A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU NOS ÚLTIMOS 50 ANOS: AVANÇOS E DESAFIOS

LA TRAJECTOIRE DE LA SANTE EN GUINEE-BISSAU AU COURS DES 50 DERNIERES ANNEES: AVANCEES ET DEFIS

THE TRAJECTORY OF HEALTH IN GUINEA-BISSAU OVER THE LAST 50 YEARS: ADVANCES AND CHALLENGES

Plácido Cardoso[1]
Gizelo Mendonça[2]
Paulo Ferrinho[3]

1. Ministério da Saúde Pública (MINSAP) | Célula de apoio à gestão de fundos COVID19, Guiné-Bissau, plamoncar@gmail.com

2. Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), giarmen6@gmail.com

3. Global Health and Tropical Medicine, Associate Laboratory in Translation and Innovation Towards Global Health, LA-REAL, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal, pferrinho@ihmt.unl.pt

Resumo

Descreve-se a evolução do setor da saúde na República da Guiné-Bissau (RGB) desde os tempos coloniais, visitando a luta armada e percorrendo o período pós-independência. Esse período foi analisado em três fases: da independência até 1980; de 1980 até à guerra civil de 1998; de 1998 até ao presente. Identifica-se um investimento precoce, com o apoio da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial, em um Projeto de Reforço de Gestão Sanitária para os técnicos de saúde a todos os níveis da pirâmide sanitária. Esse projeto lançou a bases de uma cultura de planejamento refletida no desenvolvimento de sucessivos Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) e a Planos de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PNDRHS), apoiados por um gabinete autônomo a funcionar ainda hoje no seio do Ministério da Saúde Pública (MINSAP), a Célula de Gestão do PNDS. Ao longo desta narrativa, aprofundamos cinco temas em cinco caixas de texto: evolução da força de trabalho do setor; evolução do sistema nacional de investigação em saúde; evolução do sistema de formação de quadros em saúde; pirâmide sanitária do Sistema Nacional de Saúde; evolução da rede de infraestruturas do MINSAP. O desenvolvimento do setor da saúde está intimamente ligado à diversidade cultural da RGB, à evolução político-militar do país, à democratização militarizada, ainda em curso, ao seu crescimento demográfico, à transição epidemiológica, à transição de uma economia socialista para uma economia de mercado, com persistência da pobreza e crescente dependência das parcerias e apoios internacionais, reduzindo os fluxos de apoios financeiros e contribuindo para manter o financiamento do setor precário e mal gerido, fazendo cair sobre as famílias a maior fatia do financiamento do setor. Em termos legislativos, desde a independência, o setor da saúde carece de uma lei de bases da saúde e de outros instrumentos legais aos quais não tem conseguido dar resposta. Os maiores desafios continuam a ser relacionados com: i) governança dos recursos humanos, ii) aspectos legais e legislativos, iii) financiamento do setor, iv) ausência de um mecanismo de coordenação das ajudas externas, v) incapacidade de execução dos PNDS e os PNDRHS; todos maioritariamente justificados pela instabilidade política que se vive no país há quase três décadas.

Palavras-chave: Sistema Nacional de Saude, recursos humanos, infraestruturas, equipamentos, acordo de cooperação, política nacional de saúde, Guiné-Bissau, planificação estratégica.

Résumé

L'évolution du secteur de la santé en République de Guinée-Bissau (RGB) depuis l'époque coloniale est décrite, en passant par la lutte armée et en couvrant la période postindépendance. Cette période a été analysée en trois phases : de l'indépendance aux années 1980 ; de 1980 jusqu'à la guerre civile de 1998 ; de 1998 à nos jours. Un investissement précoce est identifié, avec le soutien de l'Organisation mondiale de la santé et de la Banque mondiale, dans un projet de renforcement de la gestion de la santé destiné aux techniciens de santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Ce projet a posé les bases d'une culture de planification qui s'est traduite par l'élaboration successive de Plans Nationaux de Développement Sanitaire (PNDS) et de Plans de Développement des Ressources Humaines en Santé (PNDRHS), appuyés par un bureau autonome encore en activité aujourd'hui au sein du Ministère de la Santé Publique (MINSAP), la Cellule de Gestion du PNDS. Tout au long de ce récit, nous abordons cinq thèmes dans cinq encadrés : l'évolution de la main-d'œuvre du secteur ; évolution du système national de recherche en santé; évolution du système de formation du personnel de santé ; pyramide sanitaire du Système National de Santé ; évolution du réseau d'infrastructures du MINSAP. Le développement du secteur de la santé est étroitement lié à la diversité culturelle de la RGB, à l'évolution politico-militaire du pays, à la démocratisation militarisée, toujours en cours, à sa croissance démographique, à la transition épidémiologique, au passage d'une économie socialiste à une économie de marché, avec une pauvreté persistante et une dépendance croissante aux partenariats et aux soutiens internationaux, réduisant les flux de soutien financier et contribuant au maintien d'un financement précaire et mal géré du secteur, faisant que la plus grande part du financement du secteur revient aux familles. Sur le plan législatif, depuis l'indépendance, le secteur de la santé manque d'une loi fondamentale sur la santé et d'autres instruments juridiques auxquels il n'est pas en mesure de répondre. Les plus grands défis continuent d'être liés à : i) la gouvernance des ressources humaines, ii) les aspects juridiques et législatifs, iii) le financement du secteur, iv) l'absence de mécanisme de coordination de l'aide extérieure, v) l'incapacité à exécuter le PNDS et le PNDRHS ; le tout justifié en grande partie par l'instabilité politique qui règne dans le pays depuis près de trois décennies.

Mots-clés: Système National de Santé, ressources humaines, infrastructures, équipements, accord de coopération, politique nationale de santé, Guinée-Bissau, planification stratégique.

Summary

This article describes the evolution of the health sector in the Republic of Guinea-Bissau (RGB) since colonial times, including the armed struggle and the post-independence period. This period was analyzed in three phases: from independence to 1980; from 1980 to the civil war of 1998; and from 1998 to the present. Early investment, with the support of the World Health Organization and the World Bank, in a Health Management Strengthening Project for health technicians at all levels of the health pyramid is identified. This project laid the foundations for a planning culture reflected in the development of successive National Health Development Plans (PNDS) and Health Human Resources Development Plans (PNDRHS), supported by an autonomous office that still operates today within the Ministry of Public Health (MINSAP), the PNDS Management Cell. Throughout this narrative, we delve into five themes in five text boxes: evolution of the sector's workforce; evolution of the national health research system; evolution of the health staff training system; health pyramid of the National Health System; evolution of the MINSAP infrastructure network. The development of the health sector is closely linked to the cultural diversity of the RGB, the political and military evolution of the country, the ongoing militarized democratization, its demographic growth, the epidemiological transition, the transition from a socialist economy to a market economy, with persistent poverty and increasing dependence on international partnerships and support, reducing the flow of financial support and contributing to maintaining the financing of the sector precarious and poorly managed, with families being responsible for the largest share of the sector's financing. In legislative terms, since independence, the health sector has lacked a basic health law and other legal instruments to which it has not been able to respond. The biggest challenges continue to be related to: i) governance of human resources, ii) legal and legislative aspects, iii) financing of the sector, iv) the absence of a mechanism for coordinating external aid, v) the inability to implement the PNDS and PNDRHS; all of these are largely justified by the political instability that the country has been experiencing for almost three decades.

Keywords: National Health System, human resources, infrastructure, equipment, cooperation agreement, national health policy, Guinea-Bissau, strategic planning.

O SETOR DA SAÚDE DURANTE O PERÍODO COLONIAL

Após 528 anos da colonização portuguesa, a República da Guiné-Bissau (RGB) conquistou a sua independência aos 24 de setembro de 1973.

Foi herdado um Sistema Nacional de Saúde direcionado para as necessidades de saúde dos colonos, das forças armadas portuguesas, ao combate a grandes endemias tropicais (paludismo, oncocercose, doença do sono, bilharziose, ancilostomose), lepra, tuberculose, e às doenças com potencial epidêmico (cólera, varíola, sarampo e febre amarela). A presença de grande número de tropas resultou no crescimento descontrolado de doenças venéreas[1].

Na Guiné, existia o Hospital Militar de Bissau (Hospital 3 de Agosto após a independência e antes da sua destruição na guerra civil de 1998) que substituía as enfermarias de setor e Hospitais de Evacuação existentes em outros territórios coloniais. Este contava com 320 camas, tinha capacidade de hospital central e era a unidade sanitária para onde convergiam todos os feridos, oriundos diretamente do mato ou vindos dos Postos de Socorros das Unidades militares[2].

Regra geral, os nativos, que padeciam dos mesmos males, da fome generalizada e de deficiências de micronutrientes diversos, dependiam de cuidados prestados por padres das missões e dos hospícios, bem como dos tratamentos feitos por curandeiros locais[1].

A partir de 1946, começaram a funcionar alguns postos de saúde, e foi inaugurado o Hospital de Bissau, conhecido hoje por Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM)[1].

Os serviços oficiais de saúde, em 1954, contavam com apenas 18 médicos, 2 farmacêuticos, 4 enfermeiras e 36 enfermeiros, 62 auxiliares de enfermagem, 1 parteira e 37 parteiras auxiliares. O hospital de Bissau, em sua maioria utilizado pelos colonos europeus, empregava 7 desses médicos, todas as enfermeiras e 16 das parteiras auxiliares: para o resto da população, na sua maioria rural, estavam disponíveis, na melhor das hipóteses, 11 médicos, em que 3 destes estavam normalmente a gozar férias em Portugal. Dessa forma, o resultado prático da administração portuguesa, no que diz respeito a serviços de saúde, era a provisão de l médico para 100 mil africanos, enquanto a provisão de enfermeiras e parteiras era pouco melhor. A maioria das 300 camas de hospital existentes na colônia concentravam-se em Bissau, e fora da capital, havia apenas um hospital[2].

