENTO DE CUIDADOS DE SAUDE

Objetivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- CRIAR UMA REDE DE FORMADORES; - INFORMAR SOBRE SITUAÇÃO FINANCEIRA DA SAUDE; - PROPOR ESTRATEGIA E CRONOGRAMA DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLITICA FINANCEIRA DOS SERVICOS DE SAUDE.	- Extensão, uniformização e seguimento do Programa de Formação Continua; - Maior capacidade de gestão financeira de saúde;	- Recrutamento do consultor; - Recrutamento de participantes; - Elaboração do curriculum - Aprovação e implementação; - Preparar um seminário de 6 dias para funcionários de nível central e regional;	1994-1995 1995	- 50 efectivos do nível central e regional; - Relatório do seminário;	MINSAP BM MINSAP BM

POLÍTICAS/PROGRAMAS: GESTÃO EM SERVIÇOS DE SAUDE; SUPERVISÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE; INFORMATICA

Objetivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- DESCREVER A SITUAÇÃO SANITARIA DA SUA AREA; - ELABORAR, EXECUTAR E AVALIAR O PLANO DE ACTIVIDADES, INDICANDO PRIORIDADES E ESTRANGULAMENTOS; - SUPERVISAR A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAUDE; - CRIAR UM BANCO DE DADOS A NIVEL CENTRAL E REGIONAL; - UTILIZAR O SISTEMA DE INFORMAÇÃO DOS SERVICOS DE SAUDE.	- Maior eficiência e eficácia na gestão dos serviços de saúde; - Maior eficiência e eficácia na gestão dos serviços de saúde; - Informatização do Sistema Nacional de Saúde.	- Um seminário de uma semana aplicando métodos de aprendizagem de adultos; - Programar seminários práticos; - Programar visitas de supervisão; - Recrutar os participantes; - Identificar e seleccionar do local de formação; - Formação.	EM CURSO EM CURSO 1993-1994	- Relatório do seminário; - Supervisão à equipa Regional; - 108 membros da equipe Regional formados; - Relatórios de visitas de supervisão; - 108 membros da equipe Regional formados em supervisão; - Participantes recrutados; - Local seleccionado; - 20 pessoas formadas em informática.	MINSAP OMS BM MINSAP OMS BM MINSAP OMS BM

**POLÍTICAS/PROGRAMAS: GESTÃO DE MEDICAMENTOS; GESTÃO DE MEDICAMENTOS PARA ENFERMEIROS AUXILIARES;
GESTÃO DE MEDICAMENTOS PARA TECNICOS SANITARIOS**

Objetivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- PLANIFICAR E GERIR O STOCK REGIONAL DE MEDICAMENTOS DE FORMA SIMPLES E TRANSPARENTE;	- Maior gestão de medicamentos;	- Preparar e implementar um seminário de 10 dias para técnicos de farmácia;	1994	- 15 técnicos de farmácia formados; - Relatório;	MINSAP BM
- COLABORAR NA GESTÃO E REGIONALIZAÇÃO DA POLITICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS;	- Maior eficiência e eficácia no tratamento das doenças e consumo de medicamentos;	- Elaboração de um curriculum; - Seleccionar participantes; - Execução;	1995	- Curriculum feito; - Participantes seleccionados; - 50 enfermeiros auxiliares; - Relatório;	MINSAP BM
- PLANIFICAR, EXECUTAR E AVALIAR AS ACTIVIDADES RELATIVO AO MEIO AMBIENTE	- Elevar a salubridade do País.	- Preparar e implementar um seminário de 14 anos;	1995	- 20 técnicos de saneamento formados.	MINSAP BM

POLÍTICAS/PROGRAMAS: PROMOÇÃO DE ENFERMEIROS AUXILIARES A TECNICOS DE FARMACIA; PROMOÇÃO DE ENFERMEIROS AUXILIARES A TECNICOS DE SANEAMENTO

Objetivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- COLABORAR NA IDENTIFICAÇÃO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS, NO AMBITO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS;	- Obter maior eficiência e eficácia na gestão dos serviços farmacêuticos;	- Elaboração de um curriculum; - Aprovação; - Implementação do curso;	1993-1995	- Curriculum feito; - Curriculum aprovado; - 50 enfermeiros auxiliares promovidos a técnicos de farmácia;	MINSAP BM
- COLABORAR NA GESTÃO DE SERVIÇOS FARMACEUTICOS;					
- PLANIFICAR, EXECUTAR E AVALIAR AS ACTIVIDADES RELATIVO AO MEIO AMBIENTE.	- Elevar a salubridade no País.	- Elaboração de um curriculum; - Aprovação; - Implementação do curso;	1993-1995	- Curriculum feito; - Curriculum aprovado; - 20 enfermeiros auxiliares promovidos a técnicos de saneamento;	MINSAP BM

POLÍTICAS/PROGRAMAS: PROMOÇÃO DE ENFERMEIROS AUXILIARES A TECNICOS SOCIAIS; PROMOÇÃO DE ENFERMEIROS AUXILIARES A TECNICOS DE ANESTESIA

Objetivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- IDENTIFICAR OS CASOS SOCIAIS SEGUI-LOS E OU ORIENTA-LOS PARA AS SOLUÇÕES MAIS VIAVEIS;	- Enquadramento de todos os casos sociais nas diferentes unidades sanitárias;	- Elaboração de um curriculum; - Aprovação; - Implementação do curso;	1993-1995	- Curriculum feito; - Curriculum aprovado; - 30 técnicos sociais formados;	MINSAP BM
- PLANIFICAR, EXECUTAR E AVALIAR AS ACTIVIDADES RELACIONADOS COM ANESTESIA	- Extensão da cobertura nos Blocos operatórios do País.	- Elaboração de um curriculum; - Aprovação; - Implementação do curso;	1993-1995	- Curriculum feito; - Curriculum aprovado; - 20 enfermeiros auxiliares promovidos a técnicos de anestesia;	MINSAP BM

POLÍTICAS/PROGRAMAS: PROMOÇÃO DE HIGIENE DO MEIO AMBIENTE NAS ZONAS RURAIS E URBANAS

Objetivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
1.- ELABORAR UM PLANO DE EXECUÇÃO DO PROGRAMA DE HIGIENE DO MEIO AMBIENTE NAS ZONAS RURAIS E URBANAS;	- Dispor duma planificação quadrienal definindo as actividades prioritárias os custos da implementação e o calendário de execução do programa;	- Avaliar e identificar as necessidades prioritárias e definir objectivos específicos, resultados esperados, actividades a desenvolver; os indicadores que devem servir de base para a avaliação dos custos do programa;	1993	- O documento do programa elaborado dando pormenores do mesmo;	MINSAP
2.- MOBILIZAR OS RECURSOS NECESSARIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS ACTIVIDADES PLANIFICADAS DO PROGRAMA;	- Dispor dos fundos necessários para a execução do programa;	- Seleccionar os parceiros de desenvolvimento que estão dispostos a cooperar com o Ministério da Saúde Publica na implementação do programa e pedir		- Avaliação das pessoas necessárias para a implementação das actividades do programa;	POPULAÇÃO
3.- AUMENTAR E REFORÇAR SIGNIFICATIVAMENTE A CAPACIDADE DE GESTÃO E DE PLANIFICAÇÃO DE HIGIENE E MEIO AMBIENTE;	- Dispor dum programa de formação na área de gestão e ter 80 técnicos nessa disciplina e também na planificação, programação,		1993	- Numero de técnicos em Saneamento e gestão colocados ao nível local para enquadrar a população	PNUD

