
A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS
DE SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU DE
ALMA-ATA A ASTANA

Júlio C. G. Sá Nogueira¹

Resumo

Na Guiné-Bissau, o conceito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) evoluiu sob a denominação dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) e identificado a partir de uma rede de Estruturas Sanitárias em nível operacional e que integram um conjunto de unidades comunitárias na sua área de responsabilidade. Os Responsáveis dos CPS encarregavam-se da sensibilização das populações e da formação contínua, da supervisão de seguimento das atividades de manutenção e aprovisionamento da rede das Unidades de Saúde de Base (USB) (Conhecimento dos sinais/sintomas das doenças mais comuns e alguns sinais de perigo). Por outro lado, fazem seguimento das orientações técnicas na escolha dos representantes das comunidades no processo da cogestão comunitária. Durante o triênio 1986/1989, desenvolveu-se reflexão sobre os CPS em relação ao Sistema Nacional de Saúde, mais diretamente com o nível Regional “Distrital”, com as suas funções curativas, preventivas de reabilitação e promocionais, tendo um papel específico para cada nível:

- Comunitário;
- Centro de Saúde;
- Hospital de Referência Regional ou diretamente para Hospital Nacional;
- O Setor Autônomo de Bissau, devidos as suas particularidades de Centro Urbano/Capital, foi atribuído estatuto de Região Sanitária;
- A definição do Pacote Mínimo de Atividade (PMA) foi particularmente relacionado com o nível periférico ou operacional (Áreas Sanitárias sob responsabilidade dum Centro de Saúde Padrão).

Um dos maiores constrangimentos foi sempre o Financiamento do setor da saúde perante uma grande dependência do financiamento internacional. O Orçamento Geral do Estado (OGE) para a saúde raras vezes atinge 10%, e na execução vai mais abaixo. Os Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário 1^a, 2^a e 3^a geração, com compromissos por cumprir a Grande escassez dos Recursos Humanos de qualidade e Especialistas quase inexistente.

ENQUADRAMENTO DOS CPS NA GUINÉ-BISSAU

Na Guiné-Bissau, o conceito de Cuidados de Saúde Primários evoluiu sob denominação Cuidados Primários de Saúde (CPS) e identificado a partir de uma rede de Estruturas Sanitárias em nível operacional e que integram um conjunto de unidades comunitárias da sua área de responsabilidade.

Para o alcance do lema Saúde Para Todos (SPT) ao ano 2000, foi fundamentalmente necessária a tomada de consciência por parte das populações e sua participação nas atividades de saúde.

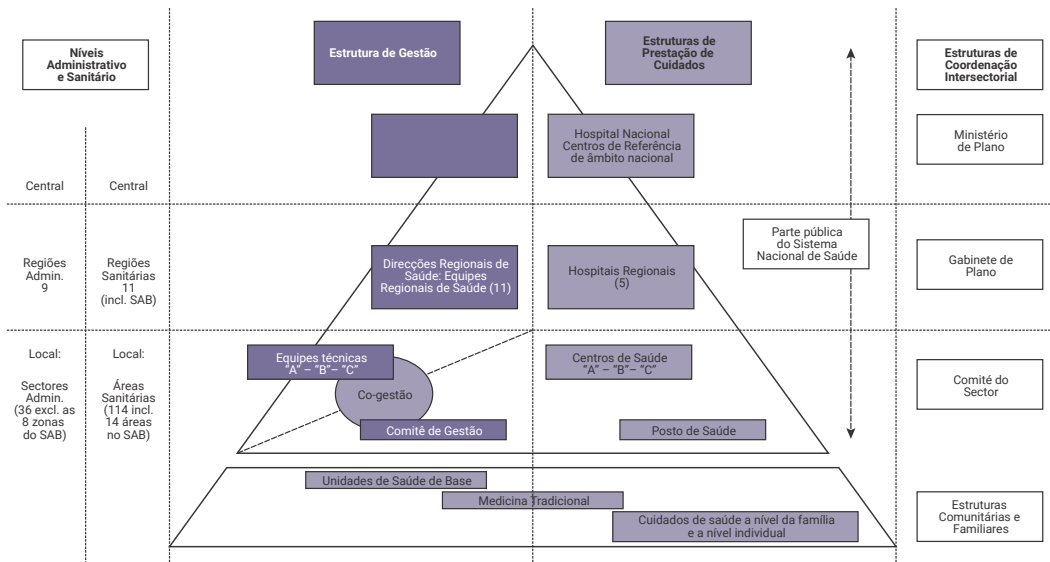
O sucesso ou fracasso dessas atividades dependem da qualidade e da capacidade dos técnicos de saúde responsáveis da Área Sanitária (AS) em influenciar na mudança de comportamento e atitude da população por meio de sessões de ensino, planejadas, organizadas e orientadas com ajuda de materiais didáticos de fácil assimilação pela população.

Os responsáveis dos CPS encarregavam-se da sensibilização das populações e da formação contínua, da supervisão da manutenção e do aprovisionamento da rede das Unidades de Saúde de Base (USB).

Já em 2000, por exemplo, falamos dos CPS em relação ao Sistema Nacional de Saúde mais diretamente com o nível Regional “Distrital”, com as suas funções curativas, preventivas de reabilitação e promocionais, tendo um papel específico para cada nível:

- Comunitário;
- Centro de Saúde (CS);
- Hospitais de Referência Regional;
- O Setor Autônomo de Bissau (maior centro Urbano) foi atribuído ao estatuto de uma Região Sanitária à semelhança das 8 Regiões Administrativas, que, por razões do princípio da política da Equidade, foi também atribuído ao estatuto de Região Sanitária o setor administrativo de Bubaque no sul do país, ficando assim desmembrado da região administrativa de Bolama Bijagós, devido a sua particularidade insular e difícil acesso geográfico. O mesmo princípio esteve na base do desmembramento do setor administrativo de São Domingos, no norte com a Região de Cacheu; mais tarde, devido ao desenvolvimento de estradas e pontes, voltou a ser integrado. Desde então até ao presente, o setor administrativo de Farim foi atribuído ao estatuto de Região Sanitária, desmembrada da Região de Oio;
- O Pacote Mínimo de Atividade (PMA) foi particularmente relacionado com o primeiro nível de atendimento das populações (as AS e cuja estrutura sanitária é de responsabilidade do CS)..