Somente após a Segunda Guerra Mundial é que começaram a surgir ações e campanhas de investimento nos territórios africanos que visavam ao efetivo melhoramento da vida dos indígenas. Esse esforço foi galvanizado pelo início das lutas de libertação nacional nas colônias portuguesas em geral, depois do massacre de Pidjiguiti em 1959

na Guiné e, posteriormente, por meio do "Programa Para uma Guiné Melhor", implementando um acelerado investimento em diversos setores, como educação e saúde, entre outros, durante a governação do general António de Spínola (entre 1968 e 1973) como parte da sua campanha de granjear a confiança dos guineenses[2].

Em 1961, foi iniciada, em parceria com a fundação Calouste Gulbenkian, uma ação dos serviços de saúde contra a tuberculose[2].

Em 1963, foram distribuídos gratuitamente, de forma massiva, comprimidos para o combate ao paludismo. Encontrava-se em curso uma "Missão permanente de Estudo e Combate da Doença do Sono e outras Endemias" do Instituto de Medicina Tropical com um impacto significativo no combate à lepra. Existiam então:

> 1 Hospital Geral (320 camas), 2 Hospitais Rurais (223 camas), 25 centros médicos (218 camas), e 3 Maternidades (78 camas). Serviços externos eram oferecidos nos 3 hospitais, em 6 centros de saúde, 10 unidades de saúde, 51 postos médicos e 4 postos de primeiros socorros [...] 24 centros de maternidade que realizam serviços de bem-estar infantil e 1 centro de saúde infantil[2].

A estas, adicionavam-se unidades dentárias, uma clínica de psiquiatria e dois laboratórios. Os serviços eram prestados por 34 médicos (1 por 15.400 habitantes), 1 dentista, 6 farmacêuticos, 11 assistentes de farmacêutica, 35 enfermeiras qualificadas, 1 enfermeira obstetra qualificada, 95 auxiliares de enfermagem, 41 auxiliares de obstetra, 1 enfermeira pediátrica, 3 técnicos de laboratório, 3 técnicos de Raio-X[2].

O SETOR DA SAÚDE NAS ZONAS LIBERTADAS DURANTE A LUTA ARMADA

No princípio da luta armada, o enfoque das intervenções sanitárias era a prestação de primeiros socorros "aos combatentes feridos nas frentes da guerra, por socorristas formados em tempo útil entre os jovens integrados nos 'Bigrupos' da guerrilha e capazes de assumir, com responsabilidade, essas funções"[3].

Com a conquista de zonas libertadas e o apoio de cirurgiões militares cubanos, surgiram, sucessivamente, os Postos de Saude e os Hospitais de Campanha – estes com cirurgiões em permanência –, instituições avançadas na prestação dos primeiros cuidados de saúde, incluindo intervenções cirúrgicas, garantidos tanto para os guerrilheiros quanto para todos aqueles que deles precisassem, entre eles, os alunos e os professores das escolas e a população geral. Tais estruturas eram apoiadas na retaguarda – com o auxílio de profissionais de saúde de países da Europa do Leste, Holanda, Portugal e Suécia – por dois hospitais, um em Kundara e outro em Boké, perto da fronteira com a República da Guiné e um Centro de Assistência médica aos feridos e outros doentes, em Ziguinchor no Senegal. As evacuações dos hospitais de campanha para

essas estruturas de retaguarda eram feitas em condições particularmente precárias, em macas rudimentares levadas ao ombro. A logística de apoio era coordenada a partir de Conakry, de um "Depósito" de medicamentos, equipamentos e outros artigos essenciais para o funcionamento dos postos de saúde e dos hospitais das diferentes categorias, doados por governos dos países socialistas ou enviados por organizações e grupos de simpatizantes nos países ocidentais, "designadamente Bélgica, Estados Unidos da América, França, Holanda, Inglaterra e Suécia, entre outros"[3,4].

Além da prestação de cuidados de saúde, o Hospital de Boké foi um importante centro de formação de enfermeiros e de auxiliares de enfermagem, assim como de estágios pontuais de socorristas formados nos Hospitais de Campanha, nas zonas libertadas. Esses recursos foram importantes para o relançamento do Sistema Nacional de Saúde após a independência.

O DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE APÓS A INDEPENDÊNCIA

Com a Declaração Unilateral da Independência da Guiné-Bissau em 1973, entrou em vigor uma primeira Constituição, ainda no quadro da luta de libertação. Consagravam-se o princípio da unidade Guiné-Cabo Verde e a organização do poder político monopartidário, de inspiração marxista. Depois do reconhecimento, por Portugal, da independência da Guiné-Bissau em 1974 (então com uma população de cerca de 624 mil habitantes) e de Cabo Verde se ter tornado independente em 1975, novas Constituições foram aprovadas em 1980 para os dois países, em que o Partido Africano da Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC) continuava a governar em sistemas de partido único, mantendo o princípio da unidade Guiné-Cabo Verde.

Com a independência, o governo do Presidente Luís Cabral almejava organizar um sistema de saúde com amplitude universal, nacional, gratuito embora fortemente dependente da ajuda internacional externa, com mais de 85% de financiamento do setor. Após o reconhecimento da independência, em 1975, por Portugal, a Guiné-Bissau procurou apoios em Portugal para o envio de profissionais de saúde para a Guiné-Bissau, mas a iniciativa resultou na vinda de somente dez médicos e um farmacêutica por um breve período (Caixa 1). Assim, para suprir a escassez dos técnicos e serviços especializados em face da demanda de melhores cuidados médicos, o governo assinou, em 1978, um acordo de cooperação no domínio da saúde com o governo português que visava assegurar o tratamento de nacionais guineenses em Portugal, o qual vigora ainda hoje[5-7].

Caixa 1. Evolução da força de trabalho dos Sistema Nacional de Saúde da Guiné--Bissau

Após o reconhecimento da independência, por Portugal, em 1975, a Guiné-Bissau contava apenas com 2 médicos, 31 enfermeiros, 332 auxiliares de enfermagem, 6 parteiras e 16 técnicos.

No início de 1996, foi organizado, pelo Ministério da Saúde Pública (MINSAP), o primeiro encontro Nacional sobre Recursos Humanos, com a colaboração dos Ministérios da Função Pública e das Finanças. Esse encontro tinha por objetivo identificar os principais problemas relativos aos Recursos Humanos da Saúde (RHS) e obter dados para um plano de curto prazo, para iniciar o processo necessário à resolução deles. A implementação de um sistema de informação e a disponibilidade de meios informáticos adequados, bem como um grande esforço coletivo para inventariar a situação, tornaram possível a apresentação dos dados que foram utilizados para planejar a força de trabalho em saúde da Guiné-Bissau. Salienta-se que esses e outros esforços para estabelecer um sistema de informação sobre RHS, inclusive um Observatório de RHS, foram destruídos pela guerra civil de 1998 e por crises políticas posteriores.

Na perspectiva de fazer cumprir os objetivos traçados neste seminário, a Direção de Recursos Humanos realizou, em junho de 1998, com o apoio técnico e financeiro da OMS, um seminário nacional sobre RHS para reflexão, discussão e definição de estratégias da utilização e gestão dos efetivos e análise do cumprimento de algumas emanações, questões vertidas no PNDRHS de 1997 (o primeiro de três, sendo os mais recentes referentes a 2006-2015 e 2023-2032), mas que não se conseguiram implementar.

Em 1996, durante a preparação do primeiro PNDRHS, havendo pouco mais de 1 milhão habitantes (1,1), foram contabilizados 165 médicos, 177 enfermeiros de nível médio, 46 parteiras de nível médio, 37 técnicos de laboratório de nível médio, 510 enfermeiros auxiliares, 32 parteiras auxiliares e 76 técnicos auxiliares de saúde. Observava-se uma distribuição desigual, com grande concentração nas infraestruturas de nível nacional e na capital e áreas circundantes.

Em 2003, aquando da elaboração do segundo PNDRHS, foram contabilizados, para uma população de 1,3 milhão de habitantes: 91 médicos (17 deles especialistas), 12 farmacêuticos, 19 enfermeiros licenciados, 26 técnicos de saúde com licenciatura, 2 parteiras licenciadas; 286 enfermeiros de nível médio, 84 parteiras de nível médio e 111 técnicos de saúde de nível médio; o pessoal de nível auxiliar incluía 522 enfermeiros, 18 parteiras e 120 técnicos de saúde; não havia informação sobre o número de efetivos de socorristas, agentes de saúde de base e matronas, con-

siderados pessoal de nível básico. Persiste a distribuição desigual, com grande concentração nas infraestruturas de nível nacional e grande concentração de recursos na capital e áreas circundantes. O PNDRHS II preconiza a extinção da categoria de auxiliares e a reconversão dos existentes em profissionais de nível médio.

A PNS de 2017 recomenda que a "formação de enfermeiros deve transitar progressivamente para o nível superior, mantendo-se por agora um ênfase do nível médio, respeitando a capacidade do Estado comportar o acréscimo em massa salarial que esta transição implica, enfatizando assim cursos de promoção de nível médio para superior, mas também a especialização de enfermeiras no país".

A situação em 2022 é bem diferente, e o país, agora com 2,1 milhões de habitantes, conta com: 333 médicos (53 especialistas), 334 enfermeiros licenciados, 2 farmacêuticos, 4 dentistas e 38 técnicos de saúde; ao nível médio, foram contabilizados 822 enfermeiros, 161 parteiras e 250 técnicos de saúde de outras categorias.