<p>4.- AUMENTAR E REFORÇAR A CAPACIDADE DOS SERVIÇOS TÉCNICOS AOS NÍVEIS DOS SECTORES COM VISTA A CONSEGUIR ENQUADRAR A POPULAÇÃO AO NÍVEL LOCAL NA EXECUÇÃO DAS OBRAS DO SANEAMENTO;</p> <p>5.- REDUZIR DE UMA FORMA SIGNIFICATIVA, OS PROBLEMAS DE INSALUBRIDADE CAUSADOS PELO DEITAR ANARQUICO E DESORDENADO DE LIXOS NAS AGLOMERAÇÕES URBANAS;</p> <p>6.- TORNAR OPERACIONAIS AS ACTIVIDADES DE VIGILANCIA E DE CONTROLE DA QUALIDADE DE AGUA POTAVEL A NIVEL DE REGIÕES E APLICAR MEDIDAS CORRECTIVAS EM CASO DE NECESSIDADE;</p> <p>7.- REDUZIR A INCIDENCIA DO PALUDISMO DE 30% PELA ABORDAGEM DE LUTA QUIMICA E MECANICA.</p>	<p>implementação e avaliação das actividades principais do programa;</p> <p>- Dispor de 200 latrinas familiares ao nível das cidades, casas de banho públicos nas escolas e unidades sanitárias;</p> <p>- Dispor duma cobertura de higiene e saneamento de 40%; obter 200 latrinas familiares a nível dos sectores.</p> <p>- Dispor de 60% de centros urbanos cuja cobertura de serviços de lixos passara para 50%;</p> <p>- Dispor em 4 regiões de serviço que aplicam as actividades de vigilância e de controle de qualidade de água potável com vista a prever as doenças ou epidemia de origem hídrico;</p> <p>- Conseguir a reduzir a população ou o numero de vector principal (mosquito) em 500 tabancas onde o paludismo é endêmico.</p>	<p>assistência dos parceiros que manifestarem sua disponibilidade;</p> <p>- Preparar um programa de formação em gestão e proceder a formação de 80 técnicos, em programação, execução, avaliação das actividades principais do projecto;</p> <p>- Construir 20 latrinas fixadas ao nível de cada sector e construir casas de banho nos mercados e unidades sanitárias.</p> <p>- Proceder à distancia de aglomerações urbanas em dois tipos de bairros cujo primeiro tipo beneficiara da colecta de lixos caseiros e o segundo tipo que será servido na base de condicionamento publico; executar os trabalhos de recolha e transporte de lixos;</p> <p>- Reciclar os técnicos a nível de 26 sectores em técnicas de controle e de vigilância da qualidade de água, fornecer o equipamento e os reactivos necessários; proceder operações de analise e vigilância da qualidade de água;</p> <p>- Fornecer o equipamento e insecticida apropriados para organizar a luta química antivectorial a nível de 200 casas por sector a um ritmo de duas vezes por ano.</p>	1993	nas tabancas;	FENU
			1993-1996	- Numero de latrinas familiares construídos nas tabancas da zona do programa e ao nível de escola, unidade sanitária e mercado.	PAISES BAIXOS
			1993-1996	- Numero de aglomerações urbanas beneficiarias das actividades de recolha e evacuação de lixos e cuja acessibilidade ou cobertura de serviços é de 50%;	BM
			1993	- Numero de sectores cujo técnicos beneficiaram de formação, de equipamento, de reactivos e onde as actividades de vigilância da qualidade de água e de controle da mesma foram desenvolvidas;	
			1994-1996	- Numero de tabancas ou aldeias que beneficiaram deste tratamento;	
				- Taxa de incidência do paludismo por sector em relação à situação anterior.	

POLÍTICAS/PROGRAMAS: INFORMAÇÃO EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO (IEC)

Objectivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
<p>1.- CRIAR O CONSELHO NACIONAL DE IEC;</p> <p>2.- DESENVOLVER DE FORMA CORDENADA AS CAMPANHAS DE IEC ORIENTADAS PARA GRUPOS ALVOS DA POPULAÇÃO.</p>	<p>1.- Maior coordenação das actividades de IEC pelo MINSAP;</p> <p>2.- Mudanças nos conhecimentos, atitudes e praticas que influem positivamente na elevação do nível da saúde e prevenção das doenças.</p>	<p>1.- Reforço da capacidade institucional;</p> <p>2.- Formação do pessoal técnico;</p> <p>3.- Assistência técnica;</p> <p>4.- Concepção das mensagens educativas coerentes;</p> <p>5.- Produção e difusão das mensagens áudio-visuais para grupos específicos da população;</p> <p>6.- Desenvolvimento dos materiais de ensino de apoio à promoção da saúde e prevenção das doenças;</p> <p>7.- Utilização dos meios de comunicação social (Radio, TV, Jornais) para veicular as mensagens educativas.</p>	1993	- Instalação e funcionamento dos órgãos de coordenação intersectorial de IEC para a Saúde;	BM
			1993-1997	- Numero de técnicos formados nos domínios de IEC;	CECI/CANADA
			1993-1997	- Programação das estratégias nacionais de IEC;	OMS
			1994-1997	- Numero de materiais áudio-visuais produzidos, pré-testados e distribuídos;	CESTAS CEE
			1994-1997	- Numero de manuais, brochuras e outros MEPS produzidos e distribuídos às diferentes instituições de ensino;	
			1994-1997	- Frequência da publicação/difusão das mensagens educativas nos meios de comunicação social	