Figura 1. Pirâmide sanitária da Guiné-Bissau

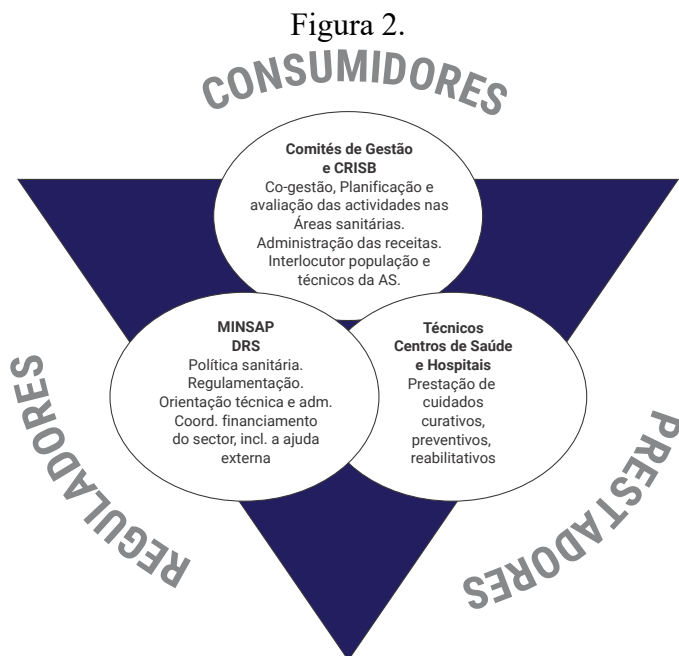


A figura 1 mostra a posição dos órgãos das estruturas de participação comunitária por meio da Iniciativa de Bamako (IB) – Comitê de Gestão e Comissão Regional de Seguimento da IB – em relação à pirâmide sanitária.

Na experiência da Guiné-Bissau, são as Direções Regionais de Saúde que pilotavam ou serviam de orientador de todo o processo de sensibilização, da eleição, da formação e de seguimento e enquadramento dos Comitês de Gestão. A esse propósito, é importante referir o Projeto-piloto da Região Sanitária de Gabu com apoio da Organização não Governamental (ONG) Italiana GVC, cuja expansão foi facilitada para todo o país.

Era evidente que, para que se instaure um verdadeiro diálogo e engajamento comunitário, um dos princípios dos CPS, era preciso trabalhar com a própria comunidade.

Para isso, a experiência da Região de Gabú teve enfoque em estabelecer a triada de articulação/colaboração entre as comunidades na qualidade de Consumidores, Utilizadores dos serviços de saúde, seus órgãos de representação (Comitês de gestão), os Técnicos de Saúde, ou seja, prestadores de serviços ou planejadores de saúde.



A Autoridade estatal regional presidia a Reunião semestral da Comissão Regional de Seguimento da IB, em que o relatório de atividades e contas é apreciado e as decisões são conjuntamente tomadas. Esse processo foi objeto de elaboração de um suporte jurídico por um dos mais conceituados juristas guineenses.

Na República da Guiné Conakry, por exemplo, os Comitês de gestão eram enquadrados pelo Ministério da Administração Territorial.

Enquanto no Mali, os Comitês de Gestão tinham estatuto puramente comunitário. Embora a regulamentação e a legislação proveniente do Ministério da Saúde, o enquadramento desses órgãos, tanto a nível regional como nacional, não dependia de instituições estatais, mas, sim, de ONGs nacionais e estrangeiras que os apoiam.

A evolução desse percurso do desenvolvimento dos CPS na Guiné-Bissau foi interrompida durante 11 meses a partir dos eventos político-militares de 7 de junho de 1998, dando lugar a consequentes períodos de instabilidades institucionais que afetaram todos os setores de desenvolvimento do país, nomeadamente o setor da saúde e o próprio Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 1998-2002.

GRAU DE DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Evolução dos programas técnicos

Os CPS foram considerados como um meio para atingir os objetivos SPT até ao ano 2000. Este subentende a promoção do nível de bem-estar físico, mental e social o mais elevado possível para os indivíduos, no seio das famílias e das comunidades. Entre as componentes essenciais dos CPS, podemos salientar:

- a) Educação concernente aos problemas de saúde predominantes e os meios de os prevenir e combater;
- b) Promoção de uma alimentação e nutrição adequada e correta;
- c) Aprovisionamento adequado em água potável e medidas de saneamento de base;
- d) Saúde materna e infantil, incluindo a planificação familiar;
- e) Vacinação contra as doenças endêmicas, infecciosas predominantes;
- f) Prevenção e redução das doenças endêmicas locais;
- g) Tratamento apropriado das doenças e dos traumatismos correntes;
- h) Aprovisionamento em medicamentos essenciais.

Na prática, essas componentes foram traduzidas em PMA, em nível de cada AS. O PMA representou um “conjunto” mínimo de cuidados que o PNDS elegeu para que sejam disponibilizadas em todos os CS e abrangiam:

- Consulta curativa, incluindo laboratório (mínimo) e disponibilidade de medicamentos de primeiro recurso;
- Luta contra as grandes endemias;
- Planeamento familiar;
- Consulta pré-natal;
- Assistência aos Partos;
- Seguimento das crianças de 0 a 5 anos, incluindo a vacinação e a recuperação nutricional;
- Educação para saúde e adaptação aos aspectos intersectoriais e comunitários;
- Organização e coordenação das atividades sanitárias ao nível da AS (microplanificação, informação sanitária, atividades de formação sanitária e de supervisão das USB e Postos de Saúde);
- Cogestão comunitária;
- Gestão dos medicamentos desse nível.

Os Programas de saúde tiveram a sua origem mais estruturados e dirigidos aos maiores problemas de saúde pública e, portanto, com um vínculo inicial vertical, dando resposta às necessidades das populações aos CPS.

Por conseguinte, os Programas foram preenchidos por um conjunto de oferta de serviços prioritários, diretamente identificados com as necessidades das comunidades e cuja oferta é atribuída como as principais tarefas do nível operacional ou AS, em que se destacam os seguintes:

- Saúde Familiar e Reprodutiva
- Grandes Endemias
- Higiene e Nutrição
- Programa de Medicamentos Essenciais (PME)
- Programa de Reforço da Gestão Sanitária (PRGS)
- Monitorização Descentralizada metodologia Tanahashi
- Promoção da Informação, Educação e Comunicação (IEC) por meio da Direção de Informação, Educação e Comunicação do setor de saúde.

Desenvolvimento de Políticas SPT até ao 2000

Depois da independência, a política sanitária do país passou por diferentes fases de desenvolvimento. Assim, durante a 29ª Assembleia Mundial da Saúde, subscreveu o *slogan* lançado pelo Dr. Mahler sobre “Saúde para Todos até ao ano 2000”. Na 30ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1977, foram colocados a todos os sistemas de saúde do mundo o desafio e o compromisso de garantirem, em primeiro lugar, que todas as pessoas, famílias e comunidades pudessem aceder de modo equitativo e participativo aos cuidados de saúde mais essenciais e importantes para proteger e promover a sua saúde.

Declaração de Alma-Ata

A definição e o aprofundamento detalhado dos conceitos, dos princípios, das implicações práticas e de um conjunto de recomendações foram magistralmente explicitados em 1978 na histórica Declaração e Recomendações da Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, promovida conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Esse documento ficou conhecido por “Declaração de Alma-Ata”.