A falta de detalhe sobre como se faz a contabilização do pessoal (categoria excluídas, inclusão ou não de pessoal em funções de gestão, pessoal estrangeiro) pode explicar alguns dos números aparentemente discrepantes ao longo dos anos.

A evolução dos rácios de profissionais por 10 mil habitantes tem-se mostrado favoráveis para todos os grupos profissionais exceto para os médicos e técnicos de radiologia. Observa-se, no entanto, que só uma minoria de médicos são especialistas, a difícil retenção de pessoal, a diminuição do pessoal ao nível primário e o aumento ao nível secundário e terciário. Perante a escassez de RHS, é paradoxal que comece a fazer sentir o espectro do desemprego, particularmente entre médicos e enfermeiros. A situação está ainda agravada pela não implementação das carreiras e pela falta de pagamento atempado dos salários e condições de trabalho inadequadas ao bom exercício profissional. Tudo junto resulta em uma grande desmotivação da força de trabalho, em uma baixa produtividade, em conflitos laborais, no recurso ao múltiplo emprego (que se acentua com o aumento do setor privado) e à pequena corrupção, incluindo cobranças ilícitas. A questão da fuga de quadros para o estrangeiro foi documentada no passado, mas não temos dados recentes. A prática de múltiplos empregos e a vontade de fazer formação universitária também interferem com os horários de trabalho. Os incentivos contemplados na lei são dos mais diversos, mas são poucos os implementados. Está também generalizada a prática de pagamento de um reforço salarial com base nas receitas próprias, sem a devida avaliação de desempenho.

Ao longo dos anos, foram emergindo vários sindicatos e duas Ordens Profissionais – a dos médicos, que acolhe também farmacêuticos e

dentistas, e a dos enfermeiros, que acolhe somente enfermeiros licenciados – com limitada capacidade de regulação. A PNS de 2017 preconiza um maior apoio reconhecimento das Ordens Profissionais existentes, encorajando esforços conjuntos de regulação das profissões da saúde. Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa[8-12].

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa[8-12].

Em 1976, tiveram início ações de "apoio técnico" da OMS, do Banco Mundial, do UNICEF e da Cooperação Holandesa. O primeiro grande projeto em saúde e desenvolvimento comunitário foi implementado nas regiões de Cacheu e Tombali a partir de 1976. Financiado pela Cooperação Holandesa e com o apoio da OMS, a "Reforma da Intenção Primária" lançava o desafio de trazer a saúde às comunidades, envolvendo profissionais de saúde, concretamente enfermeiros que tinham participado na guerra da independência, e cidadãos, capacitando as comunidades para intervirem na sua própria saúde[16].

Ainda em 1976, o MINSAP elaborou um Plano Nacional de Saúde com enfoque na disponibilidade e acessibilidade de medicamentos de qualidade. Em 1978, a política farmacêutica foi orientada para o Programa dos Medicamentos Essenciais, financiado pelo UNICEF, Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional e OMS, com a nacionalização da importação de medicamentos confiada à empresa estatal FARMEDI.

Em 1978, foi criado o Laboratório Nacional de Saúde Pública (LNSP), com o propósito de servir de estrutura de referência e de apoio aos demais laboratórios do setor, e foi estabelecido o Projeto de Saúde do Bandim (PSB), estruturas que constituem o núcleo ao redor do qual se desenvolveu o sistema nacional de investigação em saúde do país (Caixa 2).

Caixa 2. Evolução do sistema nacional de investigação em saúde

Uma das áreas do setor da saúde que tem merecido pouca atenção do governo é a pesquisa em geral e em saúde em particular.

Em 16 de Janeiro de 1976, a Guiné-Bissau assinou com Portugal um Acordo de Cooperação Científica e Técnica, com vista ao desenvolvi-

mento científico, tecnológico, econômico, cultural e social.

Em 1978, foi criado o LNSP, com o propósito de servir de estrutura de referência e de apoio aos demais laboratórios do setor, e foi estabelecido o PSB, estruturas que constituem o núcleo em redor do qual se desenvolveu o sistema nacional de investigação em saúde do país. O PSB foi criado e sobreviveu com caráter de Organização Não Governamental (ONG) dinamarquesa. O enfoque principal do trabalho do PSB são a saúde e a vigilância demográfica, o qual continua ativo até a presente data com vasto número de publicações científicas com alguns resultados que contribuíram para a elaboração e a implementação de políticas e diretivas em relação à vacinação. Além disso, tem contribuído não só para a melhoria da cobertura vacinal em relação a vários antígenos como também para a redução da mortalidade infantil na Guiné-Bissau, tendo sido verificada significante redução da taxa de mortalidade infantil de 236/1000 a 77/1000 de 1979 a 2013 segundo os dados do PSB nas suas áreas de estudo.

O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa da Guiné-Bissau, criado em 1984 com o objetivo de promover e coordenar as atividades de investigação científica no domínio das ciências sociais e naturais, foi considerado, durante algumas décadas, o principal elo entre a investigação e o desenvolvimento, baseado na capacitação científica e tecnológica do país. Foi escolhido, pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD/Futuros Africanos, para fazer parte da rede de 132 Centros de Excelência selecionados ao nível da África Subsaariana. Embora na periferia do setor da saúde, teve um papel importante, que se foi degradando, com a falta de apoios ao longo dos anos

O Centro de Medicina Tropical, criado em 1989, foi um projeto apoiado pelo governo português por meio do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, mas que ficou destruído com o conflito político-militar de 1998, sem nunca ter nenhum impacto significativo no panorama científico da Guiné-Bissau.

Um marco importante na saúde pública guineense foi a criação, em 2010, do Instituto Nacional de Saúde Pública (INASA), cuja missão é de contribuir para a melhoria de vida da população por meio da geração, absorção e difusão de conhecimentos científicos e tecnológicos em saúde, prestação e defesa de serviços de qualidade. O LNSP, o PSB e o CMT foram integrados como departamentos dos INASA. A elaboração da agenda de investigação da Guiné-Bissau, em 2013, especificou as prioridades de investigação em saúde baseadas nos principais problemas de saúde do país, como identificados em sucessivos PNDS. Nos últimos anos, o seu enfoque tem sido a preparação e a resposta às emergências em saúde, repousando sobre as estruturas e funções do Centro Operacional de Emergências

em Saúde (COES), uma estrutura operacional do MINSAP criada em 2015, altura que o país tomava disposição de preparação e resposta à eventual epidemia de Ébola que assolava os países vizinhos entre 2014 e 2015. O INASA foi designado, desde 2017, como ponto focal nacional do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Foi também em 2017 que a nova PNS deu orientações claras para o reforço do Sistema Nacional de Investigação em Saúde, coordenado pelo INASA. Nos últimos 10 anos, o quadro epidemiológico registou e notificou algumas zoonoses, nomeadamente surtos de zika e chikungunya, além disso, os estudos entomológicos têm identificado a presença de mosquito *Aedes aegypti* em várias localidades do país. As Doenças Tropicais Negligenciadas, a Uma Só Saúde (recentemente associada à formação de epidemiologistas de campo), e as doenças não transmissíveis constituem outras preocupações dos governos e do INASA.

Na CPLP, estruturou-se, em 2009, um Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) em que a cooperação internacional na investigação em saúde e os Institutos Nacionais de Saúde Pública têm um papel fulcral. O INASA tornou-se uma das histórias de sucesso da expansão da Rede de Institutos Nacionais de Saúde de Língua Portuguesa (RINSP) e beneficiou dos seus apoios e da sua integração na International Association of Public Health Institutes (IANPHI).

Por milhão de habitantes, a Guiné-Bissau tem uma produção científica referenciada na Web of Science superior à de Angola e Moçambique. No entanto, os resultados das pesquisas feitas no país nem sempre são apreciados e apropriados pelas frágeis estruturas governativas do setor.

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa[14,17-22].

O Projeto de Saúde de Base apresentado em 1978, elaborado com base nas orientações da Declaração de Alma-Ata, destacou a necessidade de um plano nacional, da regionalização da gestão dos serviços de saúde, de uma distribuição mais equilibrada dos RHS e a criação de uma rede de serviços primários em zonas rurais e urbanas, princípios que ainda hoje norteiam o desenvolvimento do setor. Esteve na gênese da PNS e da pirâmide sanitária do sistema de saúde[23]. Outros autores concluem que esse "projeto para construção de uma nova estrutura social que garantisse a melhoria de qualidade de vida digna para a nação"[24] e a descentralização da saúde para propiciar a saúde comunitária e promover melhorias das estruturas nessa área não foram bem-sucedidos[25]. A avaliação desses projetos-piloto contribuiu para o posterior desenho de uma estratégia nacional de saúde, cuja definição demorou devido às mudanças políticas resultantes do golpe de estado de 1980[26].

Outro importante eixo da cooperação internacional foi com Cuba, com raízes na luta de libertação, e que persiste até hoje, não só para a formação de quadros (Caixa 3), mas também para o aprovisionamento das unidades sanitárias com médicos, enfermeiros e outros pessoal técnico.

Caixa 3. Evolução do sistema de formação de quadros da saúde

Até 1974, concretamente depois de 1950 e durante o período colonial, nas instalações do HNSM, então chamado Hospital Civil de Bissau, eram formados enfermeiros auxiliares. Os alunos mais bem classificados eram enviados a Angola, concretamente a Luanda, para frequentarem o então curso geral de enfermagem. Já referimos também a formação de socorristas durante a luta de libertação nacional.