POLÍTICAS/PROGRAMAS: REFORÇO DO SISTEMA NACIONAL DE GESTÃO

Objectivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- DESCENTRALIZAR A GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PARA AS DIFERENTES REGIÕES DO PAIS;	- Descentralização do Serviço de Saúde para as regiões;	- Criação de uma equipa de apoio técnico e de gestão nas regiões;	1993	- Numero de Recursos Humanos existentes e sua distribuição;	MINSAP
- CORRIGIR AS DISTORÇÕES EXISTENTES NA DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS CONFORME AS NECESSIDADES;	- Recenseamento do pessoal de Saúde;	- Actualização das informações sobre os recursos existentes e sua distribuição;	1993-1997	- Normas e critérios de distribuições existentes;	BM
- MELHORAR A COORDENAÇÃO DOS DIFERENTES ELEMENTOS DO SNS.	- Correção das distorções na distribuição do pessoal;	- Redefinição das normas e dos critérios de distribuição e afectação dos Recursos Humanos;	1993	- Fixação dos Recursos Humanos a nível das zonas rurais.	ASDI
	- Melhoria de coordenação e integração;	- Criação de incentivos para melhorar as condições socioeconómicas dos Recursos Humanos ao nível das zonas rurais.	1993		BAD/FAD
	- Informatização do sistema de gestão.				

POLÍTICAS/PROGRAMAS: MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

Objectivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
1.- ASSEGURAR A DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS DE BOA QUALIDADE EM TODO O PAIS E ACESSIVEL A TODA A POPULAÇÃO;	1.- Obtenção do pessoal técnico formado na gestão e controle de medicamentos;	1.- Formação do pessoal técnico necessário a realização do objectivo;	1993-1997	1.- Numero de pessoal técnico treinados;	MINSAP
	2.- Construção de depósitos de estocagem progressivamente em todas as regiões do País;	2.- Criação de condições de estocagem ao nível regional;	1993-1994	2.- Numero de depósitos Regionais construídos;	OMS
2.- ALARGAR PROGRESSIVAMENTE A INICIATIVA DE BAMAKO PARA TODO O PAIS;	3.- Implementação da Iniciativa de Bamako progressivamente a todo o País.	3.- Standartização e utilização do manual de tratamento;	1993-1997	3.- Numero de manual distribuídos e a sua utilização;	UNICEF
		4.- Implementação do sistema de recuperação de custos baseada no pagamento dos medicamentos (IB) para todo o País;	1993-1997	4.- Percentagem de recuperação no quadro da Iniciativa de Bamako em relação ao montante previsto;	HOLANDA
3.- MELHORAR A GESTÃO E O CONTROLO DOS MEDICAMENTOS DE MANEIRA A CONTRIBUIR PARA O SEU USO RACIONAL		5.- Criação dos cuidados de gestão a nível dos estabelecimentos sanitários para o controlo das receitas;	1994-1997	5.- Numero de unidades de gestão criadas e em funcionamento;	FRANÇA
		6.- Introdução do sistema contabilístico para a gestão financeira dos custos recuperados;	1994-1997	6.- Taxa de utilização dos serviços de saúde pela população.	ASDI
		7.- Estimulo financeiro no pessoal sanitário afecto às estruturas onde se implementa a política de recuperação de custos.	1994-1997		

POLÍTICAS/PROGRAMAS: ININCENTIVOS PARA PESSOAL DE SAÚDE

Objectivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- FACILITAR A PERMANENCIA DE TECNICOS DE SAÚDE NAS ZONAS CONSIDERADAS ISOLADAS.	- Cobertura equitativa do pessoal à todas as unidades sanitárias periféricas.	- Atribuição de habilitação adequada;	1993	- Numero de Centros de Saúde com alojamento;	MINSAP
		- Construção de mais habitação;	1993-1994	- Numero de alojamentos construídos;	PAM
		- Implementação do subsidio de isolamento.	Marco 1993	- Folhas de pagamento;	OMS
				- Numero de pessoal de Saúde afectos às zonas isoladas.	