A Guiné-Bissau encontrava-se nos primórdios da Independência proclamada unilateralmente em 24 de setembro de 1973 e reconhecida pelas Nações Unidas em 10 de setembro de 1974. Nessa altura, era evidente que as infraestruturas existentes, na sua maioria herdadas do período colonial, e os escassos Recursos

Humanos e uma cobertura das populações beneficiando de instalações sanitárias adequadas (meio urbano) é de 30% (Unicef 1995); enquanto um Inquérito nacional realizado em 1997 aponta para uma população se beneficiando de instalações sanitárias, mesmo que rudimentar, com uma taxa de 37%. No entanto, um grande número de rede de CS foram construídas nomeadamente no sul do país.

A política de saúde é parte integrante da política global de desenvolvimento socio-econômico do governo. Nesse contexto, o objetivo é a implementação das componentes essenciais dos CPS em todo o território nacional, entre as quais, o programa de SMI/PF constitui uma das prioridades assim como a prevenção e o controle das doenças, o abastecimento de água e o saneamento do meio.

Dentre os princípios diretores da política nacional de saúde, destacam-se:

- O reforço do SNS a todos os níveis: central, regional e local;
- A descentralização dos serviços;
- A promoção de mecanismos de colaboração intersectorial;
- A valorização dos aspectos positivos da medicina e farmacopeia tradicional;
- Aderência à IB.

Adesão à iniciativa “Acelerar a instauração da Saúde Para Todos os Africanos”

O cenário de desenvolvimento em três fases foi adotado em 1985 durante a 35ª sessão do Comitê Regional em Lusaka, Zâmbia.

O Estado da Guiné-Bissau assumiu a realização de uma simples análise da situação do seu sistema de saúde, aos níveis do Distrito, Intermediário e Central respectivamente, para reforçar as atividades dos CSP em nível Comunitário. À semelhança de outros países, a Guiné-Bissau procedeu a uma reflexão sobre o conceito de Distrito, adaptando os elementos de definição à Região Sanitária, tendo em consideração as próprias características e dimensão geográfica.

A implementação dos CPS cabe às regiões sanitárias e, propriamente dita, aos níveis locais ou operacionais, visto que esses dois níveis estão muito mais próximos das populações do que o nível central. Por outro lado, as sedes regionais da administração, são dotadas de Hospitais Regionais com papel de referência do primeiro nível.

Além disso, para que a implementação dos CPS possa ter realmente um impacto sobre a saúde das populações, torna-se imperativo ter em conta as suas necessidades e seus pedidos. Isso implica uma abordagem da base para o topo, nomeadamente no que diz respeito ao processo de planificação sanitária.

A região, na Guiné-Bissau, situa-se a meio percurso entre o nível central e a população. Ela deveria, pois, constituir o ponto ideal de encontro entre as necessidades

locais e as políticas nacionais. De fato, a região corresponde melhor ao conceito “distrito sanitário” e apresenta várias vantagens:

- Em termos geográficos, ela é relativamente limitada, dado que todas as suas partes poderão praticamente ser atingidas em um dia.
- Ela tem uma população não muito grande; e, por conseguinte, os serviços de saúde são relativamente fáceis de gerir e coordenar.
- Ela tem aglomerações (centros urbanos, tabancas) cujo tamanho e densidade são bem conhecidos.
- Ela tem geralmente uma única cidade principal que sirva de ponto central na comunicação e no comércio e referência sanitária.
- Ela é gerida por poucos responsáveis, facilitado assim a comunicação e a coordenação entre si e com as autoridades locais, bem como os organismos de cooperação.

É, pois, em nível da região que se pode mudar os sistemas de saúde e introduzir nela mudanças em função das realidades práticas e experiências adquiridas na implementação dos CPS, à condição de conseguirmos atribuir minimamente autoridade e recursos aos responsáveis regionais.

POLÍTICA DA SOLIDARIEDADE POR MEIO DO SISTEMA DO ABOTA E AS TAXAS MODERADORAS NAS CONSULTAS.

Podemos considerar que, por altura do final da década 1970 e início da 1980, o princípio do sistema de financiamento comunitário dos cuidados de Saúde no país, sob denominação “O Sistema Abota”, também representa um testemunho do percurso a autossuficiência em Medicamentos Essenciais (ME). O nível dos preços dos medicamentos na altura era de 15% a 25% do preço CIF. O Sistema Abota tem levado a consciencialização da população no que concerne a sua participação nos custos da conservação da Saúde.

Quanto à equidade, podemos citar como exemplo a atribuição dos Setor de São Domingos, no norte do país, e mais tarde o Setor de Mansoa; Bubaque no sul e insular, os Estatutos de Regiões Sanitárias e, também, a criação dos CS tipo A (Bubaque, São Domingos, Quebo e Tite).

Estratégias oficiais adotadas

CPS

Têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades e incluem pelo menos: educação, informação e comunicação, relativas aos problemas

prevalentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle; promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada; provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de ME.

No período que antecede o PNDS, é importante realçar o Projeto-piloto CPS/IB, cuja execução estava a cargo da ONG Italiana GVC sediada na Região de Gabu, leste do país, e que mais tarde foi expandido para as restantes regiões também com apoio financeiro e Técnico da Holanda, Banco Mundial e outros até aos eventos do 7 de junho 1998.

O PNDS 1998-2002 ... um novo impulso

Este instrumento estratégico quinquenal representa a primeira geração de expressão política chave para o setor da saúde e declara que a saúde não é só, para cada um de nós, um direito fundamental garantido pela constituição, é também a base para um desenvolvimento durável e, por esse fato, representa um investimento precioso para as futuras gerações.

A nossa política nacional de saúde articula-se à volta do princípio dos cuidados primários cujos objetivos são: equidade, eficiência, eficácia, acessibilidade financeira, participação comunitária e colaboração intersetorial

É imperativo, para o Estado, procurar meios suplementares e fazer uso racional dos recursos disponíveis, para responder a uma procura que é crescente, para facilitar o acesso a cuidados de saúde aos mais desfavorecidos e para melhorar a qualidade dos serviços oferecidos em todos os níveis.

Esse plano definiu orientações que permitiriam afetar recursos desde a concepção até a avaliação, e contempla os seguintes aspectos:

1. Definir as grandes prioridades nacionais em matéria de desenvolvimento sanitário para o período;
2. Propor uma resposta equitativa e eficiente aos problemas e necessidades de saúde para todas as regiões;
3. Definir as modalidades de descentralização do SNS:
 - 11 Regiões sanitárias
 - 5 Hospitais Regionais
 - 114 AS
 - 4 Centros de Referência Nacional (Centro Mental, Reabilitação Motora, Pneumo Fisiologia e Lepra)

4. Propor um quadro de intervenção para coordenar as ações ao nível nacional, com a participação de todos os parceiros de desenvolvimento.

Referência ao melhoramento da qualidade dos cuidados de saúde e acessibilidade ao PMA

As componentes dos CPS foram direcionadas essencialmente para oferecer cuidados de qualidade (globais, contínuos e integrados) e acessíveis a todos. Foram identificadas quatro ações prioritárias:

- a) A extensão física do PMA no conjunto dos CS e um melhor acesso ao PMA por meio do reforço da estratégia avançada e de um melhor enquadramento dos agentes comunitários;
- b) O melhoramento da qualidade e da utilização de atividades sanitárias do PMA;
- c) A introdução e a extensão do princípio de cogestão e de cofinanciamento comunitário das atividades de saúde;
- d) A reforma do setor hospitalar.