Em 1974, foi estabelecida a Escola Técnica de Quadros da Saúde (ETQS) Dr. Fernando Cabral, oficializada em 1992. Em 1974, os ex-socorristas que haviam combatido na guerra da independência iniciaram formação em um polo da ETQS em Nhala e seguiam depois para Bolama, onde funcionava um outro polo, sendo-lhes ministrado o curso de enfermagem para ex-socorristas. Em Bissau, funcionava a sede da ETQS e eram ministrados os cursos de enfermagem geral (nível médio), auxiliar de enfermagem e técnico de laboratório (nível médio). Mais tarde, nos finais dos anos 1980, a referida escola passou a oferecer também o curso de parteira auxiliar, nas instalações de Bissau, e fechou os polos de Nhala e Bolama por não haver mais a necessidade de formar ex-socorristas em um cenário pós-guerra, uma vez que todos haviam já feito o seu percurso. A ETQS existiu até meados da década de 1990.

Em 1997, foi criada a Escola Nacional de Saúde (ENS), com financiamento do Banco Mundial, na intenção de repensar na formação da então extinta ETQS. Desde a sua origem, a ENS forma enfermeiros gerais e técnicos de laboratório de nível médio em Bissau. Desde 2008, tem expandido a sua oferta à formação de parteiras e técnicos de radiologia e de farmácia de nível médio e pretendeu dar início à especialização em obstetrícia para enfermeiros gerais. No entanto, essa intenção foi trocada pela opção, contrária às orientações do PNDS II, de dar início à formação de parteiras, categoria que no PNDRHS estava prevista de ser extinta. Em 2009, lançou o Projeto de Formação Técnica em Enfermagem Geral para a Região Sul (PFRS); e em 2010, implementou-o nas Ilhas em Bijagós, Bolama; em 2012, na região de Tombali em Catió; e em 2013, na região de Quinará em Empada: cumpridos os objetivos definidos inicialmente, estes polos foram descontinuados. Contando com o apoio

do Banco Mundial, da cooperação chinesa e recorrendo ao pagamento de propinas e taxas de candidatura por parte dos alunos, a ENS conseguiu produzir quadros acima do previsto no PNDRHS II, um reflexo da falta de articulação entre a ENS e a Direção de Serviços de Recursos Humanos e Administração em Saúde do MINSAP, o Ministério da Função Pública e o Ministério da Educação e Ensino Superior (MEES), contribuindo para um excedente da produção de quadros da saúde, os quais ficam no desemprego por falta de capacidade de recrutamento pelo Estado. A ENS anseia evoluir para uma Escola Nacional de Saúde Pública, licenciando e mestrando técnicos de saúde, um desejo que é encorajado informalmente pelo PECS da CPLP.

O ensino universitário aparece na RGB no contexto de liberalização política que teve início com o golpe de estado de 1980 e durante a política de ajustamento estrutural, uma década depois de a RGB ter integrado a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), aquando da sua fundação em 1975. Coincide também com o período de Glasnost e Perestroika (1980-1989) que viu colapsar a União Soviética, e com ela uma diminuição significativa do apoio financeiro e de bolsas de estudos provindas de países da Europa do Leste. Essa situação, pressionada pelo compromisso político com a implementação da Declaração de Alma-Ata de 1978 (parcialmente operacionalizada pela adoção da Declaração de Bamako pelos ministros da saúde africanos em 1987), criou um ambiente propício ao desenvolvimento do ensino universitário. Este, porém, emerge de forma desregulada, na ausência de um quadro legislativo que enquadrasse esse desenvolvimento. Pelo menos cinco instituições privadas oferecem formação na área da saúde, concretamente a Universidade Lusófona da Guiné (2008), a Universidade Jean Piaget de Bissau (2010) (oferecendo, entre outras, uma licenciatura em medicina), o Instituto Superior Politécnico 'Bemolo' (2011), a Escola Bà Blague (2014) e a Universidade Nova Guiné (2017) (ofertando um terceiro curso de medicina) conjuntamente com pelo menos três instituições públicas, a Faculdade de Medicina Raúl Díaz-Argüelles García (FM) (pública), em 1986, contando com o apoio da cooperação cubana, a Universidade Amílcar Cabral (1999) e o Liceu Politécnico SOS Herman (2007).

A evolução do ensino médico foi bastante condicionada não só pelo fraco enquadramento universitário, mas também por três outros fatores: a qualidade do ensino pré-universitário; a dinâmica do mercado de trabalho para os médicos e outros licenciados em ciências da saúde; e as dinâmicas de poderes e influências entre os atores nacionais e estrangeiros.

A situação sanitária do país, a sua demografia e o número crescente de jovens que terminam o ensino secundário (com fragilidades significativas) sem acesso ao ensino universitário,

por um lado, e a crítica escassez de RHS, por outro, criam o pano de fundo que pressiona ao desenvolvimento e reforço do ensino universitário em geral e de médicos em particular.

O desenvolvimento do ensino médico na RGB contou com a participação de três grupos de atores: nacionais, regionais (CEDEAO) e internacionais (maioritariamente cubanos e portugueses). Entre os nacionais, sabemos que o MINSAP foi importante para o processo por parte da RGB, interagindo com a cooperação cubana com mediação do Ministério das Relações Exteriores. Sendo a tutela da formação universitária detida pelo MEES, e na ausência de uma agência de acreditação, a regulação dos cursos universitários do âmbito da saúde estão integrados nas competências do Gabinete de Ensino Superior do referido Ministério. Ao longo do tempo, a tutela da FM já foi atribuída a cada um desses dois ministérios e aos dois simultaneamente. Apesar de legislada, a tutela do MEES sobre a FM nunca se concretizou, sendo, à data de março de 2021, novamente da responsabilidade do MINSAP, como unidade orgânica do INASA. A PNS de 2017 dá instruções claras no sentido de corrigir essa situação.

É ainda de referir que, relativamente aos RHS que recebem formação base fora do país, sobretudo o curso geral de medicina, a atribuição de bolsa para a deslocação cabe ao MEES. O MINSAP só toma conhecimento desses novos RHS quando eles regressam, já formados e "aptos a integrarem um sistema que não contava com eles".

A CEDEAO emerge como o ator regional mais visível. No quadro da harmonização do ensino na Região, a FM foi sujeita a auditorias da CEDEAO/CAMES. Tais auditorias consideraram a qualidade do ensino abaixo do desejável, e no roteiro da CEDEAO, está um processo de harmonização curricular regional e de padronização da qualidade.

As universidades portuguesas, concretamente, Universidade Católica, Universidade Lusíada, Universidade Lusófona e Instituto Jean Piaget, contribuíram para impulsionar o desenvolvimento de instituições acadêmicas na RGB, sendo que essa última entidade abriu uma segunda faculdade de medicina privada, sobre a qual não conseguimos obter informações. Mais recentemente, soubemos da abertura de uma terceira universidade privada com capitais estrangeiros, informação que não conseguimos confirmar.

De entre os atores internacionais, realça-se ainda a importância dos cooperantes cubanos. A colaboração cubana em saúde na assistência médica existe desde 1976, quando foi assinado, em Havana, o Primeiro Acordo de Colaboração Técnico-Científica entre a RGB e Cuba. Em 1983, começaram as primeiras análises sobre as possibilidades de fundar uma faculdade de medicina na RGB, de comum acordo entre os presidentes dos dois países. Em 1986, a criação da FM, sob a tu-

tela do Ministério da Saúde Pública de Cuba, com o nome "Raúl Díaz-Argüelles García", foi inaugurada em ato público solene em 12 de novembro de 1986. Ela existe desde então, sempre apoiada pela cooperação cubana (e com outros apoios pontuais, como por parte da OMS, Holanda, PNUD e Fundo Monetário Internacional). Cuba ofereceu os planos de construção, recursos técnicos e consultoria para a adaptação de instalações próximas do HNSM. Desde o início, e apesar das dificuldades, a parte cubana garantiu a base material de estudo, incluindo os materiais didáticos e os reagentes para os laboratórios, e até 1990, foi responsável pelas despesas de transporte aéreo para os professores duas vezes por ano e supervisores do processo de ensino educacional, este último uma vez em cada ano. Nos primeiros quatro anos, a escola manteve um orientador metodológico de ensino, liderando conjuntamente com o representante da RGB. Em 1989, a nomeação do primeiro codecano guineense foi oficializada. Por acordo de ambas as partes, foi decidido que a titulação em medicina seria pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de Havana, Cuba, onde ainda hoje se mantém. Em 24 de julho de 1992, com a presença do Presidente da RGB, teve lugar a primeira cerimônia de graduação de médicos guineenses em território nacional. Encerrada pela guerra civil de 1998, a FM reabriu as portas em 2006 com 97 estudantes. No ano seguinte, ingressaram na FM 32 alunos. Essa FM teve impacto na procura de especialização em Medicina Geral Integrada por parte dos médicos guineenses; prestação de serviços médicos em tabancas remotas aonde nunca havia chegado um médico antes do início da atividade da FM; forte participação pelos estudantes e profissionais de saúde, bem como pelo MINSAP e MEES, nas jornadas científicas convocadas pela FM. A ideia subjacente ao apoio cubano seria eventualmente promover a autonomia da FM em relação à tutoria cubana, mas, até ao momento, isso não se verificou visto que ainda não foram reunidas condições de governação e liderança para tal.

O aparecimento do ensino universitário na RGB precede a existência de uma política ou de um *corpus legis* orientador e regulador das instituições de ensino universitário. Precede também a Declaração da Cidade do Cabo de 1995 que especifica os atributos do médico ideal para África e das modalidades para a sua formação.

Na sequência desse contexto complexo e, de certa forma, devido aos atores dominantes e relações de poder entre estes, a evolução do ensino médico na RGB resulta de uma convergência de planejamento estratégico deliberado e do reconhecimento de estratégias emergentes.