POLÍTICAS/PROGRAMAS: ESPECIALIZAÇÃO DOS MEDICOS EM CINCO DIFERENTES AREAS

Objectivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
- FORMAR ESPECIALISTAS NAS AREAS DE PEDIATRIA	-Melhoramento da distribuição de	- Assistência técnica para elaboração do curriculum	1993-1997	- Numero de especialistas formados por área;	MINSAP

GINECOLOGIA E OBSTETRICIA, CIRURGIA, MEDICINA INTERNA E SAUDE PUBLICA.	especialistas por todo o Pais;	no local;	1993-1997	- Capacidade de resposta nos serviços.	BM OMS
	- Redução da dependência externa em Médicos especialistas.	- Início de formação; - Aulas expositivas, práticas, estudo de casos, discussão em grupo; - Avaliação periódica e exames.	1993-1997		
			1993-1997		

POLÍTICAS/PROGRAMAS: PROGRAMA DE REABILITAÇÃO E EQUIPAMENTO DAS INFRAESTRUTURAS

Objectivos	Resultados Esperados	Meios de Implementação	Cronograma	Indicadores de Progresso	Fontes de Financiamento
<p>- ELABORAR UM PLANO DE ACÇÃO OPERACIONAL SOBRE O REFORÇO, A REABILITAÇÃO E O EQUIPAMENTO DE INFRAESTRUTURAS SANITARIAS, ABORDAGEM QUE SERA BASEADA NA EFICACIA DA DESCENTRALIZAÇÃO;</p> <p>- REACTUALIZAR A POLITICA NACIONAL SOBRE AS NECESSIDADES EM INFRAESTRUTURAS SANITARIAS PARA CADA NIVEL DE DESCENTRALIZAÇÃO E DETERMINAR O NUMERO DE UNIDADES A REABILITAR E A EQUIPAR;</p> <p>- REACTUALIZAR A LISTA DAS NECESSIDADES EM EQUIPAMENTO PARA CADA TIPO E CATEGORIA DE UNIDADES A CAD NIVEL DE DESCENTRALIZAÇÃO; EQUIPAR AS FORMAÇÕES SANITARIAS.</p>	<p>- Dispor de elementos reactualizados sobre as funções e atribuições dos diferentes níveis descentralizados das formações sanitárias baseadas nas categorias de pessoal afecto a cada nível e tipo de equipamento;</p> <p>- Dispor de formações sanitárias com autonomia energética permanente para garantir o bom funcionamento de cadeia de frio e accionar uma bomba a nível de foragem;</p> <p>- Dispor de unidades sanitárias ao diferente níveis descentralizados, respondendo as normas e condições de prestações de cuidados;</p> <p>- Dispor unidades sanitárias operacionais do ponto de vista das prestações de cuidados;</p> <p>- Amelhoração do mecanismo de evacuação sanitária em caso de urgência.</p>	<p>- Na base de níveis de categoria de formação sanitária, inventariar e avaliar as necessidades prioritárias em matéria de reforço e reabilitação e equipamento das infra-estruturas sanitárias;</p> <p>- Standardizar o plano de infra-estrutura aos diferentes níveis; reforçar 26 centros de saúde; reabilitar 9 centros de saúde e 5 hospitais regionais;</p> <p>- Fornecer os equipamentos necessários para cada nível;</p> <p>- Fornecer e instalar o equipamento de energia necessário para cada formação sanitária seleccionada;</p> <p>- Equipar os Centros de Saúde em material de comunicação e equipar também os hospitais de referencia em material de comunicação e em ambulância.</p>	1993-1997	<p>- Plano reactualizado que define as atribuições de cada nível descentralizado de formação sanitária e dispor de uma lista padrão de equipamento para cada tipo ou categoria de formação sanitária;</p> <p>- Numero de centros de saúde reforçados, numero de hospitais reabilitados;</p> <p>- Numero de centros de saúde reforçados e equipados, numero de centro de saúde reabilitados e equipados e numero de hospitais de referencia reabilitados e equipados;</p> <p>- Números de centros de saúde equipados de um sistema solar;</p> <p>- Numero de centros de saúde equipados em material de comunicação;</p> <p>- Numero de hospitais de referencia equipados em material de comunicação e ambulância.</p>	MINSAP BM FENU UNICEF JAPÃO PAISES BAIXO FRANÇA DCA DANIDA GVC CUAMM CECI MANITese
			1994-1995		1993-1997



REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
GABINETE DO PRIMEIRO MINISTRO

DESPACHO Nº 02/GPM/92

ASSUNTO: BASES GERAIS PARA CRIAÇÃO DO SECTOR PRIVADO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA, ENFERMAGEM E LABORATÓRIO

O Serviço Nacional de Saúde na Republica da Guiné-Bissau é essencialmente publico, existindo excepções referentes ao sector religioso. A Lei Constitucional do País, determina que “a saúde publica tem por objectivo promover o bem estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio socioecológico em que vivem. Ela deve orientar-se para a prevenção e visar a socialização progressiva da medicina e dos sectores medico e medicamentoso”. A referida Lei, reconhece ainda que “todo o cidadão tem direito a protecção da saúde e o dever de a promover e defender”. Desde a independência nacional, o Estado e o Governo guineenses desenvolvem uma política sanitária nacional com vista a elevar progressivamente o estado de saúde das populações e permitir-lhes participar mais activamente no desenvolvimento social e económico do país. Contudo, o

desenvolvimento sanitário, como parte do desenvolvimento socioeconómico, está fortemente condicionado ao Orçamento Geral do Estado e ao Orçamento Cambial (ou Orçamento de Investimento) do país. O orçamento anual atribuído ao MINSAP, representou em 1992, 8% do OGE, não sendo suficiente para financiar os serviços administrativos, técnicos e gerais do Ministério da Saúde Pública.

Por esta razão, o grau de funcionamento das unidades de assistência médico-sanitária e eficiência dos serviços prestados são baixos, a disponibilidade de medicamentos não é suficiente, os serviços de laboratório de análises clínicas, estomatologia, radiologia são extremamente limitados. Alguns dos técnicos de saúde altamente qualificados muitas das vezes ficam bloqueados devido a falta de condições técnico-materiais para porem em pratica as suas potencialidades de serviço, havendo por vezes desmotivação.

Os factores acima mencionados condicionaram a retração da rede funcionante do Serviço Nacional de Saúde, face à existência de infra-estruturas sanitárias incapazes de responder as necessidades crescentes da população.

Naturalmente que a direcção principal do Ministério da Saúde Pública é no sentido da promoção e prevenção sanitárias através da abordagem dos cuidados primários de saúde, e elevar o nível de assistência medica e medicamentosa da população.

O Ministério da Saúde Pública, como sector não produtivo, nem gerador de receitas, tem sido subvencionado pelo Estado e financiado por diferentes agencias de cooperação bilateral e multilateral.

Atendendo a conjuntura económico-financeira do país caracterizada pela aplicação do Programa de Ajustamento Estrutural em curso, implicando restrições orçamentais com impacto negativo sobre o sector social;

Considerando a implantação progressiva de uma nova política económica, descentralizada e com lugar para o sector privado;

Tendo em conta a aprovação da política de recuperação de custos a ser aplicada em breve;

Considerando ainda que algumas profissões liberais inscrevem-se perfeitamente no âmbito do processo de liberalização em curso;

Considerando o papel importante de medicina privada na sociedade:

No uso das faculdades que a lei me confere, determino o seguinte:

1. Com base no 1º esboço elaborado sobre as normas para abertura de consultórios médicos, laboratórios e postos de enfermagem privados, que se prossiga o estudo com vista à criação de legislação para o licenciamento da pratica da medicina, estomatologia, farmácia, enfermagem, laboratórios de análises clínicas e de radiologia, como parte do Serviço Nacional de Saúde, e sujeito ao controle do organismo reitor – o Ministério da Saúde Pública, e doutros organismos competentes do Governo nas matérias concernentes.
2. Para garantia do funcionamento preponderante das instituições e serviços estatais, será necessário regulamentar cuidadosamente o exercício privado das profissões de saúde, de forma a evitar a flutuação da força de trabalho do sector estatal para o privado e assegurar o normal funcionamento das instituições publicas.
3. A liberalização da medicina deve passar necessariamente pelo equilibrio e equidade na distribuição geográfica das instituições a serem licenciadas, pela exigência na idoneidade profissional dos praticantes, pela adopção e pratica dos princípios de deontologia medica ou profissional (responsabilizando-se o profissional perante o doente, perante a sociedade, perante os outros profissionais da saúde e perante a si próprio) pela garantia das condições técnico-materiais mínimas, pela contribuição no Orçamento Geral do Estado (impostos profissionais, impostos de rendimento e outros...) e outros aspectos pertinentes a serem regulamentados para o desenvolvimento harmonioso de todo o serviço nacional de saúde.
4. A regulamentação do sector privado do Serviço Nacional de Saúde abrangerá os seguintes tipos de unidade:
 - a) CONSULTÓRIOS MÉDICOS (INDIVIDUAIS): clínicos gerais ou médicos especialistas;
 - b) CENTROS MÉDICOS (COLECTIVOS): sob direcção técnica do médico, associado a outros profissionais da saúde;
 - c) GABINETES DE ESTOMATOLOGIA: sob direcção técnica do licenciado em estomatologia, individual ou associado e outros profissionais do ramo;
 - d) POSTOS DE ENFERMAGEM: sob a direcção de um técnico de saúde.
5. O Ministério da Saúde Pública será o Organismo do Estado competente para o licenciamento das referidas unidades sanitárias privadas, sob solicitação escrita do(s) interessado(s).
6. Os preços das consultas serão fixados por Despacho do Ministério da Saúde Pública, ouvida a Ordem dos Médicos e a Associação Nacional dos Enfermeiros e outros ligados ao sector da saúde.
7. A legislação a ser aplicada para o efeito será aprovada por Decreto do Conselho de Ministros, devendo o MINSAP fazer a sua apresentação até ao fim do 1º trimestre do ano em curso.

FEITO EM BISSAU, AOS 21 DIAS DO MÊS DE JANEIRO DO ANO DE 1993.-

O Primeiro Ministro,

Engº Carlos Correia

Anexo I

1º Esboço do Documento a ser Discutido ano Nível da Classe Medica com vista à Elaboração do Diploma sobre o Exercício da Medicina Privada.

I.- Concordamos com a abertura de consultórios e clinicas privadas, pelas seguintes razoes:

- a) Permitirão melhorar o funcionamento dos hospitais, tornando eficientes alguns serviços que funcionam nos hospitais, tais como o Banco de Socorro, Banco de Tratamento e alguns serviços de Consulta Externa;
- b) Permitirão ao publico escolher livremente e com rapidez, os técnicos de saúde desejados para solução dos seus problemas;
- c) Permitirão melhorar a remuneração dos técnicos de saúde, em virtude do Estado não se encontrar ainda em condições de lhes dar um salário compatível com os seus serviços, não obstante todo o esforço do Governo;

II.- A legislação sobre o exercício de Medicina Privada, na Republica da Guiné-Bissau, para os Guineenses e Estrangeiros, deve ser condição previa a preencher antes da implementação total do exercício de Medicina Privada no País.

III.- A Ordem Medica desempenha um papel pertinente, por isso, deve ser dinamizada para exercer o seu papel.

IV.- Os médicos que desejam abrir consultórios clinicas privadas devem preencher os seguintes requisitos:

- a) Ter licenciatura em Medicina, apresentação do diploma, certificados comprovativos reconhecidos no País da formação académica do candidato;
- b) Estar inscrito na Ordem dos Médicos Guineenses;
- c) Ter avaliação curricular e autorização do MINSAP, ouvida a Ordem dos Médicos;
- d) Ter atestado de robustez física e sanidade mental que comprovam o seu estado de saúde e não tenham doenças transmissíveis;
- e) Ter pelo menos 5 anos de experiência profissional;
- f) Fazer prova, por registo criminal, de não ter sido condenado por crime ligado ao exercício da profissão.