A estratégia avançada e as atividades sanitárias das USB

De acordo com a situação geográfica da própria AS, e tendo em conta as possibilidades de acesso aos serviços disponíveis no CS, a equipe do CS presta serviços fora do centro: é o que se denomina “estratégia avançada”.

A estratégia avançada contempla, entre outras atividades:

- O seguimento das crianças de 0 a 5 anos, incluindo a vacinação;
- O despiste de certas patologias (tuberculose, lepra, infecções sexualmente transmissíveis, pessoas com necessidades especiais) e da desnutrição, conforme a morbilidade local e as prioridades definidas;
- A educação para a saúde e debates sobre os aspectos intersectoriais e comunitários.

Os Postos de saúde e as USB, constituem pontos privilegiados para a organização da estratégia avançada.

Participação comunitária através da Iniciativa de Bamako

A IB foi lançada como estratégia para acelerar e viabilizar os CPS, com acento particular ao primeiro nível de atendimento (AS, CS), e visava a uma melhoria tanto em termos da qualidade de prestação de serviços como em termos da extensão da cobertura dos serviços prestados.

Participação de Representantes da população na gestão das receitas, identifica-

ção e atribuição de solidariedade dos indigentes em nível da própria comunidade, na microplanificação, na monitorização das atividades em que o Comitê de Gestão serve de intermediário entre os Técnicos de saúde e a Comunidade.

Mapa sanitário

Os CPS, atribuição primordial do nível periférico, devem ser articulados e apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente interligados, oferecendo confiança e progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos mais desfavorecidos.

O Mapa sanitário testemunha um imenso trabalho de reorganização das estruturas de prestação de cuidados. Ele não é estático e nunca o poderá ser. Terá que evoluir em função do desenvolvimento do país. A população, ao participar na gestão dos serviços e consciente dos custos e da qualidade dos serviços dispensados, estaria mais bem colocada em desempenhar um papel decisivo na definição do plano de cobertura sanitária, sob a orientação do Ministério da Saúde Pública (MINSAP).

Experiências mostram que os CS são uma instituição pública (à exceção de alguns ligados a instituições religiosas); o MINSAP não exclui a possibilidade que ONG, Igrejas, Fundações ou outros organismos ligados à comunidade assumam responsabilidades na cobertura de certas AS, na base de um protocolo de acordo em conformidade com a política e as orientações nacionais (gestão, tarifas, atividades).

O Mapa sanitário é preenchido pela AS e o CS. No SNS, o primeiro nível de contato realiza-se na AS. Esta compreende uma população entre 7 e 12 mil – 20 mil habitantes, que abrangem cada uma das 114 AS e sob responsabilidade dum CS tipo C padrão, dotado de um pessoal mínimo, de equipamentos indispensáveis, de um meio de transporte e de infraestruturas adaptadas. Cada AS dispõe de um único CS e, em alguns casos, Postos de Saúde, servindo como postos avançados do CS na zona em que estão situados. Cada CS tem por missão principal assegurar a execução do PMA na respectiva AS.

A Reforma do setor hospitalar

As estruturas de prestação de cuidados, como os Hospitais Regionais, os Centros de Referências Nacionais Especializados e o Hospital Nacional, prestam serviços de referências em nível primário, secundário e/ou terciário, conforme o nível do sistema em que se encontra. Devem oferecer serviços de nível técnico e competência de nível mais diferenciado que os dos CS. Como em princípio, os hospitais não deviam ser ocupados com as ações que fazem parte do PMA e o seu acesso deverá ser limitado aos doentes enviados pelos CS.

Os doentes que queiram consultar diretamente no hospital sem passar pelo CS poderiam ser atendidos, mas em condições menos vantajosas, que poderiam ser avaliadas e integradas, por exemplo, em menor prioridade, ou sujeitas a maior tarifa das taxas moderadoras.

Previa-se que, nas regiões, a cobertura em cuidados secundários seria suficientemente garantida pela presença e bom funcionamento dos Hospitais Regionais de Gabú, Bafatá, Canchungo, Catió, e mais tarde de Canchungo e Mansoa.

Em caso em que o acesso ao hospital de referência é difícil, e para salvaguardar os princípios de política da equidade ao acesso, particularmente, a urgências dos partos, tendo em conta a preocupação com a mortalidade materna, alguns CS seriam dimensionados e equipados com meios materiais e humanos para prestarem alguns cuidados mais diferenciados, geralmente só disponíveis no hospital de referência, como, por exemplo, a transfusão de sangue, o atendimento de urgência e mesmo alguma cirurgia. Esses CS são classificados como tipo A (Bubaque, São Domingos, Quebo e Tite).

De igual modo, os CS “B” constituem uma alternativa, visto que foram dirigidos para meios rurais ou semiurbano, lugares bastantes isolados – e, por essa razão, dispõem de camas, as quais não são todas consideradas como sendo de hospitalização, mas também como camas de hospedagem destinadas a albergar pessoas que não possam deslocar-se em um mesmo dia para as suas casas ou para um outro nível do sistema de saúde.

Revisão do Programa de Medicamentos Essenciais na perspectiva da expansão da Iniciativa de Bamako

Em 1976, o MINSAP elaborou um Plano Nacional de Saúde que tinha como objetivo a disponibilidade de medicamentos de boa qualidade para toda população com assistência e tratamento gratuitos.

A estratégia era a normalização na aquisição, gestão e distribuição dos medicamentos, concretizada com a nacionalização de importação de medicamentos que foi confiada a uma empresa de Estado a “Central Farmedi.”

No ano seguinte, o governo orientou a política farmacêutica para o PME.

Os componentes desse Programa começaram a ser implementados a partir de 1997 nomeadamente com:

- Elaboração e publicação do primeiro Formulário Nacional de Medicamentos;
- Elaboração de Listas de Medicamentos para diferentes níveis de Estruturas Sanitárias (1984);
- Elaboração do Guia de Utilização de Medicamentos para os Enfermeiros dos CS;
- Seminários de formação no âmbito do uso racional de medicamentos;

- Criação da Comissão Nacional de Medicamentos – Órgão consultivo do MINSAP na área farmacêutica (1984).

No âmbito da reestruturação do MINSAP, foi criada, em 1989, a Direção dos Serviços Farmacêuticos integrada na Direção Geral da Saúde Pública com o objetivo de assegurar a execução da política farmacêutica.

O Projeto da Legislação Farmacêutica foi aprovado pelo governo no mesmo ano devido à política de liberalização econômica adotada.

Com efeito, a exclusividade da importação conferida à Central Farmedi pelo Plano Nacional de Saúde foi ampliada às Farmácias privadas do país, fato que carecia de determinada regulamentação.