A estratégia deliberada reflete-se nas parcerias internacionais, particularmente com Cuba, e em uma perspectiva pan-africana de harmonização regional, como é o caso da CE-

DEAO com a sua estratégia de harmonização regional ("Decision A/DEC.4:01/03 Relating to the Adoption of the Convention on Recognition and Equivalence of Degrees, Diplomas, Certificates and Other Qualifications In ECOWAS Member States," 2003) e do Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) desde 2005, da União Económica e Monetária Oeste Africana (UEMOA) (Decisão Nº. 03/2007/CM/UEMOA) e da União Africana desde 2007. Sublinha-se que essas iniciativas de harmonização do ensino universitário em África têm as suas origens em conferências intergovernamentais consecutivas dos ministros africanos da educação – realizadas em Adis Abeba (1961), Abidjan (1964), Nairobi (1968) e Lagos (1976) – enfocadas no desenvolvimento de um plano regional para o futuro da educação. Essas conferências prepararam a Convenção de Arusha, em dezembro de 1981, primeiro marco legal em nível continental, para reconhecer mutuamente diplomas e qualificações no ensino universitário, promover a cooperação e a formação regional de recursos humanos, melhorar a colaboração e a partilha de recursos e cooperar para o desenvolvimento do currículo, promovendo a aprendizagem ao longo da vida e a democratização da educação.

O desenvolvimento do ensino médico tem, da parte da RGB, seguido um modelo de estratégia emergente, no contexto de uma estratégia internacional, adotando um processo incremental que esmorece a distinção entre planejamento e implementação.

As limitações associadas à falta de um planejamento estratégico deliberado por parte da RGB são reconhecidas. É preciso fazer mais e diferente. O ensino pré-universitário tem que ser pensado mais estrategicamente; a relação e as competências da Ordem dos Médicos, do gabinete de gestão de RHS do MINSAP e do MEES, em matéria de formação de RHS na RGB, devem ser definidas com mais clareza; deve haver um maior investimento no ensino estatal e capacitar docentes de medicina guineenses que possam substituir os atuais cubanos, garantindo a continuidade de uma formação médica sustentável pelo país.

Fontes: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa[8-13,21,27-34].

O GOLPE DE ESTADO DE 1980

O golpe de estado em 1980, denominado Movimento Reajustador, impediu que a Constituição de 1980 entrasse em vigor na Guiné-Bissau. A situação constitucional só veio a ser clarificada com a aprovação da Constituição de 1984, baseada na de 1980, eliminando, no entanto, o princípio da unidade Guiné-Cabo Verde.

Em 1980, o novo governo implantou uma política de cobrança de valores pelos serviços de saúde disponibilizados: hospitais, especialidades médicas e exames laboratoriais.

Na década de 1980, foi formalizada a pirâmide sanitária da Guiné-Bissau, a qual vigora ainda hoje (Caixa 4).

Caixa 4. A pirâmide sanitária do Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau

Em 1986, foi definida a pirâmide sanitária do Sistema Nacional de Saúde da Guiné-Bissau, que vigora ainda hoje.

Essa pirâmide sanitária, voltada essencialmente para o setor público da saúde dependente do MINSAP, deve ser compreendida em um quadro setorial amplo com outros subsistemas públicos e com prestadores convencionados, privados (lucrativo e não lucrativo) e tradicional, a importância dos quais é reconhecida na PNS de 2017.

O setor convencionado caracteriza-se pela parceria do MINSAP com instituições confessionais (católicas e evangélicas) e ONG (guineenses e internacionais). Tais convênios/parcerias podem envolver a construção e a manutenção de infraestrutura, na qualificação ou formação de profissionais, ou na oferta de equipamentos, materiais e mesmo de medicamentos. Como exemplos, temos os convênios com o Centro de Referência Nacional de Lepra de Cumura, a Cáritas, a Comunidade de Santo Egídio e a Igreja Evangélica. Em alternativa aos convênios, temos processos de contratualização, como aconteceu em 2009 com o Hospital de Mansoa a partir de 2009, em que a gestão era feita por uma ONG francesa com a receita gerada pelos serviços realizados.

Fundada em 1982, a Cáritas Guiné-Bissau começou a operar nas dioceses de Bissau e Bafatá, com intervenções na saúde, e segurança alimentar por meio de 24 centros de reabilitação nutricional, 1 centro de acolhimento para crianças em risco, 1 hospital pediátrico – a única unidade de saúde deste tipo na Guiné-Bissau –, 1 hospital de hanseníase, que é referência nacional para o tratamento da hanseníase, HIV-Aids e tuberculose, o Centro de Saúde Dom Settimio Ferrazzeta – com exames auxiliares de diagnóstico e pesquisas médicas –, 1 projeto de medicina natural, incluindo pesquisa e produção de medicamentos naturais, 1 projeto de maternidade sem risco, que visa melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade infantil e materna, e 1 programa de educação nas escolas.

Outras ONG, no setor não convencionado, do privado não lucrativo, atuam de forma pouco articulada com o MINSAP e implantam seus próprios projetos sem coordenação central,

gerando certa duplicação de prestação de serviços e programas verticais. Acabando o financiamento, as ONG vão embora com o colapso de muito do trabalho desenvolvido. Contudo, a verdade é que, perante a instabilidade governativa, as ONG assumem o papel de prestadores de serviços de saúde, recebendo financiamentos internacionais diretamente, muitas vezes competindo com os serviços públicos em vez de os reforçar.

O setor privado lucrativo desenvolveu-se a partir de 1987, quando o governo liberalizou a economia, incentivando a abertura de farmácias privadas, apoiando-se em um quadro legislativo que só foi formalizado em 1989, mas que permanece incompleto e desatualizado até hoje. O setor privado da medicina surgiu formalmente na década de 1990, na capital do país, contudo, nunca foi expressivo em termos de cobertura populacional e tem sido, na sua grande maioria, praticado em regime de duplo emprego, em acumulação com o setor público. É bastante óbvia uma forte expansão da rede de farmácias privadas, de gabinetes de dentistas e de centros de diagnóstico e terapêutica: situação que infelizmente não é regulada, fiscalizada ou monitorizada, havendo uma grande falta de conhecimentos sobre esses setores.

O setor tradicional é apontado por muitos como a primeira linha de cuidados médicos na Guiné-Bissau.

O setor público inclui: os serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde sob o comando do MINSAP; o serviço de saúde militar, vinculado ao Ministério da Defesa; e os serviços de saúde prisionais sob a tutela do Ministério da Justiça.

O Sistema Nacional de Saúde está distribuído por 11 regiões sanitárias/regiões de saúde (distritos sanitários), subdivididas em 36 setores e um Setor Autônomo de Bissau (SAB), a capital do país e 114 Áreas de Saúde (AS) (servindo entre 5 mil e 12 mil habitantes). Os serviços são operacionalizados em três níveis: comunitário/primário, secundário/regional e terciário/nacional.

No nível primário, as Unidades de Saúde de Base (USB) preveem "serviços de 1.º contato", e contam com Agentes de Saúde Comunitários (ASC) e parteiras tradicionais. Há também os Centros de Saúde (CS) generalistas, cuja "área de cobertura é alargada através das equipes móveis da estratégia avançada". Existem três tipos de CS: a) Centro médico com centro cirúrgico, com cuidados mais complexos, que pode ser urbano ou rural; b) Centro que deve contar com médico, mas nem sempre tem esse profissional disponível; e c) Centro de Saúde administrado por um enfermeiro-chefe gerindo Unidades de Saúde Comunitárias (USC) e Postos de Saúde.

Na pirâmide, ao nível secundário, há também os Centros de Saúde Especialistas (CSE) e os hospitais regionais. Os CSE incluem: Centros de Tratamento Ambulatorial (CTA), e configuram-se em espaços específicos do Programa

Nacional de Luta contra o SIDA (PNLCS), funcionando em cada uma das regiões sanitárias; Centros de Reabilitação Nutricional (CRN) e Centros Materno-Infantis (CMI), maioritariamente administrados pela Cáritas; o Centro de Saúde Mental (CSM), que foi destruído durante a guerra civil e que, até hoje, ainda não recuperou completamente as suas instalações e capacidade de atendimento no também destruído 3 de Agosto; e o Centro de Reabilitação Motora. Estes dois últimos em Bissau.

No nível secundário, existem ainda hospitais regionais (que têm variado de 4 a 5), porém, tanto as instalações como os equipamentos são precários em alguns deles.

O nível terciário ou nacional é composto pelo HNSM, em Bissau, que atende urgências, consultas e internações nas áreas de cirurgia, ortopedia, oftalmologia, pediatria e obstetrícia, mantendo os serviços de um fisioterapeuta e assistentes sociais.

No Sistema Nacional de Saúde, não há referência e contrarreferência estruturada entre os diferentes níveis de atenção, e o utente acessa diretamente os serviços, tanto pela emergência quanto pelos ambulatórios.

A PNS de 2017 especifica que é "neste âmbito que o Ministério da Saúde Pública deve, sem expansão da rede sanitária pública, adequá-la ao território, reconhecendo especificidades regionais e o esforço de aproximar os serviços às populações, garantindo um acesso cada vez maior a essa rede sanitária, capacitando as estruturas sanitárias existentes com novas competências e alargando o seu raio de influência geográfica e populacional através da referenciação e contra referenciação eficiente, do reforço da Estratégia Avançada, do desenvolvimento de um Sistema Integrado de Emergência Médica, da telemedicina e de parcerias contratualizadas com instituições dos setores militar e social, minimizando dessa forma as evacuações para o estrangeiro. Novas estruturas sanitárias, como para a hemodiálise, devem corresponder a lacunas estratégicas do sistema nacional de saúde que, ao serem desenvolvidas, vão satisfazer necessidades insatisfeitas prementes e diminuir o recurso à evacuação para o estrangeiro".