A apresentação destes documentos não impede que aos candidatos seja solicitada a realização da avaliação clinica e laboratorial pelo organismo no país e exercício no sector publico da saúde. Este período poderá ser reduzido para 3 anos se o medico tiver prestado esses 3 anos no interior do país.

Anexo II

PROPOSTA DE PREÇOS PARA OS ACTOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM (em USD)

Procedimentos Médicos e de Enfermagem:

	MÍNIMO		MÁXIMO
		\$ USD	\$ USD
Consulta Medica e Especialidades		4,00	15,00
Pequena cirurgia		20,00	50,00
Pensos		1,50	3,00
Injecções		0,50	-
Análises laboratoriais		3,00	7,00

OBS: - Os valores propostos são fixados em \$ USD, devendo no acto do pagamento fazer-se a correspondência em Pesos.

- As organizações religiosas não lucrativas que queiram praticar preços inferiores à tabela, devem ter autorização especial do MINSAP ouvida a Ordem dos Médicos ou associações de profissionais de Saúde.

Anexo III

CONSULTÓRIO MÉDICO (Material e Equipamento)

HALL DE ENTRADA:

- Cadeira de Rodas
- Maca
- Recipiente para lixo

SALA DE ESPERA:

- Sofás ou cadeiras confortáveis
- Filtro de água e/ou geleira
- Recipiente para lixo

SALA DE RECEPÇÃO E REGISTO:

- Quadros de avisos
- Mesa tipo escrivania
- Ficheiro
- Recipiente de lixo

Obs: A sala de espera pode ser conjunta com a de recepção e registo.

SANITÁRIO PARA O PÚBLICO:

- Suporte para toalha
- Sabão
- Espelho de parede
- Recipiente para lixo

CONSULTÓRIO MÉDICO (cada um):

- Marquesa de examinação
- Escadinha de 2 degraus
- Cadeiras (02)
- Secretaria para o medico
- Negastoscópio de parede
- Recipiente para lixo

SALA DE SERVIÇOS:

- Balança autropométrica
- Balde para lixo a pedal
- Ficheiro
- Recipiente para termómetro

- Quadro de aviso
- Esfigmomanómetro
- Balança infantil
- Carro de curativos
- Instrumentos para curativos
- Tesoura

Obs: Se são feitas consultas de G.O. e Planeamento Familiar

- Estetoscópio Biaucular
- Fita métrica
- Foco de luz

Anexo IV

MODELO DE REQUERIMENTO PARA ABERTURA E FUNCIONAMENTO DE CONSULTÓRIO MÉDICO

I.- Identificação do Requerimento:

1. Nome completo.
2. Nome profissional.
3. Residência.
4. Numero de inscrição na Ordem Medica ou cédula profissional (data).
5. Especialidades (data da concessão do titulo pela O.M.).

II.- Elementos Referentes ao Consultório:

6. Endereço.
7. Telefone.
8. Horário normal de funcionamento.
9. Numero de Médicos que vão trabalhar no consultório para além do requerente.
 - a) Indicar nomes e especialidades;
 - b) Seus horários de trabalho (simultâneo ou alternado).
10. Nas instalações do consultório exercem-se ou vão exercer-se quaisquer outras actividades, para além da simples consulta.
 - a) Quais;
 - b) Em termos de espaço, existe entre elas um mínimo de independência.
11. Numero de empregados e respectivas funções.
12. Numero de Gabinetes médicos e área de cada um.
13. Numero de salas de espera, sua área e capacidade em lugares sentados.
14. Outras divisões (áreas e funções a que se destinam).

III.- Outros consultórios:

1. O requerente exerce clinica em qualquer outro consultório.
 - a) Endereço;
 - b) Telefone;
 - c) Especialidades que nele exerce.
2. O requerente irá manter esse(s) consultório(s) depois da abertura daquele que é objecto do presente requerimento.

IV.- Condições especiais:

V.- Anexar um esquema simples de instalações do consultório, identificando cada divisão e indicando a respectiva área.

O signatário deste requerimento solicita e obedece as condições especiais que porventura sejam exigidas pela O.M. e compromete-se a respeitar quaisquer outras condições que pela Ordem dos Médicos venham a ser exigidas.