No entanto, o objetivo pretendido pelo Plano Nacional de Saúde nos anos 1970 (disponibilidade e acesso de medicamentos em todo o país, assim como a assistência médica e tratamento gratuitos) revelou-se irrealista e impraticável. O orçamento do MINSAP para os medicamentos representava 10% das despesas gerais das necessidades em medicamentos para o país. Existia assim uma grande dependência dos doadores que contribuíam para a compra dos restantes 90% dos medicamentos importados.

Perante o panorama, o país beneficiou-se de uma missão de consultoria, com apoio técnico e financeiro do Institut Royal des Tropiques “KIT”, decorrida de 4 de junho a 5 de julho de 1995, sobre a Revisão do PME na perspectiva da expansão da IB em algumas regiões.

Essa missão teve como principal objetivo preparar o documento estratégico do PME, para discussão com os parceiros económicos a fim de garantir um cofinanciamento em médio e longo prazo (10 anos) para o referido Programa.

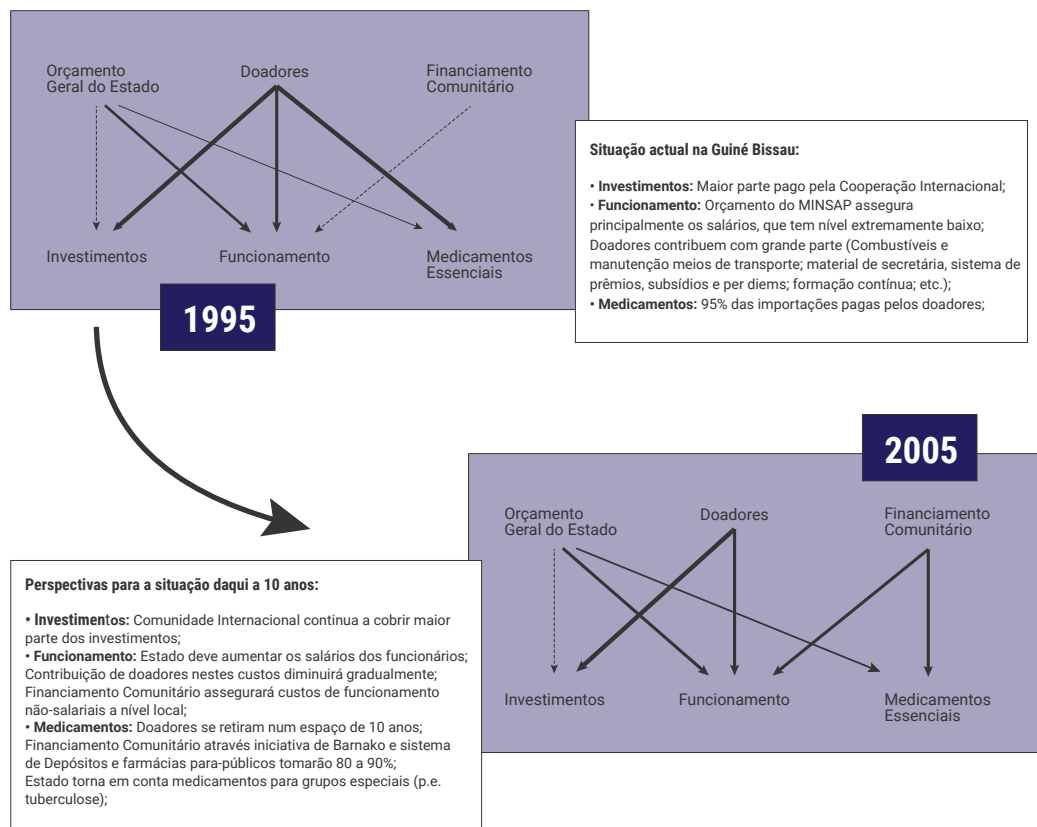
Com a revisão do PME, a estratégia considerada para a normatização do processo de aprovisionamento desde a aquisição, gestão e distribuição dos medicamentos foi a da nacionalização da importação de medicamentos que, na altura, tinha sido confiada a uma empresa de Estado, a Central Farmedi.

Por conseguinte, perante a progressiva diminuição das contribuições dos doadores e consequente instabilidade na aquisição dos medicamentos, os governos dos países de África Ocidental reuniram-se em Bamako (1987) para encontrar uma plataforma de entendimento para a sua resolução.

Dessa reunião, nasceu a chamada IB, cujos objetivos eram, entre outros:

- a) Recuperar os custos dos medicamentos para a renovação do estoque;
- b) Utilizar parte do dinheiro recuperado para fazer funcionar os serviços.

Figura 3. Cofinanciamento do setor de saúde e introdução de recuperação de custos



A Monitorização Descentralizada de Tanahashi

Esta metodologia consiste em monitorizar, entre outras atividades, as de saúde materna e infantil que integram o pacote de cuidados prestados nos CS, com o objetivo de melhorar de forma sustentada o desempenho dos serviços. Com a inovação e a aprendizagem no centro da melhoria, pretende-se, por meio de um exercício baseado em um ciclo de gestão:

- Elaborar planos (Microplanos das respetivas AS);
- Implementar ações do plano (supervisão, seguimento do programa, SGIS);
- Verificar (análise técnica – monitoramento descentralizado semestral);
- Agir (Coordenação – Monitoramento anual).

Pretende-se com este exercício encontrar melhores respostas aos problemas identificados *in loco*. Descentralizar a monitorização para que ela se revele eficaz e eficiente, contribuindo, dessa forma, para acesso, cobertura, disponibilidade e utilização dos serviços de saúde pela comunidade.

A metodologia tem ainda em vista a tomada de decisão sobre a estratégia mais apropriada para a implementação do plano operacional “Microplano do período” para intervenções de Alto Impacto sobre a mortalidade materna e infantojuvenil, tais como:

- A nível de cada AS, recolha de Dados demográficos;
- Atividades de vacinação das Crianças < 1 ano;
- Consulta Pré-Natal integrada;
- Parto Assistido;
- PTMF (Prevenção da Transmissão Mãe e Filho);
- Planeamento Familiar;
- Cuidados curativos para as Crianças com menos de 5 anos;
- Monitorização semestral de cada AS;
- Análise de estrangulamentos identificados;
- Gráficos elucidativos dos resultados da monitorização elaborada;
- Planos de Ação por cada AS no âmbito da Saúde Reprodutiva, PAV e AIDI com respostas adequadas aos estrangulamentos identificados;
- Resultados divulgados a todos os intervenientes no processo.

O PNDS 2018-2022 (3ª geração) define estratégias correntes

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

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

As estratégias do presente PNDS vão ao encontro da iniciativa mundial, cobertura universal de saúde, que faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que devem ser conseguidos até 2030. Essa iniciativa universal fundamenta-se em cuidados de saúde primários fortes e centrados nas pessoas, não se focando apenas na prevenção e no tratamento de doenças, mas visando também melhorar o bem-estar e a qualidade de vida, baseando-se em três pilares:

Figura 4. Pilares do PNDS III

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

Principais resultados obtidos ao longo do tempo

Aumento gradual do acesso aos CSP

Na Guiné-Bissau, os progressos no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados com a saúde foram muito tímidos.