Fonte: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa[8-14,23,35,36].

Também houve significativa melhoria a partir, de 1985, do acesso aos Cuidados Primários de Saúde (CPS) com a construção de novos centros de saúde com apoio da União Europeia (UE) e Agência Dinamarquesa de Desenvolvimento Internacional (Danish International Development Agency – DANIDA) (Caixa 5).

Caixa 5. Evolução da rede de infraestruturas sanitárias do MINSAP

A rede de infraestruturas de saúde ao tempo da independência não se encontra reportada de forma credível. O certo é que os dois hospitais coloniais em Bissau foram convertidos em dois hospitais nacionais denominados Hospital 3 de Agosto e HNSM.

Para o Sector Autónomo de Bissau (SAB), que desde 1994 dispõe de uma Direcção de Saúde com a sua Sede "Regional", o PNDS I previa a extensão da rede dos Centros de Saúde existentes. O HNSM assumiria de maneira eficaz o seu papel de hospital na função de referência secundária relativamente aos cuidados para o SAB, Biombo, Bolama e Bubaque, e terciários para todo o país. Os serviços do Hospital 3 de Agosto (destruído na guerra de 1998) deveriam vir a ser integrados ao HNSM. Um futuro do Hospital de referência para a tuberculose deve ser estudado na perspectiva de uma revisão global do programa de luta contra esta doença.

Em 1996, considerava-se que, nas regiões, a cobertura dos cuidados secundários estava suficientemente garantida com a presença e o bom funcionamento dos Hospitais Regionais de Gabú, de Bafatá, de Cacheu e Tombali, prevendo-se um futuro hospital regional em Mansoa.

Existiam, no entanto, certas zonas onde estavam previstos, na nova carta sanitária, os CS do tipo "A", com possibilidades de intervenção cirúrgica de urgência, transfusão de sangue, pequenos aparelhos de Raios-X etc. Exemplos de situações que poderiam justificar um tal CS "A" eram Bubaque, São Domingos, Quebo e Bolama.

Os antigos Hospitais de Sector – 1 em Bafatá, 1 em Bijagós, 1 em Cacheu, 1 em Gabu, 2 em Oio, 3 em Quínara e 2 em Tombali – foram reclassificados, na nova carta sanitária do PNDS I, em CS "tipo". Desde então que o quadro de pessoal dos CS é diferenciado para situações rurais e urbanas.

Em 1996, existiam também os seguintes CS: 4 no SAB, 12 em Bafatá, 11 em Bijagós, 8 no Biombo, 4 em Bolama, 17 em Cacheu e 17 em Gabu, 15 em Oio, 12 em Quínara e 19 em Tombali; com a seguinte distribuição de habitantes por CS, respectivamente, 33.886, 12.154, 7.694, 1.543, 4.390, 8.700, 8.067, 9.903, 3.173, 3.600, refletindo o déficit no SAB, que se mantém até hoje. A expansão dessa rede de CS foi prevista com apoios financeiros da UE e da DANIDA.

As USB repartiam-se da seguinte maneira: 3 no SAB, 86 em Bafatá, 46 em Bijagós, 3 no Biombo2 4 em Bolama, 85 em Cacheu. 162 em Gabu, 98 em Oio, 57 em Quínara e 118 em Tombali.

Começou então a esboçar-se o quadro de pessoal tipo para cada unidade sanitária tipo, e o Pacote Mínimo de Actividade (PMA) a prestar por essas equipes, com ou sem reforço da "estratégia avançada".

O PNDS 2018-2022 (PNDS III), propõe que seja equacionada uma abordagem integrada à oferta de serviços hospitalares no SAB e Região Sanitária de Biombo, regiões que concentram, em cerca 2,6% do território, perto de um terço da população da RGB, todos os hospitais e centros de referência nacional, bem como parte considerável dos profissionais de saúde, camas hospitalares e toda a oferta de cuidados diferenciados do país. Essa rede inclui 13 estruturas sanitárias: 3 (23%) pertencem ao setor público (2 ao setor público do MINSAP – HNSM, Hospital Raul Follereau e 1 às Forças Armadas – Hospital Militar Principal "Sino Guineense"), 5 (38%) ao setor privado com fins lucrativos (Clínica Ganafa, Clínica Médica de St. Ambrósio, Clínica Madrugada, Clinica Korle, Clínica Yankuanke) e 5 ao setor convencionado, sendo 3 (23%) geridas por entidades religiosas/confessionais (CMI de Quinhamel, Hospital de Cumura, Hospital Pediátrico de Bôr) e 2 (15%) por ONG (Associação Casa Emanuel e Fundação Renato Grandi). Quanto à tipologia, 7 são hospitais de referência nacional ou estruturas que disponibilizam uma resposta equivalente (54%) – 3 do setor público e 4 do setor convencionado (2 geridas por ONG e 2 por entidades religiosas) – 1 CMI (8%) – e 5 clínicas (38%), a designação genérica dada a estruturas de menor dimensão com internamento, pertencentes ao setor privado lucrativo.

Como previsto no PNDS I, existem agora 5 hospitais regionais, nomeadamente em Bafatá, Catió, Canchungo, Gabú e Mansoa; perto de alguns dos hospitais regionais, existem casas de mães à espera do parto apoiadas pela Cáritas, Os serviços que deveriam ser de primeiro contato para a prestação de CPS incluem: 3 tipos de CS generalistas (tipos A, B e C), e 4 tipos de centros especializados, mas de primeiro contato [(CTA) do PNLCS, Centros de Diagnóstico e Tratamento (CDT) do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose, os CRN, os CMI e o CS mental].

Os CS generalistas prestam CPS abrangentes. A nomenclatura A, B e C distingue-os quanto à sua capacidade de intervenção (cuidados mais ou menos complexos, por exemplo, a realização de cirurgias nos CS tipo A), classificados ainda em rurais e urbanos. Em 2017, existiam 153 CS, dos quais 5 do tipo A, 15 do tipo B (em condições ideais deveria ter um médico) e 133 do tipo C (sem médico, serviços prestados por enfermeiros). Os CS são responsáveis pela implementação do PMA. Os CS são geridos pelas Equipas Técnicas e, até recentemente, pelos Comitês de Gestão da Iniciativa de Bamaco. Desde 2016, existe uma iniciativa do MINSAP, contestada pelas finanças e função pública, de colocar administradores em todos os CS apoiados por ex-atores que ajudariam no controlo das receitas.

Em 2022, ao finalizar-se a extensão do PNDS III a 2023-2028, a situação em relação à disponibilidade de CS parecia ter regredido. Eram reportados 128 CS, dos quais 4 do tipo A, 21

do tipo B (em condições ideais deveria ter um médico) e 103 do tipo C (sem médico, serviços prestados por enfermeiros).
O raio de acessibilidade geográfica assumida até este momento é de 5 km. Com base nesse critério, 66% da população não terá ainda acesso geográfico aos serviços, isto é, vive para além dos 5 km da estrutura de prestação de CPS mais próxima (aqui não se englobam as estruturas privadas). Para colmatar essa deficiência, as equipes técnicas dos CS são apoiadas pela estratégia avançada ou por equipes móveis: a estratégia avançada envolve saídas de equipes dos CS em percursos predeterminados para prestar um PMA a populações que vivem entre 5 km (1 hora de caminho) e 20 km do CS da respectiva Área Sanitária (AS); as equipes móveis envolvem saídas de esquipes dos CS em percursos predeterminados para prestar um PMA a populações a mais de 20 km do CS da respectiva AS, prevendo-se a necessidade de pernoitar nas comunidades visitadas. Pouca atenção tem sido dada à implementação de equipes móveis.

Fontes: elaboração própria a partir de estudos da pesquisa[8-14, 35,36,37].

Nos anos 1990, O MINSAP chegou a implementar, em colaboração com a OMS e apoio do Banco Mundial, o Projeto de Reforço de Gestão Sanitária (PRGS) para os técnicos de saúde a todos os níveis da pirâmide sanitária. O Projeto contemplava capacitar os gestores do setor com conhecimentos, técnicas e instrumentos de planificação que permitiriam assegurar o processo de planificação desde o nível periférico ao central. Esse projeto lançou as bases que mais tarde levaram ao desenvolvimento de sucessivos PNDS e PNDRHS, apoiados por um gabinete autônomo a funcionar ainda hoje no seio do MINSAP, a Célula de Gestão do PNDS, com o objetivo de apoiar a gestão e a implementação dos fundos mobilizados no mesmo quadro.

Depois de, em 1991, terem sido abolidos os artigos da Constituição de 1984 que davam o PAIGC como “a força política dirigente da sociedade e do Estado” e como “expressão suprema da vontade soberana do povo”, em 1994, realizaram-se as primeiras eleições gerais multipartidárias, presidenciais e legislativas.

No período que antecedeu o PNDS I, é importante realçar o projeto-piloto Cuidados Primários de Saúde/Iniciativa de Bamako, de participação comunitária por meio do Comitê de Gestão e Comissão Regional de Seguimento da Iniciativa de Bamaco. 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 à guerra civil de 1998. Na experiência da Guiné-Bissau, até bem recentemente, foram as Direções Regionais de Saúde que

pilotaram ou serviram de orientadoras de todo o processo de sensibilização, da eleição, da formação e de seguimento e enquadramento dos Comitês de Gestão[37].