Apesar de o desenvolvimento do SNS ter sido interrompido e ficado bastante fragilizado, cito alguns resultados de referência ao longo do tempo, repartidos em um período pré e pós-eventos 7 de junho 1998:

Mortalidade das crianças

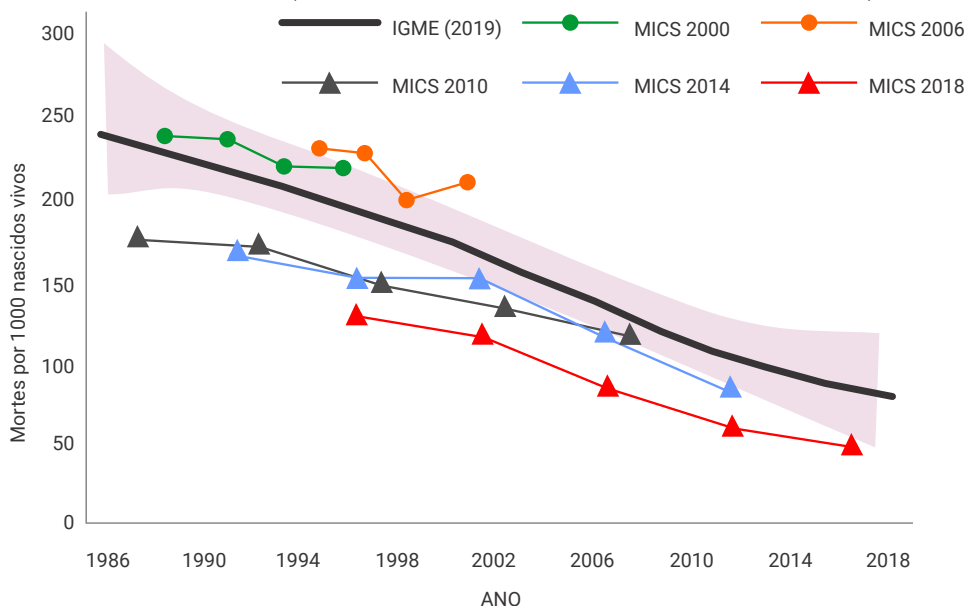
- A taxa de mortalidade perineonatal (a perinatal abrange os natimortos; e a neonatal, as crianças falecidas durante o primeiro mês) situava a 10% (respectiva-

mente, 4,7% e 5,6%) de crianças: e a taxa de mortalidade pós-neonatal (entre o 1º e 11º mês) era 9,2% para o país. Entre os períodos 1990/1992 e 1993/1995, constatou-se uma tendência para redução dessa mortalidade.

- A taxa de mortalidade infantil (soma de mortalidade pré-neonatal e pós-neonatal) era estimada em 145%.
- A taxa de mortalidade acumulada das crianças menores de 5 anos (mortalidade infantojuvenil) era de 277%.
- Um estudo prospectivo, realizado em 1996, estimou a mortalidade materna em torno de 700 por 100 mil nascidos vivos até 4 meses depois do parto. Observou-se uma ligeira baixa dessas taxas no período 1990-1995.
- Um estudo epidemiológico anterior, realizado em 1990, tinha estimado a mortalidade materna em 914 por 100 mil nascidos vivos. As metodologias utilizadas eram diferentes para esses estudos, não se podendo, contudo, tirar nenhuma conclusão quanto à evolução da mortalidade materna durante o decênio. Ela é visivelmente mais elevada na região de Gabu do que nas outras, o que podia ser atribuída à prática de casamento precoce e excisão. Os dados revelam igualmente que é em Gabu que os casos de desproporção cefalopélvica são mais numerosas e que é em Biombo que os casos de infecção pós-parto são mais frequentes. As grávidas com gemelar apresentam um risco de morrer 5,3 vezes mais elevado que as grávidas com uma só criança.
- A taxa de mortalidade infantil e juvenil tem diminuído nos últimos 15 anos, mas a um ritmo relativamente lento; passou de 223% em 1995 para 218% em 2000; para 204% em 2005, depois 89% em 2015.
- A mortalidade materna, estimada em 900 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, ainda permanece uma taxa muito elevada, superior à média de países com perfil socioeconômico semelhante.

Isso é também uma realidade para a maioria dos indicadores de saúde da morbidade. As causas do problema são múltiplas.

Figura 5. Tendências de taxas de mortalidade de menores de cinco anos, MICS6, Guiné-Bissau (2000, 2006, 2010, 2014, 2018-2019 e IGME)



Apesar do fardo das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis, a Guiné-Bissau registou alguns resultados encorajadores quanto ao controle e eliminação de algumas doenças emergentes e reemergentes: como a filariose linfática, a oncocercose e tracoma até 2020; e, também, apoio à eliminação da lepra, reduzindo o fardo das doenças atribuíveis à geo-helmintíase, controle da raiva e correção do sofrimento associado com Noma. Com a implementação do projeto de Higiene e Saneamento com apoio financeiro da Unicef no domínio do Saneamento, a infecção por doenças parasitárias de transmissão feco-oral, nomeadamente a cólera, não se regista há longos anos. Muito recentemente, o país foi atribuído ao estatuto de País livre de Pólio.

Saúde Mental – a oferta dos serviços do CS mental era das mais procuradas entre os nossos países vizinhos, dado ao sistema conjugado de isolamento dos doentes mais agressivos e os pacientes em um regime identificado com o ambiente mais aberto, familiar e pequenas ocupações orientadas, graças ao apoio da Cooperação Holandesa tanto em termos de Assistência técnica especializada quanto de recursos financeiros.

Recursos Humanos

- Um número considerável de efetivos de Enfermagem eram Socorristas e mais reduzido de Enfermeiros em diferentes especialidades. Procedeu-se a um levanta-

tamento de todos os Socorristas efetivos e implementados programas de Reciclagem e Curso de Promoção a fim dos seus enquadramentos no Quadro normal dos Recursos Humanos da Função Pública. Este arranjo permitiu melhorar o nível salarial de compensação durante a aposentação;

- Implementado um Projeto de “Formação Pós-Graduada de Médicos Guineenses”, 1996-2001 Banco Mundial; no final do “Curso de Formação Pós-Graduada de Médicos”, o Governo Guineense pôde dispor de médicos com preparação suficiente e domínio de habilidades nas quatro valências básica: medicina, cirurgia, obstetrícia/ginecologia e pediatria. O mestrando foi designado gestor da logística pela entidade formadora – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto;
- Implementado um Curso de Saúde Pública, envolvendo 22 Quadros do MINSAP, Médicos e Enfermeiros, Responsáveis por Programas em nível central e das Regiões Sanitária. Esta formação foi realizada em nível técnico pelo Institut de Santé et Développement, une institution Universitaire de Santé Publique de l`Université de DAKAR, responsável da vertente técnica, em parceria com l`Institut Africain de Développement de l`Entreprise (ISADE, financiado pelo Banco Mundial com início 13 de outubro 2000).

Infraestrutura

- Ampliação da rede sanitária graças ao apoio dos Parceiros Internacionais, de 36 CS nos Setores administrativos para um pouco mais de 114 CS padrão nas AS;
- Logística disponível para atividade de Estratégias Avançada em todas as AS;
- Cadeia de Frio (CDF) em todas as DRS e AS alimentadas com sistema solar;
- Casas das Mães em todas as Regiões sanitárias, a fim de facilitar acesso das grávidas com alto risco obstétrico, parto seguro com Cuidados Obstétricos de Urgência (COU);
- Centros de Recuperação Nutricional criados e oferecem serviços de recuperação nutricional das crianças.

Adoção do desenvolvimento sanitário em três fases

- Definição do Distrito Sanitário e atribuição de 8 Regiões administrativas e SAB, a 11 Regiões Sanitárias.
- O PRGS, cujo objetivo era, essencialmente, criar estruturas sanitárias mais bem adaptadas às necessidades sanitárias regionais e melhorar a sua capacidade de gestão. As equipas de gestão sanitárias fizeram face a problemas de tipo opera-

cional, o que permitiu, em primeiro lugar, reforçar um certo número de sistemas de apoio (transporte, supervisão, formação contínua etc.), assistência técnica da OMS – Geneve.

- O manejo da programação por objetivos, geralmente no quadro dos projetos de desenvolvimento regionais financiados pela ajuda externa e utilizando diversos formatos segundo os doadores.
- A programação anual das atividades sanitárias (plano de atividades ou plano de ação anuais segundo as regiões), para as quais cada região desenvolveu a sua própria metodologia inspirando-se de diferentes modelos, tais como o PRGS ou a programação por objetivos, foi objeto de exercício sob coordenação do Diretor Geral de Panificação em colaboração com o seu homólogo Diretor Geral da Saúde Pública, que tutela os Programas Técnicos de Saúde.
- Colaboração Interinstitucionais, com Instituições privadas de caráter confessionais não lucrativas cada vez mais evidentes em nível de cada DRS

Saúde Comunitária

- Rede das USC ASC e Matronas – Agentes Saúde Comunitários;
- Política para ASC;
- Plano Estratégico Saude Comunitária 2021 – 2026 Unicef;
- Prémio atribuído à Guiné-Bissau, com Diploma de Mérito durante a Conferência sobre Iniciativa Comunitária em África “CISCA “em 1993;
- Práticas Familiares Essenciais (17 PFE) (ver as componentes).

A Promoção do Programa de “Medicamentos Essenciais” alcançou estabilidade

O PME, cujas origens estão, desde 1990, ligadas à IB já descrita, embora atualmente não praticada, constituiu uma base sólida por meio dos depósitos e dos postos de venda de medicamentos e um elemento muito importante do sistema de saúde. A recuperação de custos a partir da venda de medicamento assegurou, progressivamente, não só a renovação dos “stocks”, mas também a armazenagem, a distribuição e a gestão (despesas correntes do sistema de abastecimento). Por outro lado, os fundos assim gerados permitiram, em conjunto com outras receitas da cobrança de serviços, cobrir as despesas correntes das estruturas de cuidados. Assim, dado que a disponibilidade em medicamentos é condição para a disponibilidade grande parte dos serviços, podemos afirmar que os medicamentos são o “motor” do sistema de saúde. Por isso, deverão ser promovidas as condições para a existência de uma certa independência e autonomia financeira do sistema dos depósitos e das farmácias públicas em relação ao Estado. Os

montantes recuperados deveriam servir, em primeiro lugar, para renovação dos “stocks” de medicamentos e nunca para outras despesas do MINSAP, muito menos de outros organismos do Estado.

A comunidade internacional garantiria, no início do PNDS, o financiamento das importações de medicamentos, que seriam, ao cabo de 10 anos, assegurados pelo financiamento comunitário.

Como estava previsto, o sistema evoluiu para uma Instituição com estatuto para-público, com um conselho de administração no qual participarão ao lado da representação do MINSAP e Parceiros doadores.

Com a evolução do sistema de aprovisionamento de ME no país, já há muitos anos, foi transformada na Central de Compra de Medicamentos com Filiais nas Regiões.

Desafios a serem superados

- Garantir o funcionamento do sistema de saúde com menos pessoal, mas mais qualificado e com melhor remuneração;
- Melhorar a qualidade das prestações dos cuidados, por meio de uma emulação baseada em perspectivas reais de carreira;
- Regulamentar o recrutamento local, na base das necessidades locais e concursos de vagas, e próprio orçamento provenientes de recuperação dos custos;
- Reforçar a formação contínua dos técnicos não só do ponto de vista clínico, mas também em organização e gestão dos serviços, deontologia e ética e técnicas de comunicação.
- Incentivar colaboração de parceria com as Organizações profissionais de Saúde, para desenvolvimento e implementação das Carreiras;
- Proporcionar uma remuneração e subsídios atrativos e Alojamentos para Técnicos nas AS com alojamentos apetrechados com o essencial (entre outros, mobiliários, TIC);
- Estabelecer com eficácia, por intermédio de um Gabinete de Planeamento Regional, uma parceria de colaboração Institucional, Intermultissetorial com todos os setores do desenvolvimento do país, porque a essência funcional de cada um concorre como fator determinante para o alcance da Agenda 2030, por exemplo:
 - a educação: uma mulher escolarizada está mais bem preparada para contribuir para a própria saúde e, conseqüentemente, dos filhos e família;
 - as estradas e transportes: proporcionam acesso mais rápido e seguro das populações na procura da saúde e, conseqüentemente, podem influenciar para o bom prognóstico no atendimento;

- a agricultura: na produção, disponibilidade dos produtos alimentares, promoção da diversidade e uso dos produtos alimentares locais;
- o ambiente: a promoção da preservação do ambiente saudável, higiene e saneamento adequado influencia o estado da saúde sã;
- Cada um no âmbito da sua responsabilidade e mandato.

Financiamento saúde “OGE” (acordo de Abuja 15%)

- Os principais desafios do sistema de saúde da Guiné-Bissau são a insuficiência de recursos, o que explica a não implementação do PNDS e do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde, desde a primeira geração;
- Verificou-se, mais acentuadamente depois dos eventos de 07 de junho 1998, um desfuncionamento cíclico caracterizado por insuficiente engajamento orçamental do governo que apenas paga os salários dos RH da saúde e mesmo estes não são atrativos;
- Recursos humanos de qualidade (Especialistas em todas as especialidades) também são extremamente insuficientes, principalmente nas Especialidades das Estruturas de referência. Nas AS, os RH de qualidade também são muito insuficientes. Uma gestão deficiente em todos os níveis e que na maioria não obedece às normas administrativas e financeiras;
- Insegurança no aprovisionamento de medicamento e produtos médicos essenciais e de tecnologias de saúde obsoletas.

ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA A ORGANIZAÇÃO DOS CSP NA GUINÉ-BISSAU

Definição do mapa sanitário

Já descrito.