Em 1993, foi elaborada a PNS, que contemplava o acesso universal aos CPS, a descentralização das tomadas de decisão, a autonomia das estruturas e contratação de profissionais de saúde, a participação da população na gestão, a implementação de política de RHS, o incentivo às parcerias colaborativas entre diversos setores e a valorização da medicina tradicional. Essa PNS vigorou até 2017 e orientou a elaboração dos PNDS I e II e do PNDRHS I. O PNDS III e o PNDRHS II já foram orientados pela PNS de 2017.

Em 1996, foi promulgada uma nova Constituição da RGB que, no seu art. 15, reconhece que a saúde pública deve "promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio ecológico em que vivem; e o Estado tem papel de atuar de forma ativa e eficaz para garantir a realização plena do direito à saúde para todos"[38].

A GUERRA CIVIL DE 1998 E ANOS POSTERIORES

A guerra civil de 1998 derrubou o regime implantado com o golpe de estado de 1980 e consolidou um estado crônico de instabilidade político-militar, que persiste até hoje, com sérios impactos na capacidade dos sucessivos governos de conduzirem de forma efetiva e eficiente o setor da saúde, altamente dependente do financiamento internacional e de Organizações da Sociedade Civil (OSC), nacionais e estrangeiras, para operacionalizar as intervenções necessárias.

Por esse motivo a importância fulcral dos PNDS, não só para orientar os dirigentes do Sistema Nacional de Saúde, mas para indiciar aos parceiros, as intervenções consideradas prioritários pelo governo.

O PNDS I, na sequência do PRGS, começou a ser elaborado antes da guerra civil para os anos de 1998 a 2002, tendo de ser adaptado e prorrogado até 2007. Preconizava "melhoria do acesso aos serviços de saúde; distribuição equitativa dos cuidados; descentralização do Sistema Nacional de Saúde; desenvolvimento de recursos humanos; melhor colaboração intersectorial"[26]. Na avaliação desse Plano, entendeu-se que, embora parte das ações tivesse ficado comprometida pela instabilidade política e econômica, houve "ligeira melhora dos indicadores"[26]. Concomitantemente com o PNDS I, foi elaborado o PNDRHS I já referido na Caixa 1.

Foi durante a vigência do PNDS I, em 2000, que a FARMEDI foi declarada incapaz de responder às exigências do mercado e substituída pela Central de Compras de Medicamentos (CECOME); ainda no mesmo ano, foi iniciado o processo de descentralização com a construção e abertura das CECOME regionais em todas as

regiões sanitárias do país. No entanto, a RGB nunca conseguiu desenvolver uma estratégia farmacêutica, coerente e sustentável.

Surgiu, entretanto, a Estratégia Nacional de Redução da Pobreza, especificada no Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza – DENARP (2006), tendo por objeto a eliminação da pobreza. Ela identificou, assim, a necessidade de uma abordagem abrangente que tomasse em conta tanto os aspectos econômicos, sociais e institucionais como culturais e ambientais. Esta teve uma segunda edição em 2011, bem como, recentemente, continuidade no "Plano Estratégico e Operacional 2015-2025 Terra Ranka", todos eles orientadores das diferentes edições dos PNDS[26,39,40].

Já o PNDS II, que corresponde ao período de 2008-2017, foi considerado um "documento ambicioso e didático, pouco operacional"[26]. Alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), trazia como novidade o objetivo da obtenção de "Ganhos em Saúde", visando ao combate à mortalidade materno-infantil e à ampliação da força de trabalho do setor (em particular de enfermeiros e médicos). A avaliação desse PNDS mostrou que, apesar de avanços na promoção da saúde e monitoramento de cuidados essenciais, ele falhou nos aspectos de gestão, mantendo-se fraca a governança, descuidada a manutenção das infraestruturas e errática a provisão de material e equipamentos[26]. Concomitantemente com o PNDS II, foi elaborado o PNDRHS II já referido na Caixa 1.

O PNDS III, com um horizonte temporal de 2018 a 2020, foi orientado pela PNS adotada em 2017, guiado pelo Plano Estratégico Operacional do Governo Terra Ranka (2015 a 2025), e pautado nas orientações da 1ª Conferência Nacional de Saúde (2014). Esse PNDS estava sintonizado com diretrizes emanadas de instituições e organismos internacionais, gizado pelos ODS, alinhado com as agendas dos principais "parceiros financiadores" e harmonizado com os principais programas nacionais de saúde[39]. Depois da sua validação técnica em sessão pública, nunca foi formalmente aprovado pelo governo. Manteve-se como documento orientador das relações com os parceiros, mas nunca foi formalmente reconhecido pelos dirigentes do Sistema Nacional de Saúde, que continuaram a orientar-se pelo PNDS II. Em 2020, com a pretensão do governo de então de reconhecer o PNDS III, a UE apoiou a sua atualização e prolongou o seu horizonte temporal: PNDS III 2023-2028. Na sequência dessa aprovação, foi desenvolvido e aprovado o PNDRHS III, já referido na Caixa 1.

Tudo ocorre e tem vindo a desenvolver-se contra um pano de fundo em que: o financiamento do setor tem sido sempre insuficiente; despesas em saúde em relação ao PIB apresentaram uma variação significativa; o orçamento geral do estado para a saúde flutua significativamente de ano para ano e fica muito aquém do compromisso de Abuja; observa-se uma tendência de priorização dos cuidados não primários em detri-

mento dos CPS, com cerca de 54% dos gastos com saúde direcionados ao tratamento e uma percentagem em média de 46% para os cuidados preventivos em todos os anos analisados; os mecanismos de gestão financeira são frágeis; as famílias continuaram a ser a principal fonte de financiamento das despesas de saúde, com uma média de participação percentual de 66%, e há impactos catastróficos em uma população maioritariamente abaixo do limiar da pobreza; os desenvolvimentos no sistema de saúde dependem significativamente de doações dos parceiros internacionais, multilaterais e bilaterais. Essas doações são programáticas e maioritariamente fora do controlo direto do MINSAP. A sua descontinuação resulta no colapso de anos de trabalho por falta de preparação de uma retirada gradual e que estabeleça as bases de sustentabilidade[14,41].

REFLEXÕES FINAIS

O desenvolvimento do setor da saúde está intimamente ligado à sua diversidade cultural, à evolução político-militar do país, à democratização militarizada[42], ainda em curso, ao seu crescimento demográfico, à transição epidemiológica, à transição de uma economia socialista para uma economia de mercado com persistência da pobreza e crescente dependência das parcerias e apoios internacionais.

A estabilidade do país tem sido perturbada desde novembro de 1980, com sucessivas crises político-militares e administrativas, o que tem tido seu reflexo negativo no desempenho do setor da saúde.

Há alguns anos, a esta parte, o setor da saúde não tem fugido à prática de nomeações partidárias e étnicas de pessoal dirigente e operacional com limitada capacidade e experiência de liderança e gestão pública. Essas nomeações no setor da saúde se pecam ainda mais quando são feitas pela hierarquia superior do Ministério para todos os níveis das estruturas e categorias profissionais, sem respeito às normas administrativas. Esse fato tem tido implicação negativa na qualidade da performance na implementação dos programas e prestação dos cuidados, o que justifica, em grande parte, a precariedade na qualidade dos serviços ao longo dos anos e a consequente agudização dos desafios e das dificuldades na sua resolução.

Tudo isso reduz a confiança dos parceiros, diminui os fluxos de apoios financeiros e contribui para manter o financiamento do setor precário e mal gerido, fazendo cair sobre as famílias a maior fatia do financiamento do setor.

Essa precariedade financeira contribui para uma complexa situação dos RHS, sendo paradoxal que, em um país com um dos maiores déficits de RHS no mundo, esteja a crescer o desemprego entre estes profissionais. Mantém-se um clima de conflito laboral, baixa produtividade e de “salve-se quem puder” com muitos profis-

sionais recorrendo ao emprego múltiplo para sobreviver. As Ordens mantêm-se sem mandato legal e sem recursos para regular.

A formação de profissionais e técnicos de saúde tem crescido tanto no setor público como no setor privado, particularmente ao nível universitário. O aparecimento do ensino universitário na RGB precede a existência de uma política ou de um *corpus legis* orientador e regulador das instituições de ensino universitário. Precede também a Declaração da Cidade do Cabo de 1995 que especifica os atributos do médico ideal para África e das modalidades para a sua formação. Para se tornar mais eficiente e melhorar a sua qualidade, é preciso fazer mais e diferente. O ensino pré-universitário tem que ser pensado mais estrategicamente; a relação e as competências da Ordem dos Médicos, do gabinete de gestão de RHS do MINSAP e do MEES, em matéria de formação de RHS na RGB, devem ser definidas com mais clareza; deve haver maior investimento no ensino estatal, e capacitar docentes de medicina guineenses que possam substituir os atuais cubanos, garantindo a continuidade de uma formação médica sustentável pelo país. O ensino tem que se alinhar com a orientações regionais e continentais.

Os equipamentos do setor estão sobre alçadas diversas no setor público, no setor público e no setor convencionado. No setor público, mantém-se uma pirâmide sanitária que é amplamente aceita. Essa rede tem crescido particularmente ao nível dos CS e no setor lucrativo, embora essa situação não esteja bem documentada. É bom realçar que, mesmo com as doações e apoio dos parceiros com equipamentos, há escassez ao nível nacional de serviços e técnicos competentes em matéria da instalação, manutenção e reparação dos equipamentos. Vários equipamentos foram adquiridos e ficaram por instalar até se estragarem. No entanto, com o decurso dos anos, as principais estruturas de referência nacional tornaram-se obsoletas, tendo em conta o aumento da demanda dos utentes e a necessidade de mais serviços especializados, aliadas à ausência de política de manutenção das infraestruturas e equipamentos[43].