PMA – PES

Cuidados de Referência Regional – CS A

Também já descritos, como Estruturas da primeira linha de recurso para solução dos pacientes que precisam de uma assistência mais especializada.

PME

O PME tinha como objetivo garantir disponibilidade de medicamentos de boa qualidade para toda a população, a todos os níveis do sistema e inicialmente gratuito.

Os componentes desse Programa começaram a ser implementados a partir de 1977, como se seguem:

- Elaboração e publicação do primeiro Formulário Nacional de Medicamentos;
- Elaboração da lista de medicamentos para diferentes níveis da Estrutura sanitária (1984);
- Elaboração do guia de utilização de medicamentos para os Enfermeiros dos CS;
- Seminários de formação no âmbito do uso racional de medicamentos;
- Criação da Comissão Nacional de Medicamentos – Órgão consultivo do MINSAP na área farmacêutica (1984).

Estratégia para estruturas da saúde comunitária

Diante dos desafios que nos impõe, a prioridade é fortalecer o acesso aos serviços de saúde por meio dos CSP (atualmente 40%), e a qualidade dos serviços básicos de saúde, prestando atenção especial à motivação e ao envolvimento da comunidade na gestão e na tomada de decisões favoráveis à melhoria do estado de saúde das populações em que estão inseridas.

Os ASC estão implicados na prestação de vários serviços de saúde, na mobilização de famílias para procurar tratamento ou mulheres para irem às consultas pré-natais, na senilização e na informação sobre o comportamento saudável.

Os ACS são fundamentais na senilização sobre lavagem das mãos, práticas higiênicas, vacinas, nutrição saudável e prevenção da malária. Eles colaboram na distribuição da quimioprofilaxia contra o paludismo, distribuição de MILDA, e são treinados em identificar alguns sinais de perigo, a fim de aconselhar e colaborar no encaminhamento dos doentes para CS.

Implementação das Práticas Familiares Essenciais (16 PFE);

Política saúde comunitária 1 ASC/50 famílias;

Cogestão comunitária.

ARTICULAÇÃO DOS CPS COM OS CUIDADOS AMBULATORIAIS ESPECIALIZADOS E HOSPITALARES

- Qualquer uma dessas estruturas já foram mencionadas como estruturas de referência e de soluções, por exemplo, as CPN nos CS, quando identificam os ARO, são

referidas e acolhidas nas Casas das Mães, habitualmente no recinto da Estrutura de referência, na eventual necessidade de urgência. Estas estruturas podem ser Hospitais Regionais ou CS A com capacidade de cirurgia de urgência e transfusão.

- Centros de Recuperação Nutricional, para Seguimento Nutricional das Crianças por meio das consultas de puericultura (seguimento e desenvolvimento das Crianças).
- Laboratório Regionais, não só exames de diagnósticos mais especializado e, também, para controle de qualidade das lâminas.
- Centros de Tratamento Regionais da Tuberculose, que servem de seguimento do tratamento e controle dos doentes da própria AS e estão em estreita ligação com os Centros Nacionais reservado a casos de graves e resistentes.

Papel e atuação dos CPS no combate das doenças endêmicas e ou negligenciadas

Como já foi descrita, a situação na Guiné-Bissau é caracterizada pela persistência de elevada morbidade e mortalidade, nomeadamente as relacionadas com a mãe e a criança. Doenças infecciosas e parasitárias, deficiências nutricionais em crianças e gestantes, higiene e educação sanitária inadequadas são os principais determinantes do baixo nível de saúde da população.

O combate das doenças endêmicas e ou negligenciadas estão integradas ao Pacote da Vigilância epidemiológica em nível de cada AS, cujo responsável estabelece ligação com os elementos dos ACS e ou colaboração com os Líderes comunitários ou pessoas influentes na comunidade.

Por conseguinte, para fortalecer a vigilância, o país conta com uma rede de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em todas as 117 áreas de saúde que podem ser otimizados e treinados nessas áreas de pesquisa ativa e detecção precoce de doenças sob vigilância. Cada ACS tem a responsabilidade de zelar por 50 famílias (uma média de 350 pessoas). Periodicamente, o ACS deve atualizar o registo nomeadamente das crianças nascidas com a finalidade de seguir o seu estatuto vacinal ou outra atividade na comunidade.

Qualquer rumor relacionado com uma situação de doença anormal, o ACS ou outra personalidade de ligação informa ao CS da sua área.

Os ACS também são elementos de ligação do CS com a comunidade, também perante as visitas de Estratégias avançadas, anunciar a comunidade antecipadamente do calendário da visita do Técnico de saúde.

A Informação Educação Comunicação faz parte do conteúdo das 16 PFE.

Participação dos ASC na procura dos faltosos para vacinação TT° TB.

Participação e implicação dos ASC nas campanhas de MILDA e QPS.

O desafio da preparação e retenção dos recursos humanos

PNDS 1998-2002 ... um novo impulso

Um dos principais desafios do sistema de saúde da Guiné-Bissau é a insuficiência de recursos, o que explica a não implementação no caso concreto do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde 2008-2017. Recursos humanos de qualidade também são muito insuficientes, principalmente nas áreas de saúde.

Como desafio para retenção dos RH: aumentar a motivação do pessoal de saúde por meio do melhoramento das condições de trabalho e das perspectivas de carreira;

- Reforço da formação, segundo as prioridades e as necessidades do sistema de saúde, nomeadamente:
 - dar continuidade à formação de parteiras e ao programa de formação pós-graduada nos domínios clínicos e de saúde pública;
 - ENS, focalizar na formação pós-graduada em todas as especialidades;
 - Integrar os programas de formação;
- Salários e subsídios;
- Carreiras;
- Habitações.

Implementar as Carreiras Profissionais.

Funcionamento das organizações profissionais (Ordens).

Financiamento dos PDRHS.

Aumentar o OGE para o Setor Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. URSS; 6-12 de setembro de 1978.
2. Monekosso LG. Accélérer l'instauration de la sante pour tous les Africains: scenario de developpement sanitaire en trois phases. Brazzaville; AFRO; 1989.
3. van den Berg Y, Wijngaard F. Co-Gestão Comunitária, orientações de base para a aplicação do manual e introdução aos exercícios. Revisão e Adaptação: Dra Candida Gomes Lopes, Dr Júlio C. Sá Nogueira, Dr. Helder A. Lopes. Guiné-Bissau; abril de 2000.

4. Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Relatório do Terceiro Encontro Inter-Regional, sobre A Planificação Regional. Guiné-Bissau; Ministério da Saúde Pública; 1995.
5. Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, Guiné-Bissau 1998-2002... um novo Impulso. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 1998
6. Guiné-Bissau. Revisão do Programa Nacional dos Medicamentos Essenciais na Perspetiva da Iniciativa de Bamako, Relatório de Missão. Guiné-Bissau: Royal Tropical Institute – KIT; 1995.
7. United Nations Children’s Fund. Multiple Indicators Cluster Survey, INE, 2018-2019. UNICEF; 2018