Em termos legislativos, desde a independência, o setor da saúde carece de uma lei base da saúde e de outros instrumentos legais aos quais não tem conseguido dar resposta.

O país tem elaboradas três gerações do PNDS e do PNDRHS. Todos conheceram ou estão a ter contato, como os outros documentos estratégicos, das dificuldades na sua efetiva implementação. No entanto, reconhece-se o mérito dessa cultura de planejamento que se pode referenciar ao PRGS na década de 1990.

Com escassos recursos, mas com perseverança, o país conseguiu também estabelecer um sistema nacional de investigação em saúde, com qualidade acima da média dos outros PALOP.

CONCLUSÕES

Pode-se concluir que, não obstante a mobilização de vários apoios técnicos e financeiros de diferentes parceiros, o setor continua com imensas dificuldades em ter um sistema com boa performance e de fazer melhorar os seus indicadores apesar da melhoria de alguns, como da cobertura vacinal e da mortalidade infantil.

Os maiores desafios continuam a ser relacionados com: i) governança dos recursos humanos, ii) aspectos legais e legislativos, iii) financiamento do setor, iv) ausência de um mecanismo de coordenação das ajudas externas, v) incapacidade de execução dos PNDS e dos PNDRHS. Tudo isso maioritariamente justificado pela instabilidade política que se vive no país há quase três décadas.

REFERÊNCIAS

1. Havik P. Boticas e beberagens: a criação dos serviços de saúde e a colonização da Guiné. Africana Studia. 2007;10:235-270. Edição do Centro de Estudos Africanos da Universidade do Porto (CEAUP).

2. Barrocas RA. Contributo para o estudo da organização médica nos territórios de Angola, Guiné e Moçambique (1961-1974) [dissertação] [Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2016 [citado 2024 ago 7]. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26268/1/ulfl221663_tm.pdf

3. Boal MR. O Sector da Saúde na Luta de Libertação da Guiné-Bissau. Esquerda [Internet], 2019 out 13 [citado 2024 ago 7]. Disponível em: https://www.esquerda.net/dossier/o-sector-da-saude-na-luta-de-libertacao-da-guine-bissau/63608

4. Silva AS. Os esboços da nação guineense em Madina Boé (1968), de José Massip. Significação. 2018;45(50):102-122. DOI: 10.11606/issn.2316-7114.sig.2018.141857

5. Salla MR, Sá E, Ferreira PASC, Melo NA. Relação entre saneamento básico e saúde pública em Bissau, Guiné-Bissau. Saude Soc. 2019;28(4):284-296. DOI: 10.1590/S0104-12902019180705

6. Pereira LT, Moita L. Guiné Bissau: 3 anos de Independência. Lisboa: CIDAC-C, Coleção África em Luta; 1976.

7. Amado L. Guiné-Bissau: 30 anos de independência. Africana studia [Internet]. 2005 [citado 2024 ago 7];(8):109-135. Disponível em: https://ojs.letras.up.pt/index.php/AfricanaStudia/article/download/7175/6594/23717

8. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário – PNDS I – 1998-2002. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 1998.

9. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário – PNDS I actualizado – 2003-2007. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2003.

10. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário - PNDS II – 2008-2017. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2008.

11. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde - 1997-2002. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 1997.

12. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos - 2006-2015. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2005.

13. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III) 2018-2022. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2017.

14. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Política Nacional de Saúde. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2017.

15. Russo G, McPake B, Fronteira I, Ferrinho P. Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities. Health Policy Plan. 2014;29(6):774-783. DOI: 10.1093/heapol/czt071

16. Sanca QS. Sistema Nacional de Saúde (SNS) e a Medicina Tradicional na Guiné-Bissau [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2021.

17. Thysen SM, Fernandes M, Benn CS, Aaby P, Fisker AB. Cohort profile: Bandim Health Project's (BHP) rural Health and Demographic Surveillance System (HDSS)-a nationally representative HDSS in Guinea-Bissau. BMJ Open. 2019;9(6):e028775. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-028775

18. Cardoso P, Silva I. Ciência e a governança em saúde, o caso da Guiné-Bissau. An Inst Hig Med Trop. 2023;22:95-101. DOI: 10.25761/anaisihmt.446

19. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde pública. Criação do Instituto Nacional de Saúde Pública- Estatuto. Decreto Boletim Oficial n 34; 2010 ago 26.

20. Ferrinho P, Hartz Z. O PECS: instrumento estruturante da reflexão e da cooperação em saúde entre os Estados membros da CPLP. An Inst Hig Med Trop. 2016;15(Supl. 1):S5-S6. DOI: 10.25761/anaisihmt.97

21. Rosenberg FJ, Pinheiro GF, Silva APJ, Noronha AB, Ruela HCG, Pereira ID'AF. Cooperação estruturante em saúde e o papel das redes na CPLP. An Inst Hig Med Trop. 2016;15(Supl. 1):S19-S26. DOI: 10.25761/anaisihmt.101

22. Pereira TS, Confraria H. Mapping of Health Sciences Research and Funding Angola, Cape Verde, Guinea-Bissau, Mozambique and Sao Tome and Principe [Internet]. MAPIS – PALOP: General Report. Lisboa: Calouste Gulbenkian Foundation; 2022 [citado 2024 ago 7]. Disponível em: https://gulbenkian.pt/en/publications/mapping-of-health-sciences-research-and-funding/

23. Guerreiro CS, Hartz Z, Ferrinho P, Havik PJ. 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau: memórias do seu planeamento estratégico em saúde. Cadernos de Estudos Africanos. 2019;38:239-64. DOI: 10.4000/cea.4619

24. Barros AEA, Carvalho EM, Silva ACR. Políticas públicas como utopia para Guiné-Bissau e a falácia da democracia. Revista Interd. Cult Soc. 2018;4:635-46.

25. Jong JTVM. A descent into african psychiatry. Amsterdam: Royal Tropical Institute; 1987.

26. Guerreiro CS, Ferrinho P, Hartz Z. Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. Saúde Debate. 2018;42(118):549-65. DOI: 10.1590/0103-1104201811801

27. Guerreiro CS, Hartz Z, Neves C, Ferrinho P. Training of Human Resources for Health in the Republic of Guinea-Bissau: evolution of structures and processes in a fragile state. Acta Médica Port. 2018;31(12):742-53. DOI: 10.20344/amp.11120

28. Cisneros S, Matilde M. Cooperación técnica entre países en vías de desarrollo: Experiencia Cuba-Guinea Bissau. Educ Méd Super. 1996;10(1):9-10.

29. World Health Organization; World Federation for Medical Education. African regional conference on medical education: Cape Town declaration. Cape Town, South Africa: WFME, WHO; 1995.

30. Mintzberg H, Waters JA. Of Strategies, Deliberate and Emergent. Strateg Manag J. 1985;6(3):257-72.

31. Malisa M, Nhengeze P. Pan-Africanism: A Quest for Liberation and the Pursuit of a United Africa. Genealogy. 2018;2(3):28. DOI: 10.3390/genealogy2030028

32. Woldegiyorgis AA. Harmonization of higher education in Africa and Europe: Policy convergence at supranational level. Tuning J High Educ. 2018;5(2):133-57. DOI: 10.18543/tjhe-5(2)--2018pp133-157

33. Decision A/DEC.4:01/03 relating to the adoption of the Convention on recognition and equivalence of degrees, diplomas, certificates and other qualifications In ECOWAS Member States. Official journal of the Economic Community of West African States (ECOWAS). 2003:89.

34. Sá Guerreiro C, Neves C, Paulo Silva A, Ferrinho P. Evolução do ensino médico universitário na República da Guiné-Bissau 1985-2020. An Inst Hig Med Trop. 2022;21:74-89. DOI: 10.25761/anaisihmt.431

35. 35 República Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III actualizado) 2023-2028. Versão final. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2023.

36. Guerreiro CS, Silva AP, Cá T, Ferrinho P. Planeamento estratégico no sector da saúde da Guiné-Bissau: Evolução, influências e processos. An Inst Hig Med Trop. 2017;16(Supl. 1):S55-S68.

37. Sá Nogueira

38. República da Guiné-Bissau. Assembleia Nacional Popular. Constituição da República da Guiné-Bissau. Guiné-Bissau: ANP; 1996.

39. República da Guiné-Bissau. Documento de Estratégia Nacional de Redução da Pobreza (DENARP) [Internet]. Versão corrigida em Outubro de 2005 na base do DENARP adoptado em Agosto de 2004. Guiné-Bissau: WHO MiNDbank Collection; 2005 [citado 2024 ago 22]. Disponível em: https://extranet.who.int/mindbank/item/3636

40. República da Guiné-Bissau. Ministério da Economia. Plano e da Integração Regional da República da Guiné-Bissau. Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARP II 2011-2015. Guiné-Bissau: Ministério da Economia; 2011.

41. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Contas Nacionais de Saúde, 2018-2021. Guiné-Bissau: Ministério da Saúde Pública; 2023.

42. Jaló S. Guinea-Bissau: 30 years of militarized democratization (1991–2021). Front Polit Sci. 2023;5:1078771. DOI: 10.3389/fpos.2023.1078771

43. República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Relatório do inventário nacional da disponibilidade e prontidão de infraestruturas, equipamento, recursos humanos, serviços de saúde, gestão e finanças - HHFA, 2023 [Internet]. OMS AFRO: Guiné-Bissau; 2023 [citado 2024 jun 2]. Disponível em: https://www.afro.who.int/pt/countries/guinea-bissau/publication/relatorio-de-avaliacao-harmonizada-das-estruturas-de-saude-hhfa-2023